MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

RASA ŠULSKIENĖ

DIENOS STACIONARO GALIMYBĖS PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS KONTEKSTE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Doc. dr. Aldona Gaižauskienė

VILNIUS

2015

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

DIENOS STACIONARO GALIMYBĖS PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS KONTEKSTE

Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo/ magistro baigiamasis darbas

Studijų programos 621N71001

Vadovas

_____Doc. dr. Aldona Gaižauskienė

2015-03-26

Recenzentas

_____

2015

Atliko

_____ stud. R. Šulskienė

2015-03-26

VILNIUS

2015

TURINYS

ĮVADAS 8
1. PSICHIKOS SVEIKATOS SITUACIJA PASAULYJE IR LIETUVOJE 12
1.1. Psichikos sveikata, jos svarba ir rodikliai 12
1.2. Psichikos sveikatos stiprinimas ir palaikymas 18
1.3. Tarptautiniai psichikos sveikatos politikos principai 22
1.4. Lietuvos psichikos sveikatos politikos raida 26
1.5. Tarptautinė psichikos sveikatos politikos raida 29
2. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA IR JOS ĮGYVENDINIMAS 33
2.1. Teisės aktai, reglamentuojantys psichikos sveikatos priežiūros veiklą 33
2.2. Psichikos sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje 37
2.3. Dienos stacionarų atsiradimo raida ir samprata 41
2.4. Tarptautinė patirtis plėtojant psichinės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje 44
2.5. Psichikos dienos stacionarų/centrų paslaugų organizavimas Lietuvoje 49
3. PSICHIKOS DIENOS STACIONARO GALIMYBIŲ PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS KONTEKSTE KOKYBINIS TYRIMAS 57
3.1 Tyrimo metodologija 57
3.2 Psichikos dienos stacionaro galimybių (individui) psichikos sveikatos politikos kontekste rezultatų analizė 60
3.3.1 Pacientų interviu rezultatų analizė. 60
3.3.1.1 „Susidūrimo“ su Psichikos dienos stacionaru patirties pasakojimas 61
3.3.1.2 Pirmoji savaitė Psichikos dienos stacionare, jos svarba 66
3.3.1.3 Gydymosi periodo naratyvas 72
3.3.2 Personalo interviu rezultatų analizė. 75
IŠVADOS 86
REKOMENDACIJOS 89
SANTRAUKA 91
SUMMARY 92
BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS 93
PRIEDAI 104

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos apibrėžimo modeliai (pagal Jakušovaitė, 2001)..... 12

2 pav. Sveikatos samprata integruotu (holistiniu) požiūriu (pagal PSO, 1948)..... 13

3 pav. Asmenų, sergančių psichikos ligomis, sveikesnio ir ilgesnio gyvenimo modelis (pagal PSO, 2014)..... 19

4 pav. Pirminės prevencijos komponentai (pagal Žemaitienė ir kt. 2011)..... 21

5 pav. Psichikos sveikatos priežiūros raida (pagal Davidonienė, 2012) 28

6 pav. Biopsichosocialinė psichikos ligų samprata (pagal Bagdonas ir kt., 2007) 30

7 pav. Sveikatos priežiūros Lietuvos Respublikoje lygiai (pagal LR Sveikatos sistemos įstatymą, 1994) 37

8 pav. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai Lietuvoje..... 39

9 pav. Psichikos sveikatos priežiūros komanda (sudaryta pagal Žemaitienė ir kt., 2011)..... 52

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos..... 60

2 lentelė. Tyrimo dalyvių patirtis dėl galimybės sužinoti ir gauti paslaugas PDS..... 63

3 lentelė. Pacientų požiūris – patirtis į pirmąją gydymosi savaitę PDS..... 66

4 lentelė. Pacientų požiūris į gydymosi laikotarpį Psichikos dienos stacionare. 72

5 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių – PDS personalo charakteristikos..... 75

6 lentelė. Personalo požiūris apie paslaugų organizavimą PDS..... 76

7 lentelė. Personalo požiūris, kokiais principais vadovaujamasi, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas PDS..... 78

8 lentelė. Personalo požiūris į PDS paslaugų poreikio priežastis. 80

9 lentelė. Personalo požiūris į pacientų būklės pasikeitimus, baigus gydymo kursą PDS..... 81

10 lentelė. Personalo požiūris į PDS paslaugų savitumo vertinimą..... 83

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 PRIEDAS. TYRIMO DALYVIŲ – PACIENTŲ, IŠSAMI CHARAKTERISTIKA.....105

2 PRIEDAS. TYRIMO DALYVIŲ – PERSONALO, IŠSAMI CHARAKTERISTIKA.....106

3 PRIEDAS. PERSONALO INTERVIU KLAUSIMAI.....107

SANTRUMPOS

ASPĮ – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PSC – Psichikos sveikatos centras

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSP – Pirminės sveikatos priežiūra

PSPC – Pirminės sveikatos priežiūros centras

PDS – Psichikos dienos stacionaras

TLK – Tarptautinė ligų klasifikacija

Všį - Viešoji įstaiga;

SPĮ – Sveikatos priežiūros įstaigas

ES – Europos sąjunga

LR – Lietuvos Respublika

PSDF–Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PDS – Psichikos dienos stacionaras

VPSC – Valstybinis Psichikos sveikatos centras

WHO – World health organization

ĮVADAS

Temos aktualumas. Psichikos sveikata yra sudėtinė sveikatos dalis, kuri tampa svarbiausia XXI amžiaus pradžios visuomenės sveikatos sritimi, reikalaujančia kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų bei sprendimų. Pripažįstama, kad psichinės sveikatos sutrikimai kelia rimtas ekonomines, moralines ir net politines problemas, todėl psichikos sveikata tampa pagrindine Europos sveikatos politikos dimensija (Žin., 2007, Nr. X-1070).

Psichikos sutrikimai sudaro vieną didžiausių lėtinių ligų grupių, kuri kaip pagrindinė priežastis sąlygoja aukštus neįgalumo ir nedarbingumo skaičius visame pasaulyje. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (2001) apie 450 mln. planetos žmonių kenčia nuo psichikos sveikatos sutrikimų ir su jais glaudžiai susijusių fizinių negalavimų. Europos Sąjungoje 27 procentai visų suaugusių žmonių turėjo bent vieną sunkesnį ar lengvesnį psichikos sutrikimo epizodą per 2012 metus (WHO, 2013). Kas ketvirtoje pasaulio šeimoje vienas iš narių turi rimtų dvasinių problemų. Pasak PSO ekspertų, Europos regione 3 mln. suaugusiųjų serga šizofrenija (t.y. 7 iš 1.000 žmonių), 33,4 mln. žmonių kiekvienais metais diagnozuojama depresija. Kasmet Europos Sąjungos šalyse nusižudo beveik 60 tūkstančių žmonių, o 90 proc. savižudybių priežastimi įvardijamos psichinės ligos (Europos palamento pranešimas dėl psichikos sveikatos, 2009). Psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų pasaulio ligų, o iki 2020 metų šis skaičius gali išaugti iki 15 proc. (WHO, 2011).

Daugelis tyrimų tvirtina, kad visuomenė per daug „medikalizuotai“ bando spręsti su žmogaus psichika susijusias problemas. Todėl reikalingas naujas požiūris į visuomenės psichikos sutrikimus, jungiant medicinos, reabilitacijos, šeimos ir pačios visuomenės vaidmenį ieškant efektyvių būdų skatinti psichinę piliečių gerovę (Davidonienė, 2012). Sprendžiant su psichikos sveikata susijusias problemas medicininė intervencija vaidina svarbiausią vaidmenį, tačiau jos neužtenka nustatant ir keičiant socialinius determinantus. Pagal PSO strategiją būtina sukurti išsamų metodą, apimantį ne tik asmenų gydymą, priežiūrą, bet ir į visus gyventojus nukreiptus veiksmus, kuriais būtų siekiama remti psichikos sveikatą, akcentuojant bendruomenines paslaugas.

2005 – 2006 m. vykdant psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą Lietuvoje, Vyriausybė priėmė nutarimą, kad teikiant paraiškas ES struktūrinių fondų paramai gauti bus pridėtas ir psichikos sveikatos paslaugų modernizavimas, kaip prioritetinė sveikatos sritis. Gavus ES paramą 2007 – 2013 m. vykdoma priemonė steigti psichikos dienos stacionarus (centrus) prie psichikos sveikatos centrų, kurios tikslas – plėtoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, didinti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą. Įsteigus psichikos dienos stacionarus vis daugiau sutrikusios psichikos žmonių gauna kompleksines paslaugas, padedančias jiems integruotis į bendruomenę ten, kur jie natūraliai gyvena.

Darbo naujumas. Užsienio šaltinių analizė rodo, kad psichikos sveikatos paslaugų tema plačiai nagrinėjama ne tik pavienių mokslininkų, bet ir sveikatos politikos strategijos kūrėjų, ekspertų ir politikų. 2001 metų Pasaulio sveikatos pranešime „Psichikos sveikata – naujas supratimas, nauja viltis“ išvardinti pagrindiniai principai, kuriais remiantis siūloma investuoti į gerą kiekvieno individo, o kartu ir visos visuomenės psichikos sveikatą, akcentuojant bendruomenines paslaugas. 2005 m. Sveikatos apsaugos ministrai, atstovaujantys Europos regionui Pasaulio sveikatos organizacijoje, kartu su ES Sveikatos ir Vartotojų apsaugos komisaru bei PSO Europos regiono direktoriumi susirinkę surengtoje PSO Ministrų konferencijoje psichikos sveikatos klausimais, pasirašė dokumentą įtvirtinantį pagrindinius veiksmus gerinant psichikos sveikatos priežiūrą, kurie tapo ir Lietuvos psichikos sveikatos strateginių dokumentų dalimi. Tais pačiais metais Europos Bendrijų komisija Žaliojoje knygoje „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“ atsiliepė į PSO Europos ministrų kvietimą gerinti žmonių psichikos sveikatą tam tikslui sukuriant ES psichikos sveikatos strategiją. Viena svarbiausių dokumento nuostatų – įprastos tvarkos pakeitimas: psichiatrijos ligoninių reorganizavimas ir tokių paslaugų teikimas ambulatorijose ir bendruomeninėse įstaigose, atsižvelgiant į paciento ir šeimos poreikius (Europos Bendrijų komisija, 2005). Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktas (2008) yra Žaliosios knygos dėl psichikos sveikatos tęsinys. Dokumente numatomos didesnės ES pastangos psichikos sveikatą, kaip prioritetinę sritį, padaryti žinomesnę bei sukurti galimybes bendradarbiaujant spręsti bendrus psichikos sveikatos uždavinius.

Lietuvoje taip pat galima rasti įvairių dokumentų, kuriuose skiriamas dėmesys psichikos sveikatos priežiūrai ir jos gerinimui. Pirmasis mūsų šalyje pasirašytas ilgalaikio sveikatinimo veiklos planavimo dokumentas yra Lietuvos sveikatos programa 1997-2010 m., kuriame numatyta psichikos ligų profilaktikos programa. 2006 m. Lietuvos Respublikos vyriausybės programoje numatyta reformuoti visuomenės sveikatos priežiūros sistemą, priartinti ją prie bendruomenės. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studijoje (2007) siūloma taikyti psichikos sveikatos priežiūros modelį, kuris turi ir ambulatorinės, ir bendruomeninės priežiūros elementus, pripažinti ir stiprinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros svarbą bei skatinti bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų plėtrą. Naujausioje mokslo studijoje „Iššūkiai įgyvendinat Lietuvos psichikos sveikatos politiką“ (2013) analizuojami su visuomenės psichikos sveikatos problemų sprendimu susiję socialiniai ir politiniai klausimai, taip pat psichikos sveikatos politikos bei psichikos sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumas, ypač atkreipiant dėmesį į bendruomeninių paslaugų plėtrą, jos trukdžius ir galimybes.

Analizuojant literatūros šaltinius pastebėta, kad nors bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų problematika yra aktuali tema, tačiau nėra atlikta mokslinių tyrimų Psichikos dienos stacionarų veiklos galimybių srityje.

Darbo praktinė reikšmė. Pirmą kartą atliktas tyrimas, atskleidžiant Psichikos dienos stacionaro, įsteigto prie pirminės sveikatos priežiūros Psichikos sveikatos centro, galimybes asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų. Remiantis kokybinių tyrimų duomenimis (pacientų ir personalo požiūriu) įvertinta kokias galimybes suteikia Psichikos dienos stacionaras, siekiant gerinti psichikos sveikatą bendruomenėje, neatskiriant individo nuo visuomenės ir kaip tai prisideda prie Psichikos sveikatos politikos prioritetinių sričių vykdymo.

Pirmą kartą Lietuvoje buvo pateiktos rekomendacijos kaip Psichikos dienos stacionarų psichikos sveikatos paslaugų teikiamos galimybės gali prisidėti vykdant Psichikos sveikatos politikos pagrindinius tikslus, gerinant psichikos sveikatą ne tik sergantiesiems psichikos ligomis, bet ir sveikiems asmenims, patiriantiems ilgalaikį stresą, ypač statutiniams darbuotojams.

Tyrimo objektas: Psichikos dienos stacionarų teikiamų paslaugų galimybės asmenims, turintiems psichikos sutrikimų.

Problema: Kaip keičiasi asmenų, kuriems diagnozuotas pagal TLK – 10 psichikos sveikatos sutrikimas, psichosocialinė būklė bei kokios galimybės suteikiamos, teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, Psichikos dienos stacionare.

Tikslas – atskleisti kokias galimybes suteikia Psichikos dienos stacionarų teikiamų paslaugų kompleksas asmenims, kuriems nustatytas psichikos sveikatos sutrikimas.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti psichikos sveikatos situaciją pasaulyje ir Lietuvoje;
2. Išsiaiškinti psichikos sveikatos politikos principus;
3. Išanalizuoti psichikos sveikatos priežiūrą ir jos įgyvendinimą;
4. Atskleisti psichikos dienos stacionaro teikiamas galimybes asmenims, kuriems nustatytas psichikos sutrikimas, psichikos sveikatos politikos kontekste, remiantis pacientų bei personalo požiūriu;

Darbo struktūra. Darbas susideda iš trijų pagrindinių dalių: psichikos sveikatos situacija pasaulyje ir Lietuvoje, Psichikos sveikatos priežiūra ir jos įgyvendinimas bei Psichikos dienos stacionaro galimybių Psichikos sveikatos politikos kontekste tyrimo analizė. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados bei rekomendacijos. Pirmoje dalyje apibrėžiama psichikos sveikatos samprata, apžvelgiami psichikos sveikatos rodikliai, Tarptautiniai Psichikos sveikatos politikos principai, Lietuvos Psichikos sveikatos politikos raida. Antroje dalyje analizuojami pagrindiniai LR teisės aktai, reglamentuojantys psichikos sveikatos priežiūros veiklą, Dienos stacionarų sampratos raida bei

Tarptautinė patirtis. Trečioje dalyje pristatomas ir analizuojamas empirinis tyrimas – 2 kokybiniai tyrimai, norint išsiaiškinti Psichikos dienos stacionaro teikiamas galimybes, siekiant užtikrinti psichikos sveikatos gerinimą asmenims, kuriems pagal TLK – 10 nustatytas psichikos sutrikimas, pacientų ir personalo požiūriu. Pirmasis pacientų požiūrio interviu tyrimas atliktas taikant naratyvinio tyrimo strategiją, neformalizuotu atviros formos interviu. Antrajai kokybinio tyrimo daliai atlikti pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas, taikant turinio (content) analizę. Paskutinėje dalyje pateikiamos išvados ir rekomendacijos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo klausimais.

Darbo apimtis – 104 puslapiai, panaudota 116 literatūros šaltinių, iliustruojančios medžiagos apimtis: 9 paveikslų, 10 lentelių ir 3 priedai.

Tyrimo metodai:

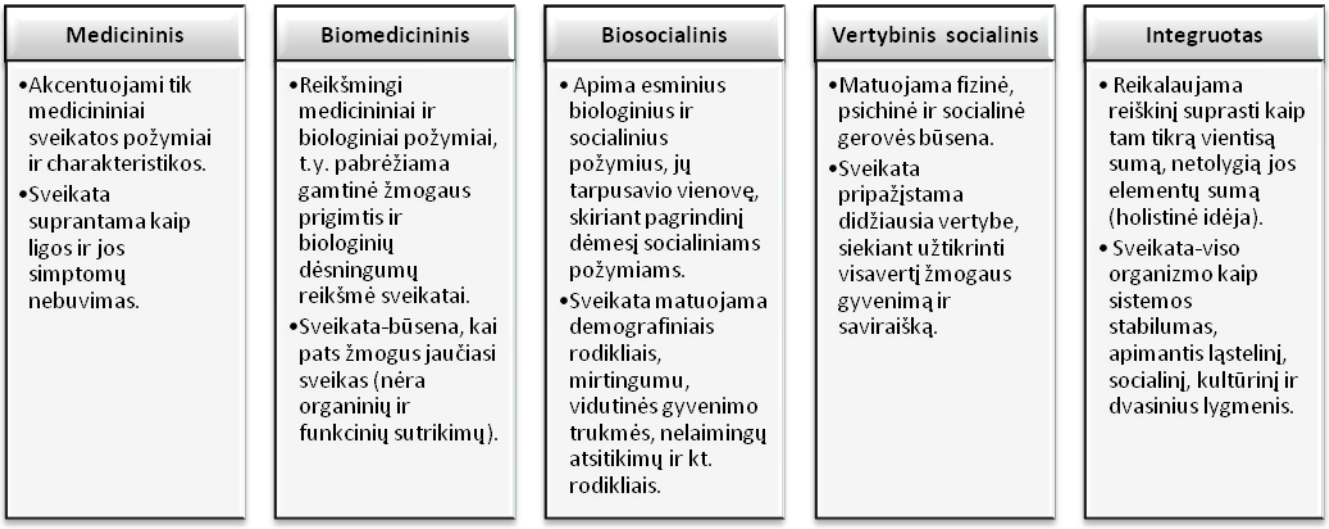
1. Mokslinės literatūros analizė;
2. Kokybinio tyrimo naratyvinis giluminis interviu pacientų požiūrio tyrimui;
3. Kokybinio tyrimo pusiau struktūruotas interviu personalo požiūrio tyrimui;
4. Turinio analizė, taikant naratyvinės strategijos analizę, pacientų požiūrio interviu analizei. Turinio (content) analizė, atliekant personalo požiūrio interviu analizę.

1. PSICHIKOS SVEIKATOS SITUACIJA PASAULYJE IR LIETUVOJE

1.1. Psichikos sveikata, jos svarba ir rodikliai

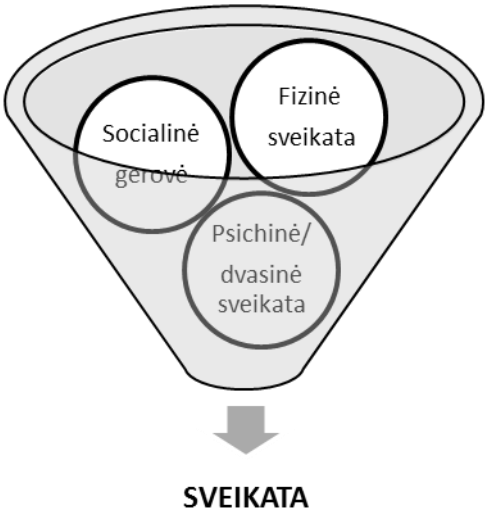
Žmogaus sveikata priklauso nuo daugelio dalykų. Manoma, kad tai netgi susitarimo dalykas. Nėra vienintelio apibrėžimo kokį žmogų galima vadinti ligotu, o kokį sveiku. Sveikatos samprata, priklausomai nuo laikmečio, pastebimai kito. Tam turėjo įtakos biologijos ir medicinos raida bei filosofinis mąstymas (Žemaitienė ir kt., 2011).

Esant daugybei sveikatos apibrėžimų I. Jakušovaitė (2001) savo medicinos filosofijos vadovėlyje „Medicina ir filosofija“ išskiria penkis: medicininės, biomedicininės, biosocialinės, vertybinės socialinės ir integruotos sveikatos apibrėžimo modelius (žr. pav.).



1 pav. Sveikatos apibrėžimo modeliai (pagal Jakušovaitė, 2001)

Praeityje sveikata buvo tapatinama su ligos ar negalios nebuvimu, tai atitinka medicininį, biomedicininį ir iš dalies biosocialinį sveikatos apibrėžimo modelius. Šiandien supratimas yra daug platesnis, nes tobulėjant pažinimo metodams ir pačiam pažinimui, minėti požiūriai į sveikatą pradėjo neatitikti mokslo žinių (Žemaitienė N. Ir kt., 2011). PSO (1948) siūlo tokį sveikatos apibrėžimą: *sveikata yra daugiau negu laisvė nesirgti, laisvė nekentėti skausmų, laisvė per anksti nemirti. Ji reiškia optimalias fizines, psichines ir socialines galimybes bei gerą savijautą.* Pagal šį apibrėžimą, sveikata yra visiškos fizines, dvasinės ir socialinės gerovės būsena, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas (žr. pav.). Toks sveikatos apibrėžimas atitinka vertybinį socialinį ir integruotą sveikatos sąvokos apibrėžimo modelius. Taigi, remiantis vertybiniu ir integruotu (holistiniu) sveikatos modeliu, svarbiau yra išskirti asmens galimybes, o ne susikoncentruoti į ligos diagnozavimą arba jos nediagnozavimą. Būtent holistinis požiūris į žmogų yra XXI a. sveikatos priežiūros pagrindas.



2 pav. Sveikatos samprata integruotu (holistiniu) požiūriu (pagal PSO, 1948)

Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje, vykusioje 2001 m., buvo akcentuojama, kad sveikata yra tai, kaip žmogus sugeba įgyvendinti savo tikslus bei patenkinti poreikius ir kaip geba prisitaikyti aplinkoje. Šiuo atžvilgiu. sveikata yra kasdienio gyvenimo dalis, o ne tikslas. Ji apima ir socialinius, ir individualius asmens resursus, ir fizinio įgalumo galimybes. Sveikata apibūdinama kaip visas žmogaus sritis apimantis reiškinys, todėl atsiradus problemų nors vienai iš tų sričių žmonės negabūs būti sveiki. Gera sveikata suteikia galimybę žmonėms gyventi visavertį gyvenimą, kuris neapsiriboja biologiniu keliu nuo gyvybės užgimimo iki išeities taško - mirties. Vadinasi, sveikata – tai ne tik ilgas gyvenimas, bet ir gyvenimo kokybė. Vertinant gyvenimo kokybę individo lygmenyje, ypač svarbiu rodikliu tampa psichinė žmogaus sveikata (Servetkienė, 2012).

Pasaulio sveikatos organizacija (2001) psichikos sveikatą apibrėžia kaip geros savijautos būklę, kuri skatina žmogaus fizinį, intelektualinį, emocinį vystymąsi, netrukdant ir nekenkiant kitiems individams vystytis. Tai emocinio ir dvasinio atsparumo būsena, kurios dėka patiriamas džiaugsmas, ištveriamas skausmas, nusivylimas, liūdesys. Tai teigiamas jausmas, kuris įkvėptas savo ir aplinkinių orumo ir vertės suvokimu. Psichinė sveikata siejama su teigiama emocine ir dvasine būsena, gebėjimu būti savimi tarp kitų, išreikšti save, suteikiant malonumo jausmą sau ir kitiems, gebėjimu priimti sprendimus ir nešti už juos atsakomybę. Psichikos sveikata neatsiejama fizinės sveikatos dalis. Nustatyta, kad tik geros psichinės sveikatos asmenys gali sukurti bendruomenę, visuomenę, turinčią pilnavertę psichikos sveikatą. Būtent sveika visuomenė ir pasižymi nepaprastai dideliu ir naudingu socialiniu kapitalu bei itin žemu socialinės problematikos lygiu (Savičiūtė, 2013). LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (Žin. 1995, Nr. 1290) pateikia sąvoką, kad „ *psichikos sveikata – tai natūrali žmogaus asmenybės būsena, kuri turi būti saugoma arba grąžinama sutrikimų bei ligų atvejais. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžimą psichikos sveikata yra emocinis ir*

dvasinis atsparumas, kuris leidžia patirti džiaugsmą, ištverti skausmą, nusivylimą, liūdesį. Tai teigiamas gėrio jausmas, kuriuo remiasi tikėjimas savo bei kitų žmonių orumu ir verte“.

Dėl šių laikų modernios medicinos aukšto išsivystymo lygio XX amžiuje aiškiai pailgėjo žmonių gyvenimo trukmė. Daug pasiekta žmogaus sveikatos ir gerovės srityse. Nežiūrint to pagrindine ir opia problema išlieka lėtinės ligos ir jų pasekmės. Šiandien jau mokslininkai sutaria, kad norint spręsti lėtinių ligų, jų pasekmių ir naštos visuomenei sukeltą problematiką, būtina sveikatą matuoti ne tik biologiniu požiūriu, bet ir socialiniu bei aplinkos poveikiu (Jakušovaitė, Darulis, 2004).

Didėjantis gyvenimo tempas, pastoviai keliami vis didesni reikalavimai, didėjanti konkurencija visose gyvenimo srityse, reikalaujant iš kiekvieno individo vis geresnių bendravimo įgūdžių, beatodairiško lankstumo, daugeliui žmonių tapo ženkliai padidėjusios įtampos tiek darbinėje, tiek namų aplinkoje priežastimi. Svarbiausias rizikos faktorius, sukėlęs didžiulį psichikos ligų protrūkį, sergamumo ir net mirtingumo krizę Vidurio ir Rytų Europos šalyse – netikėtas ir užsitęsęs psichosocialinis stresas. Didžioji dalis gyventojų neturėjo ir neturi įgūdžių kaip prisitaikyti prie naujos, pastoviai kintančios ir nestabilios aplinkos. Manoma, kad ypatingai savižudybių epidemiją būtent tai ir sukėlė (Chomentauskas, 2008). Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis (2011) vyksta pastovus didėjimas psichikos sveikatos rizikos veiksnių. Tai darbo praradimas, nedarbas, gyvenamo ploto praradimas, benamių daugėjimas, skurdas, vienatvė, socialinių ryšių praradimas, narkomanijos plitimas, politinis, socialinis ir ekonominis nestabilumas. Akivaizdu, kad ne tik somatiniai sveikatos sutrikimai, bet ir supanti aplinka gali varžyti individo galimybes bei integracijos į visuomeninį gyvenimą svarbą (Kriščiūnas ir kt. 2010).

Pasaulio sveikatos organizacijos (2011) duomenimis, apie 450 mln. planetos žmonių patiria sunkumas dėl psichikos sveikatos sutrikimų ir jų pasekoje išprovokuotų fizinių negalavimų. Kas ketvirtoje pasaulio šeimoje vienas iš narių turi rimtų dvasinių problemų. Psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų pasaulio ligų, o iki 2020 metų šis skaičius gali išaugti iki 15 proc. Pasak PSO ekspertų, Europos šalyse 3 mln. suaugusiųjų žmonių serga šizofrenija (t.y. 7 iš 1.000 žmonių), 33,4 mln. Žmonių kiekvienais metais tampa kamuojamais depresijos (Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija, 2007). Europos sąjungos šalyse plius Islandijoje, Norvegijoje ir Šveicarijoje 27 % suaugusiųjų asmenų (nuo 18 iki 65 m. amžiaus), iš jų 33.2 % moterų ir 21.7 % vyrų, turėjo bent vieną sunkesnį ar lengvesnį psichikos sveikatos sutrikimo epizodą, įskaitant ir priklausomybes, ir psichozinius sutrikimus, ir depresiją, ir valgymo sutrikimus, per paskutinius praėjusius metus. Iš jų net 18 % turėjo du, o 14 % tris ir daugiau psichikos sutrikimų vienu metu. Apie 1-2 % Europos gyventojų yra nustatytas psichozinis sutrikimas (vienodas vyrų ir moterų procentas). 5.6 % vyrų ir 1.3 % moterų diagnozuotos priklausomybės. Vyresnio amžiaus grupėje sparčiai didėja

įvairios formos demencijos – 5 % vyresnių kaip 65 m. Ir 20 % vyresnių kaip 80 m. amžiaus asmenų. Moterų tarpe depresija diagnozuojama du kartus dažniau nei vyrų tarpe (Davidonienė, 2009 m.).

Wittchen ir kt. 2011 m. atliktame tyrime apie psichikos ligų paplitimą Europos šalyse, skelbia, kad 38.2 % populiacijos arba 164.8 milijono žmonių ES šalyse per paskutinius 12 mėnesių patyrė psichikos sutrikimų epizodą. Palyginus su faktais, kad 2005 m. tyrimai rodė, jog psichikos sutrikimų epizodus per paskutinius 12 mėnesių patyrė 27.4 % gyventojų arba 82 milijonai žmonių, susirgimų skaičiaus kilimas verčia sunerimti. Dažniausiai, tai 14 % nerimo sutrikimai, nemigos formos – 7.0 %, depresiniai susirgimai 6.9 %, somatoforminiai 6.3 %. Priklausomybė nuo alkoholio, narkotinių medžiagų tarp dominuojančių psichikos sutrikimų. Psichikos sveikatos sutrikimai ir jų sukelta problematika sudaro apie 20 % visų sveikatos sutrikimų. Savižudybės vyrauja tarp dešimties dažniausių priešlaikinės mirties priežasčių.

Manoma, kad psichikos sveikatos problematikos aštrėjimui didžiausią įtaką sukėlė ilgą laiką vyraujantis biomedicininis požiūris į sveikatą, į ligą. Sveikatos sutrikimai, ligos dažniausiai buvo nagrinėjamos biologinių pokyčių plotmėje. Liga buvo suvokiama tik kaip ūmus arba lėtinis fizinis organizmo vientisumo ar atskirų jo organų struktūros, funkcijos pažeidimas ar sutrikimas, kuris suvaržo, sutrikdo svarbią organizmo veiklą. Tokiu požiūriu žmogaus sveikata matuojama tik kaip ligos buvimas arba nebuvimas, t.y. tradicinė medicina remiasi biologine ligos samprata – biomediciniu modeliu (Sargautytė, 2002). Tokio požiūrio pilnai pakako tiksliai diagnozuoti daugumą ligų, tačiau minėtas požiūris labai ribotas, sutelkimu dėmesio tik į žmogaus kūną, nepaisant psichologinių, socialinių faktorių svarbos ir įtakos.

Lietuvoje ir pasaulyje psichikos sutrikimai yra pagrindinė ir didžiausia lėtinių ligų grupių neįgalumo ir nustatyto darbingumo priežastis. Vienas svarbiausių ligų sąlygotos naštos visuomenei bei visai sveikatos priežiūros sistemai ir yra lėtinės ligos, kurių pasekoje asmuo tampa neįgalus arba nedarbingas. Tai indikatorius „Metai pragyventi tapus neįgaliu“ (Years Lived with Disability, YLD). Taigi vertinant pagal YLD pirma vieta 13.7 % sudaro depresijos priežastys, antra vieta – 6.2 % priklausomybė nuo alkoholio, septinta vieta – Alzheimerio liga ir kitos demencijos – 3.8 %, toliau devinta, de6mta vietos atitenka šizofrenijos formoms ir bipoliniam sutrikimui, tai sudaro 2.3 % nuo visų YLD (Davidonienė, 2009).

2012 m. duomenimis Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros grandyje gydėsi iš viso apie 166 000 gyventojų, tai sudaro apie 5 % visų gyventojų. Iš jų apie 96 500 (apie 3 %) gydosi dėl psichikos sveikatos sutrikimų, apie 69 300 (apie 2 %) dėl priklausomybės ligų, iš jų 63 500 dėl priklausomybės alkoholiui ir 6 000 dėl priklausomybės psichoaktyvioms medžiagoms.

Naujausiais 2013 m. Lietuvos Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, remiantis informacine sistema „SVEIDRA“, pateiktais leidinyje „ Lietuvos gyventojų sergamumas

apskrityse ir savivaldybėse“, 2013 m. iš viso Lietuvoje yra 209 840 asmenų, kuriems diagnozuoti psichikos ir elgesio sutrikimai pagal TLK-10 nuo F00 iki F99. Iš jų demencija ir Alzheimerio liga F00-F03 nustatyta 29 184 asmenims. 1000 gyventojų tenka 70.9 sergančiųjų, nuo 0 iki 17 m. amžiaus 1000 gyventojų tenka 70.6, nuo 18 iki 64 m. amžiaus grupėje 56.7 gyventojų, 65 m. ir vyresniems asmenims – 120,5 atvejų 1000 gyventojų. Naujai per 2013 m. psichikos ir elgesio sutrikimai diagnozuoti 222 501 Lietuvos gyventojų.

Kaip atskirą, vieną rimčiausių psichikos sveikatos problematiką bei naštą visuomenei būtina išskirti savižudybių reiškinį, kuris yra sąlygotas psichikos sveikatos būklės sutrikimų dėl daugialypių priežasčių. Savižudybė yra sudėtingas ilgalaikis procesas, nulemtas socialinių, dvasinių, psichologinių, psichopatologinių priežasčių. Savižudybių paplitimas tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje ir yra vienas reikšmingiausių visuomenės psichikos sveikatos situacijos rodiklių. Pagal savižudybių skaičių Lietuva viena pirmaujančių pasaulyje, taip pat sąrašo pradžioje Latvija, Estija, Ukraina, Baltarusija, Rusija, Vengrija, Slovėnija ir kitos buvusios Sovietų Sąjungos narės (Gailienė, 2013, Gailienė, 2001).

Lietuvos ir ES šalių savižudybių lyginamoji analizė, pagal TLK – 10 X60 – X84 atskleidžia, kad Lietuva ir ES atžvilgiu pasižymi dvigubu savižudybių vidurkio rodikliu. 1990 m. savižudybių ir tyčinių susižalojimų standartizuotas mirtingumo rodiklis (SMR) buvo 27. 16 mirčių atvejų 100 000 Lietuvos gyventojų. Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę savižudybių rodiklis sparčiai augo, 1996 m. buvo pats didžiausias – 49.14 100 000 Lietuvos gyventojų. Nuo 2004 m. Lietuvai įstojus į ES savižudybių rodiklis pradėjo mažėti, 2007 m. tapo kaip ir 1990 m. iki 2011 m, tai apie 28.9 mirčių 100 000 gyventojų. Nors savižudybių rodiklis mažėja lyginant su ES šalimis Lietuvoje išlieka dvigubai didesnis savižudybių skaičius. Vyrai, o ypač gyvenantys kaime, renkasi savižudybę daug dažniau nei moterys. Manoma, kad tokią pavojingą savižudybių situaciją Lietuvoje lėmė ypatingai greiti socialiniai ir ekonominiai pokyčiai po 1990 m., paskatinę Lietuvos gyventojų psichologinį bei socialinį nesaugumą bei pastovią psichosocialinio streso būseną. Užsitęsęs psichosocialinis stresas, negebėjimas tvarkytis su vis naujų pokyčių keliamais iššūkiais bei ydingas politikų savižudybių reiškinio vertinimas, kad tai tik natūralus ekonominių padarinių reiškinys, vyraujantis farmakoterapinis biomedicinos modelis, ko pasekoje teikiama nepakankama psichikos sveikatos priežiūros pagalba, sudarė galimybes savižudybių reiškinio rodiklio augimui (Gailienė, 2005).

Savižudybės vyrų tarpe yra ženkliai dažniau paplitusios nei tarp moterų. Pradedant 25-34 amžiaus laikotarpyje, kuomet vyrų rodiklis 5 kartus viršija moterų rodiklį, baigiant 75 m. ir vyresniu amžiumi, kuomet pastebimas 4 kart didesnis rodiklis. Didžiausias savižudybių rodiklio paplitimas 45-54 m. amžiaus grupėje. Tačiau svarbu pastebėti vertinant, jog minėtu amžiaus laikotarpiu ir moterų rodiklis ženkliai didesnis, o paties rodiklio dažnis vyrų tarpe išlieka toks pat kaip ir 15-24 m. amžiaus

grupėje, t. y. 5 kartus viršija moterų savižudybių paplitimo rodiklį. Daugelis atliktų tyrimų atskleidžia, kad bandymai žudytis dažniau būdingi moterims, visgi nusižudo daug dažniau vyrai.

2013 m. mokslo studijoje „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“ ekspertų vertinime savižudybės Lietuvoje išskirtos kaip itin opus saviagresijos reiškinys šalyje. Manoma, kad tokią situaciją įtakoja paplitusi agresija tiek prieš save, tiek prieš kitus, besaikis alkoholio vartojimas, depresija, priklausomybė narkotikams, patyčių protrūkis, užsitęsęs stresas.

Nacionalinė sveikatos taryba Lietuvos psichikos sveikatos situaciją įvardino vis dar labai rimtą ir pabrėžė, kad ypatingai jaudina jaunų žmonių psichikos sveikata. PSO Lietuvą kartu su kitomis Baltijos šalimis išskiria iš kitų Europos šalių dėl itin blogų prievartos, patyčių, paauglių ir jaunų asmenų žmogžudysčių rodiklių. Mokinių tarpe patyčių problema apima net 70 % vaikų. Manoma reikšmės turi ir istorinis kontekstas, kuomet vaikų sveikata buvo siejama tik su fizine sveikata bei fizine vaiko gerove – maistu, higiena ir kt. Tačiau bėgant laikui, vystantis visuomenei, pastebėti nauji iššūkiai, problematika, kuri aiškiai rodo, kad vaiko sveikata, gerovė sietina tiek su fizine, tiek su psichosocialine plotme, tad būtinos investicijos į plačiąja prasme suvokiamą vaiko psichikos sveikatos gerovę (Pūras ir kt., 2013).

Taigi psichikos sveikatos sutrikimų ir jų sukeltų psichikos sveikatos problemų sukelta našta yra be galo didelė, rūpestis visuomenės psichikos sveikata atsiduria XXI amžiaus politikos centre. Atsirado neatidėliotina būtinybė panaudojant naujausias mokslo žinias optimaliai spręsti asmens ir visuomenės psichikos sveikatos problemas, mažinant sukeliamą naštą bei gerinant psichikos sveikatos situaciją tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje (PSO, 2001). 2009 m. Lietuvoje viešėjęs Europos Sąjungos Sveikatos ir vartotojų reikalų komisaras Tonis Borgas teigė, kad vertinant kiek Europos valstybės patiria didelių socialinių, ekonominių nuostolių, kurie skaičiuojami dešimtimis milijardų eurų, kaip neigiamai psichikos sveikatos situacija veikia visą ekonomikos sistemą, jau nekalbant apie naštą pačiam sergančiajam, svarbu suprasti kaip svarbu investuoti į psichikos sveikatos priežiūrą, prevenciją, tausojimą bei gydymą. Pasak komisaro, 2009 m. ES šalyse psichikos sutrikimai kainuoja 450 milijardų eurų, įskaitant ir gydymo kaštus, ir nedarbingumo išlaidas, ir psichikos ligų sąlygotą ankstyvą išėjimą į pensiją. T. Borgas taip pat pabrėžė, kad didelį susirūpinimą kelia didžiuliai sveikatos netolygumai psichikos sveikatos priežiūros srityje, ypač paslaugų prieinamumo klausimais, priartinimo prie paslaugų teikimo bendruomenėje, psichikos sveikatos ugdymo bei mokymo mokyklose, kas labai atlieka svarbų vaidmenį, kovojant su stigmatizavimu. Kreipimasis į gydymo įstaigą psichikos sutrikimų atvejais vis dar suprantamas, kaip „jau esi nenormalus“, teigė T. Borgas, ko pasekoje gydymu pasinaudoja tik vienas iš dviejų europiečių. Europos Sąjunga tuo pačiu reiškia didelį susirūpinimą ir depresijos reiškiniu, susiklostė būtinybė šiuolaikiškais mokslo pasiekimais optimaliai tinkamai reaguoti į laikmečio keliamus iššūkius, iš esmės analizuoti psichikos sveikatos keliamas

problemas ir pritaikyti optimalius metodus joms spręsti. Tuo pačiu buvęs LR sveikatos ministras V. P. Andriukaitis pabrėžė, jog šiuo metu vienas pagrindinių tikslų, visose ES šalyse psichikos sveikatos paslaugų teikimas atitiktų modernios visuomenės poreikius, t.y. privalo būti padidintas pirmiausia paslaugų prieinamumas, saugumas, paslaugos turi tenkinti amžiaus grupei būdingus poreikius, skatinančios bendruomenių ir bendruomeniškumo procesus, ypatingai mažinant stigmatizacijos procesus (Germanavičius, 2013).

Apibendrinimas:

Psichikos sveikatos problematika aktuali ne tik Lietuvoje, bet ir visame Pasaulyje. Psichinė sveikata neatsiejama sveikatos dalis, ne mažiau svarbi nei fizinė sveikata, o nepasiruošus ligos pasekmės dažnai „užklumpa" netikėtai ir skaudžiai, sukeliant didelę naštą ne tik individui, bet ir visai visuomenei. Statistika, tyrimai atskleidžia grėsmingus faktus, į kuriuos privalu reaguoti.

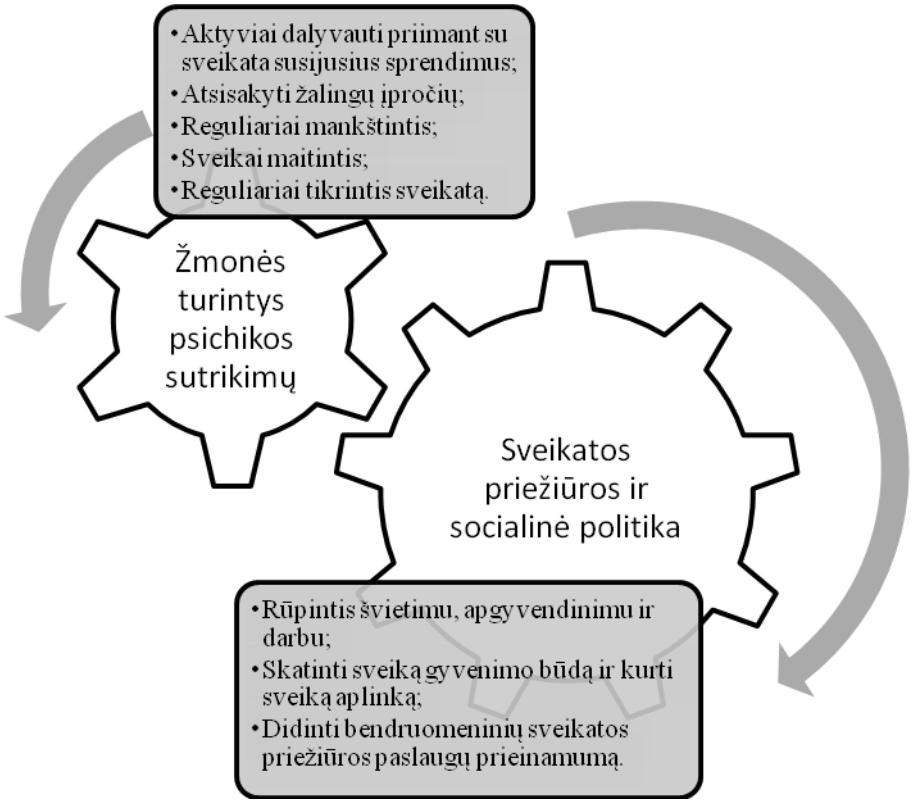
Remiantis naujausiais mokslo tyrimais, žiniomis, galima būtų teigti, privalu atsakingai formuoti sveikatos politiką, teikiant didelį dėmesį psichikos sveikatos politikos formavimui, daugiau investuojant į prevenciją, socialinį gerbūvį. Galima įžvelgti, kad gera psichikos sveikata turėtų būti prioritetiniu siekiu ne tik pačiam individui, bet ir kiekvienai civilizuotai valstybei ir ypač Lietuvai, kuri pasižymi ypač grėsmingais psichikos sveikatos rodikliais.

1.2. Psichikos sveikatos stiprinimas ir palaikymas

Daugiau nei pusės Lietuvos gyventojų mirčių priežastimi įvardijamos lėtinės neinfekcinės ligos. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutartyje Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo" skelbiama, kad „ *lėtinės neinfekcinės ligos – ilgos trukmės ir paprastai lėtai progresuojančios ligos, tokios kaip širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, cukrinis diabetas, lėtinės kvėpavimo takų ligos ir psichikos sveikatos sutrikimai„*. Dėl įvairių priežasčių šių ligų paplitimas sparčiai didėja, todėl jų gydymui reikia vis daugiau lėšų, kurios skiriamos sveikatos priežiūrai. Užsienio šalių patirtis parodė, kad kontroliuojant lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius, taip pat laiku diagnozavus ir tinkamai gydant ligas galima sumažinti tenkančią ekonominę naštą visuomenei, pailginti žmonių gyvenimo trukmę ir pagerinti jų gyvenimo kokybę (Kriaučionienė ir kt., 2014).

Lyginant su bendra populiacija, žmonių, sergančių psichikos ligomis, tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėja nuo 10 iki 25 metų (PSO, 2014). Keičiant asmens gyvensenos įpročius ir kryptingai valstybės intervenciją sveikatos politikoje galima pagerinti sveikatą ir pailginti minėtų asmenų gyvenimo trukmę (Grabauskas ir kt., 2013).

2013 m. Sveikatos apsaugos ministerija parengė programą „Lietuvos sveikatos 2014-2021 metų programa“, kurios tikslas kad šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau. Šios programos siekiai įgyvendinant sveikatos programą atitinka asmenų, sergančių psichikos ligomis, sveikesnio ir ilgesnio gyvenimo modelį, parengtą Pasaulinės sveikatos organizacijos (2014).



3 pav. Asmenų, sergančių psichikos ligomis, sveikesnio ir ilgesnio gyvenimo modelis (pagal PSO, 2014)

„Lietuvos sveikatos 2014-2021 metų programa “*siekiama: sukurti saugesnę socialinę aplinką, sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką, formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą bei užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius. Atkreipiamas dėmesys į lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją“*.

Sveikatos stiprinimu ir ligų prevencija imta domėtis, kai išanalizavus gyventojų sergamumo rodiklius ir priežastis, pastebėta, kad daugelis lėtinių neinfekcinių ligų priklauso nuo gyvenimo būdo ir aplinkos veiksnių (Gorin, 2014). Todėl siekiant sveikesnio ir ilgesnio gyvenimo svarbus tampa tiek individo, tiek ir politinis indėlis bei jų tarpusavio sąveika sprendžiant su sveikata susijusius klausimus (Grabauskas, 2013).

Sveikatos priežiūros ir socialinė politika apima valstybės ir bendruomeninio lygio intervencijas. Valstybės lygio intervencijų tikslas – įstatymų leidyba, taisyklės ir sveikatos politikos valdymas. Bendruomeniniu lygiu kuriamos programos, vykdomos akcijos, teikiamos paslaugos.

Tuo tarpu individas, šiuo atveju asmuo, sergantis psichikos liga, prisiima įsipareigojimą sveikai maitintis, atsisakyti žalingų įpročių, užsiimti fizine veikla, reguliariai tikrintis sveikatą ir aktyviai dalyvauti priimant sprendimus savo sveikatos klausimais. Kaip teigia Gorin (2014), žmogus neturi būti „pasyviu ligoniu“, o priešingai, jis turi aktyviai dalyvauti priimant su sveikata susijusius sprendimus.

Siekiant sveikatos žmogus turi būti ugdomas, tuo pačiu suteikiant visas įmanomas galimybes gyventi sveikai. Būtina į prevencinę veiklą įtraukti kuo platesnę visuomenės dalį, kuri ne tik iškeltų savo reikalavimus, bet ir kontroliuotų jų įgyvendinimą. Todėl sveikatos priežiūros specialistai turėtų dirbti kartu su visuomene, o individai tobulinti su sveikata susijusias žinias ir įgūdžius (Kriščiūnas, 2002).

Psichikos ir elgesio sutrikimai gali pasireikšti nepriklausomai nuo amžiaus, socialinio statuso, finansinės padėties, rasės, lyties, ar kultūros. Specialistai vis dar stengiasi atrasti veiksmingiausias priemones išsaugoti psichinę žmonių sveikatą, ypač daug dėmesio skiriant ligų prevencijai (Bartram et al., 2012).

Psichikos susirgimų naštą galima ženkliai sumažinti efektyviai investuoti į modernius psichikos sutrikimų prevencijos metodus (Pūras ir kt., 2013). *Prevencija* – tai visos pastangos pakeisti asmens požiūrį, nuostatas, žinias ir elgesį, mokymas adaptuotis. Norint užkirsti kelią psichikos sveikatos sutrikimams reikia sumažinti rizikos faktorius, kurie prisideda prie psichikos sveikatos sutikimų ir užtikrinti apsauginių veiksnių įtaką sprendžiant psichikos sveikatos problemas. Ligų prevencija skirstoma į pirminę, antrinę ir tretinę, priklausomai, ar taikomos strategijos mažina galimybes susirgti, ligos sunkumą ar dėl ligos atsiradusias negalias (Žemaitienė ir kt., 2011).

Pirminė prevencija – tai įvairios priemonės bei veiksmai, kuriais mažinamas ligos kilimo pavojus arba gerinama gyvenimo kokybė. Visos šios priemonės bei veiksmai taikomi, kai žmogus dar yra sveikas.

Antrinė prevencija – tai įvairios strategijos ir programos, taikomos asmenims, kurie priskiriami didesnės rizikos grupei. Tai ankstyvas ligos diagnozavimas ir ankstyvoji intervencija.

Tretinė prevencija – tai veiksmai užkertantys kelią ligos atsinaujinimui.

Kaip pavyzdį, galima trumpai aptarti streso prevenciją. Daugumoje mokslinių tyrimų stresas apibrėžiamas kaip asmens vidinės įtampos būsena – ne tik psichinė, bet dažnai ir fizinės sveikatos simptomatika pasireiškianti organizmo reakcija į sudėtingas asmeniui situacijas, keliančias grėsmę jo visokeriopai gerovei, sveikatai ar net pačiai gyvybei. Tai įvykiai ir situacijos, kurios kelia mums

stiprias emocijas, nerimą ir susirūpinimą. Tokių įvykių gyvenime daug: gyvenamos vietos pakeitimas, artimojo mirtis, liga, nesutarimai, darbo sąlygų pasikeitimas arba jo praradimas, išsiskyrimas ir t.t. (Pikūnas, Palujanskienė, 2005).

Nedidelis streso lygis veikia teigiamai, skatina žmogaus veiklumą ir išradingumą, tačiau stiprus, dažnai pasikartojantis arba užsitęsęs stresas kaupiasi ir gali sukelti psichikos sveikatos sutrikimus. Psichinės sveikatos priežiūros specialistai skelbia, kad būtent stresas yra pagrindas atsirasti psichinėms ligoms (Kriščiūnas, 2002).



4 pav. Pirminės prevencijos komponentai (pagal Žemaitienė ir kt. 2011)

Vykdant *pirminę prevenciją* svarbu kurti streso nekeliančią aplinką, t.y. diegti sveikos gyvensenos sampratą, ugdyti bei stiprinti psichologinį atsparumą neigiamiems reiškiniams dar prieš susiduriant su jais, formuoti neigiamas nuostatas žalingiems įpročiams. Motyvuoti sveikai gyventi bei mokyti spręsti ir valdyti iškilusias problemas, konfliktus, stresines situacijas. Ugdyti aukštą savivertę ir pasitikėjimą bei atsakomybės suvokimą už save patį (Gorin, 2014, Žemaitienė ir kt., 2011, Pikūnas, Palujanskienė, 2005).

Antrinė prevencija – priemonių, kuriomis siekiama kuo anksčiau nustatyti ir sustabdyti neigiamą reiškinį, šiuo atveju stresą, visuma, t.y. skubi pagalba ir ankstyva diagnostika. Būtent ankstyvąja intervencija siekiama sumažinti streso sukeltas pasekmes bei keisti su tuo susijusią elgseną. Antrinė prevencija apima priemones, kurių esmė – nustatyti ankstyvą, dar neturintį klinikinės išraiškos ligą ar psichikos sveikatos sutrikimą, kurį sukėlė stresas (Taormina, Law, 2000).

Siekiant, kad stresas netaptų sunkios ir alinančios psichikos ligos priežastimi, galima pasinaudoti antrinės prevencijos priemonėmis. Pirmiausia, žmones motyvuoti ir skatinti kreiptis į šeimos gydytoją, psichikos sveikatos priežiūros įstaigą ar kitą sveikatos priežiūros instituciją, specializuotus centrus. Taip pat informuoti ne tik visuomenę, bet ir mokyti medicinos personalą atpažinti ir žinoti, kokie būna patiriamo neigiamo streso požymiai ar elgesio pokyčiai. Tinkamai išsiaiškinti streso priežastis ir ieškoti pagalbos būdų. Svarbu skatinti bendrą sveikatos priežiūros specialistų ir visuomenės bendrą veiklą stiprinant atsparumą stresui ir jį įveikiant (WHO 2004, Taormina, Law, 2000).

Tretinė prevencija – gydomųjų ir atkuriamųjų priemonių, kuriomis siekiama sustabdyti negatyvių reiškinių progresavimą ir žalingas pasekmes, visuma. Kalbant apie stresą, tai būtent tretinės prevencijos tikslas šiuo atveju būtų, siekis išvengti atkryčio – palengvinti ligos, kurią sukėlė stresas, simptomus, sumažinti jos padarinius sveikatai ir gyvenimo kokybei (WHO, 2004). Tretinė prevencija susideda ne tik iš kompleksinės, t.y. medicininės, psichologinės ir socialinės pagalbos, bet orientuota į ilgalaikes priemones bei socialinę integraciją. Žmogus yra mokomas gyventi su liga (Kriščiūnas, 2002).

Apibendrinimas:

Asmenų, turinčių psichikos sveikatos sutrikimų, sveikesnio ir ilgesnio gyvenimo modelis remiasi partneriškumo principu, t.y. psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų ir sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų teikėjų bendra sąveika. Partneriškų santykių kūrimas psichikos sveikatos tikslams yra vienas iš svarbiausių tikslų, siekiant sveikatos. Pasaulio sveikatos organizacija skelbia, kad pacientai yra vieni reikšmingiausių partnerių visuomenės sveikatinimo procesuose, dalyvavime sveikatos problemų sprendime. Todėl jų dalyvavimas turi būti pripažįstamas sprendžiant su psichikos sveikata susijusias problemas, svarstant ligų gydymą bei psichinės sveikatos prevencijoje.

Priemonių visuma, kuriomis siekiama saugoti, stiprinti ir atkurti sveikatą bei išvengti ligų, vadinama psichikos sutrikimų (ligų) prevencija. Prevencijos tikslas – ne tik sumažinant rizikos faktorių, kurie prisideda prie psichikos sveikatos problemų, bet ir didinti apsauginių veiksnių, susijusių su gera psichikos sveikata, įtaką. Prevencija gali būti pirminė, antrinė ir tretinė. Atliekant psichikos sutrikimų prevenciją rekomenduojama gyvenimo būdo korekcija, kitų specialistų konsultacijos, kai kuriais atvejais skiriama psichotropinių vaistų, taip pat pacientai mokomi, jiems suteikiama žinių, ugdomi įgūdžiai.

1.3. Tarptautiniai psichikos sveikatos politikos principai

Atsižvelgiant į dviejų paskutinių dešimtmečių tendencingai sukauptas įvairiapuses sveikatos mokslo žinias, Jungtinių Tautų konvencijų patvirtintas vertybes, žmogaus teisių svarbiausius principus, įvyko svarbus lūžis vertinant, suvokiant psichikos sveikatą, jos svarbą bei požiūrį į jos reikšmę. 1995 – 2005 m. priimti svarbiausi psichikos sveikatos politikos dokumentai, tai lėmė Pasaulio sveikatos organizacijos, Europos Sąjungos įvairių institucijų, Pasaulio banko, Universitetų, glaudus bendradarbiavimas vertinant psichikos sveiktos reikšmę ir svarbą. 2001 m. Pasaulio sveikatos organizacija (WHO, 2001) savo metiniame pranešime „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“ paskelbė visiškai kita linkme nukreipiantį požiūrį į psichikos sveikatą. Apibendrinant galima

įžvelgti svarbiausias nuostatas. Pirmoji, kad psichikos sveikatos problematikos ir jos padarinių sukelta našta tiek didelė, kad XXI amžiaus politikos centre kaip būtinybė atsiduria psichikos sveikatos svarba. Antroji, kad remiantis naujausiomis mokslo žiniomis, šiuolaikiniais žmogaus teisių principais, ieškant optimaliai tinkamų būdų, įmanoma minėtą naštą maksimaliai sumažinti bei pagerinti tiek atskiro individo, tiek visos visuomenės psichikos sveikatos kokybę. Taip pat 2001 m. tame pačiame pranešime Pasaulio sveikatos organizacija paskelbė dešimt svarbiausių psichikos sveikatos principų - rekomendacijų:

1. Daugumą sutrikimų gydyti pirminiame sveikatos priežiūros lygyje;
2. Padidinti psichotropinių vaistų prieinamumą;
3. Pagalbos teikimas bendruomenėje;
4. Visuomenės švietimas;
5. Į gydymą įtraukti bendruomenę, šeimą bei pačius paslaugų vartotojus;
6. Parengti psichikos sveikatos nacionalines strategijas, programas, atitinkamus teisės aktus;
7. Didinti investicijas į žmogiškuosius išteklius;
8. Vystyti tarpsektorinį bendradarbiavimą;
9. Aktyviai vykdyti visuomenės psichikos sveikatos stebėseną;
10. Inicijuoti, vykdyti ir finansuoti psichikos sveikatos srities tyrimus;

Buvo ypač akcentuojamas visuomenės švietimas, įvertinus, jog labai dažnai psichikos sveikatos priežiūros, sutrikimų, ligų gydymo kliūtis sukelia neišprusimas psichikos ligomis sergančiųjų atžvilgiu. Buvo teigiama, kad atėjo laikas neatidėliotinai šviesti visuomenę, norint mažinti stigmatizaciją ir diskriminaciją. Nors principai labai aiškūs ir paprasti, bet sukėlė ne menką iššūkį net labiausiai išsivysčiusioms pasaulio šalims, ypač Šiaurės, Vakarų ir Pietų Europai, Šiaurės Amerikai, Australijai, Naujajai Zelandijai, kurio jau vykdė psichikos sveikatos priežiūros sistemos modernizavimą (Pūras ir kt., 2013).

Sekantis žingsnis 2005 m. sausio 12 – 15 d. patvirtintas Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracijos dokumentas ir 2005 – 2010 m. psichikos sveikatos gerinimo veiksmų planas Europai. Šios deklaracijos ir veiksmų plano priėmime, kuris vyko PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje (Suomija), dalyvavo ir Lietuva. Peržvelgus pateiktą psichikos sveikatos situaciją Europoje ir Lietuvoje, buvo numatytos sveikatos politikos gairės vienoje iš skaudžiausių pasaulio visuomenės sveikatos sričių (www.sam.lt, žiūrėta 2014-08-20). Docentas D. Pūras pabrėžė, kad deklaracijos esminė dimensija, kad „nėra ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos, jos sutrikimo keliamos problemos tampa rimta ekonomine, moraline ir net politine našta visuomenei“.

Deklaracijoje pabrėžiama, kad gera psichikos sveikata ir žmogaus gyvenimo gerovė, kokybė neatsiejamos sąvokos. Pripažįstant, jog psichikos sveikata ypač įtakoja asmens, šeimos ir visos bendruomenės, visuomenės prasmingumą, kūrybiškumą, socialumą, deklaracijoje iškeltas tikslas stiprinti žmonių psichikos sveikatą, atsižvelgiant į individualias galimybes, poreikius, skatinant veiklą, stiprinančią atsparumą išoriniams neigiamiems veiksniams, gebėjimą atgauti fizines bei dvasines galimybes. Numatyti dešimtmečio prioritetai: stiprinti psichinę gerovę, kvoti su stigmatizacija ir nelygybe, sukri integruotas, visapusiškas ir efektyvias psichikos sveiktos stiprinimo programas, apimančias prevenciją, gydymą, reabilitaciją, priežiūrą ir paveikimą, užtikrinti specialistų poreikį, kuriant paslaugų tinklą atsižvelgti į paslaugų vartotojų ir jų artimųjų patirtį (PSO, 2005).

Kaip atsakas į PSO 2005 m. sausio mėn. vykusią Europos ministrų konferenciją, kur priimtas ryžtingas politinis sprendimas dėl psichikos sveikatos, 2005 m. spalio mėn. 14 d. galutinai Europos komisijos patvirtinta Žalioji knyga „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“. Žaliojoje knygoje apibrėžiama Europos gyventojų psichikos sveikata, jos svarba bei psichikos sveikatos gerinimo reikšmė. Joje išsakyti siūlymai sukurti ES psichikos sveikatos strategiją, siekiant sukurti struktūrą valstybėms narėms keistis informacija ir skatinant multidisciplininį bendradarbiavimą, suteikiant galimybes suinteresuotoms šalims ieškoti sprendimų psichikos sveikatos gerinimo klausimais. Žaliosios knygos tikslas paskatinti Europos institucijas, vyriausybes, sveikatos priežiūros specialistus, suinteresuotas šalis iš įvairių sektorių, pilietinę visuomenę, pacientų organizacijas, mokslinių tyrimų bendruomenę pradėti diskusijas dėl psichikos sveikatos reikšmės ES, būtinybės sukurti psichikos sveikatos strategiją ES lygmeniu, nustatyti prioritetines sritis. Žaliojoje knygoje deklaruojama, kad psichikos sveikata yra svarbiausia tiek piliečiams, tiek visuomenei bei politikai. Pabrėžiama, kad priimti politiniai sprendimai psichikos sveiktos sityje privalo virsti konkrečiais veiksmais, kurie remiantis vykdomų visuomenės sveikatos programų praktika yra įmanomi, gali būti sėkmingi ir ekonomiški (Europos Bendrijų komisija, 2005).

2008 m. birželio mėn. 12 – 13 d. sušauktoje ES aukščiausio lygio konferencijoje buvo patvirtintas Europos paktas „Dėl psichikos sveikatos ir gerovės“. Jame pripažįstama psichikos sveikata kaip žmogaus teisė, psichinės sveikatos ir gerovės lygis kaip pagrindinis moksliškai pagrįstas bendruomenės, ūkio ir ekonominės sėkmės šaltinis, ES psichikos sutrikimų atvejų augimas, pagrindine mirties priežastimi ES išliekanti savižudybė, psichikos sutrikimų ir savižudybių sukeltas skausmas artimiems asmenims, šeimoms, bendruomenėms, papildomų veiksmų būtinybė ir bendros pastangos ES lygiu. Šiame dokumente įvardintos penkios prioritetinės psichikos sveikatos gerinimo sritys, kuriose kviečiama nedelsiant imtis veiksmų:

1. Depresijos ir savižudybių prevencija, gerinant sveikatos bei socialinio sektoriaus specialistų, eilinių visuomenės narių sąmoningumą, mokymus, švietimą apie psichinę

sveikatą, maksimaliai apribojant prieigą prie savižudybės priemonių, mažinant rizikos veiksnius kaip alkoholio, narkotikų vartojimo, socialinės atskirties, depresijos, streso reiškinius.

2. Jaunimo psichinė sveikata ir švietimas. Kviečiama užtikrinti ankstyvos intervencijos programas švietimo sistemoje, skatinti vaikų auklėjimo šeimose įgūdžius, skatinti švietimo ir kitų jaunimo specialistų psichinės sveikatos ir gerovės švietimo klausimais, rengti programas, užtikrinančias priekabiavimo, smurto išvengiamumą, įtraukant jaunuolius į švietimo, kultūros, sporto ir užimtumo dalyvavimą.
3. Psichinė sveikata darbo vietos aplinkoje. Darbo pobūdis, pastoviai kylantys reikalavimai ir tempai, sąlygoja stresą, spaudimą psichinei sveikatai ir asmens gerovei. Todėl būtina gerinti darbo organizavimą, kurti teigiamą organizacijos kultūrą, vadovavimo praktiką, gerinant psichinę sveikatą, derinant darbo ir šeiminio gyvenimo aplinkas. Taip pat priemonių taikymas, remiant žmones, turinčius psichikos sutrikimų, verbuojant į darbą, išlaikant darbo vietą, taikant reabilitaciją ir grįžimą į darbą.
4. Pagyvenusių žmonių psichinė sveikata. Skatinant aktyvų pagyvenusių žmonių dalyvavimą bendruomenės gyvenime, sudarant galimybes fizinio aktyvumo skatinimui, mokymuisi. Lanksčių pensijų programų kūrimo skatinimas, gaunančių slaugos paslaugas psichikos sveikatos gerinimas, pagalba pagyvenusiųjų slaugytojams.
5. Kova prieš išankstinį nusistatymą ir socialinę atskirtį. Remiant programas skirtas kovai su išankstiniu nusistatymu žiniasklaidoje, mokyklose, darbo vietose siekiant asmenų, su psichikos sutrikimais, integraciją. Įtraukiant žmones, turinčius psichikos sveikatos sutrikimų, jų šeimos narių, slaugytojų į atitinkamos politikos ir sprendimų priėmimo procesus.

Šiuo paktu pripažįstama, kad pagrindinė atsakomybė psichikos sveikatos gerinimo veiksmų parinkimo ir gerovės srityse atitenka valstybėms narėms, tačiau skatinami aktyvūs informacijos mainai ir bendradarbiavimas, siekiant surasti geriausios patirties ir rezultatų veiksnius, sprendžiant prioritetinius pakto klausimus (Europos komisija, 2008).

Apibendrinimas:

Galima įžvelgti, kad Psichikos sveikatos politikos formavimui skirta daug dėmesio, atkreiptas dėmesys į pačias opiausias psichikos sveikatos, jos priežiūros, prevencijos ir psichikos sveikatos gerinimo sritis. Įvertinus ES psichikos sveikatos sutrikimų ir savižudybių sukeltą visokeriopą naštą tiek individui, jo artimiesiems, tiek visai visuomenei, išskirtos penkios prioritetinės psichikos sveikatos

gerinimo sritys – depresijos ir savižudybių prevencija, jaunimo psichinė sveikata ir švietimas, psichinė sveikata darbo vietoje, pagyvenusių žmonių psichinė sveikata bei kova prieš išankstinį nusistatymą ir socialinę atskirtį.

1.4. Lietuvos psichikos sveikatos politikos raida

Pirmasis psichikos sveikatos politikos postūmis Lietuvoje - 1995 m. Seimo priimtas Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, kuris 1999 - 2005 m. laikotarpyje dar buvo koreguotas ir keistas. Jame apibrėžti esminiai, svarbiausi psichikos sveikatos principai. Pagrindinės šio įstatymo apibrėžtos sąvokos, tai kas yra psichikos liga, pacientas, psichikos ligonis, paciento atstovas, psichiatrijos įstaiga, medicinos etikos komisija, Psichikos sveikatos centras, psichiatras, psichoterapeutas, psichologas, slaugos personalas, hospitalizavimas. Pirmą kartą apibrėžta psichikos sveikatos priežiūra kaip specializuota sveikatos priežiūra, kurios tikslas vykdant LR Sveikatos ministro patvirtintus standartus, teikti psichiatrijos pagalbą, diagnozuojant, gydant, padedant žmogui prisitaikyti visuomenėje. Psichikos sveikata apibrėžta, vadovaujantis Pasaulio sveikatos organizacijos pateikta samprata ir apibrėžimu. Paties įstatymo tikslas nustatyti asmenų, kuriems reikalingos psichikos sveikatos paslaugos, teises bei jų tam tikrus apribojimus, tvarką bei kontrolę.

1999 m. įsteigiamas Valstybinis psichikos sveikatos centras (VPSC), kurio paskirtis koordinuoti visuomenės psichikos sveikatos ir pirminės ambulatorinės psichikos sveiktos priežiūrą, vykdyti stebėseną gyventojų

1999 m. Vyriausybė aptvirtino psichikos ligų profilaktikos 1999-2009 m. programą, kurioje buvo iškelti tikslai stabilizuoti ligotumą psichikos ligomis, sumažinti savižudybių kiekį bei sumažinti sergamumą alkoholinėmis psichozėmis. Šiems tikslams įgyvendinti numatoma iki 2005 metų įsteigti savivaldybėse psichikos sveikatos centrus, numatytus Psichinės sveikatos priežiūros įstatyme. Paruošti reikalingą psichikos sveikatos centrams skaičių gydytojų psichiatrų socialinių darbuotojų, psichologų, slaugos specialistų. Numatoma vykdyti valstybines-kompleksines programas kryptingai pagal prioritetines veiklos sritis, iš kurių svarbiausios yra: ilgalaikių psichikos ligų, narkologinių ligų, pagalbos sergantiems silpnaprotyste, psichikos invalidų reabilitacijos bei reintegracijos, patikimos nuolatinės savižudybių ir mėginimų nusižudyti apskaitos sistemos ir kt. sritys. Vystyti šalies psichikos ligų epidemiologinę statistiką bei koordinacinį monitoringą. Įgyvendinant minėtas veiklos sritis būtina kartu vykdyti ir investuoti profilaktikos skatinimą visomis kryptimis. Plėsti psichokorekcijos ir psichoterapijos bei socialinę pagalbą.

1999 m., 2004 – 2008 m., 2010 – 2016 m. Valstybinė tabako kontrolės programa. Svarbiausias tikslas – mažinti tabako ir jo žalos plitimą, jo socioekonominę žalą sveikatai. Programos

prioritetinė sritis – vaikai ir jaunimas. Vienas svarbiausių siekių – riboti prieinamumą prie tabako gaminių. Taip pat programa siekiama įgyvendinti Valstybės tabako kontrolės politikos principus: ginti žmogaus teises į gyvenimą be tabako gaminių, ginti nerūkančiųjų teises į aplinką be tabako dūmų, mokesčiais mažinti rūkalų prieinamumą, drausti tabako gaminių reklamą, jų realizavimo ir vartojimo rėmimą, didinti visuomenės švietimą apie rūkalų vartojimo daromą socioekonominę žalą sveikatai, skatinti rūkančiuosius nutraukti rūkymo įpročius.

Valstybinė alkoholio programa 1999 – 2011 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė 1999 m. vasario 25 d. nutarimu Nr. 212 patvirtino Valstybės alkoholio kontrolės programą 1999–2011 metams. Svarbiausias šios programos tikslas – vadovaujantis Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymu, mažinti alkoholio pasiūlą ir vartojimą, piktnaudžiavimą alkoholiu bei jo daromą žalą žmonių sveikatai ir Lietuvos ūkiui. Pažymėtina, kad vienas iš Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI-52, tikslų sveikatos sistemos politikos formavimo srityje yra siekis mažinti alkoholio prieinamumą ir vartojimą.

Valstybinė savižudybių prevencijos programa 2003 – 2005 m. programa atitinka Pasaulio sveikatos organizacijos nuostatas, Lietuvos sveikatos programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. 64-1842). Programoje numatyti artimieji ir tolimieji tikslai siekiant sumažinti savižudybių skaičių, t.y. vykdyti prevencinę veiklą vaikų, paauglių ir suaugusių žmonių tarpe, paruošti kompetentingus specialistus bei sukurti sistemą, kuri leis užtikrinti teikiamų paslaugų tęstinumą ir kokybę.

Valstybinė neįgaliųjų socialinės integracijos programa 2003 – 2012 m. apima visas Lietuvos žmonių su negalia socialinės integracijos politikos sritis. Šios programos tikslas – siekti lygių galimybių planuojant žmonių su negalia socialinės integracijos veiksmus, atitinkančius valstybės tarptautinius ir vidaus politikos tikslus ir įsipareigojimus. Programa parengta vadovaujantis Jungtinių Tautų Organizacijos lygių galimybių teikimo žmonėms su negalia bendrųjų taisyklių rekomendacijomis.

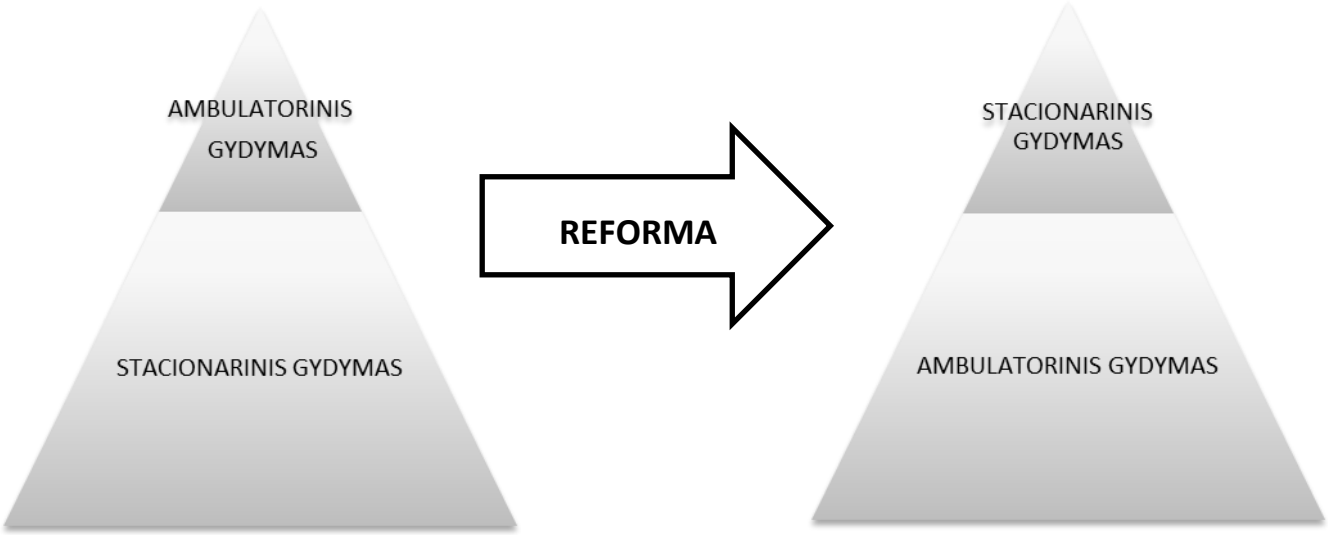
Nacionaline neįgaliųjų socialinės integracijos 2013–2019 metų programa siekiama sukurti visapusiškai pilnavertę aplinką ir sąlygas veiksmingam neįgaliųjų socialinės integracijos plėtojimo procesus Lietuvoje ir užtikrinti nacionalinių teisės aktų, apibrėžiančių neįgaliųjų socialinę integraciją bei lygių galimybių pagrindinius aspektus, ir Neįgaliųjų teisių konvencijos nuostatų įgyvendinimą.

Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. birželio 16 d. nutarimu Nr. VIII-798 įkurta Nacionalinė sveikatos taryba (toliau - NST), kuri yra Lietuvos Respublikos Seimui atskaitinga sveikatos politikos koordinavimo klausimais dirbanti institucija. NST teikia išvadas dėl valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklių, Lietuvos sveikatos programos ir kitų valstybinių sveikatos programų, rengia ir kasmet teikia Seimui pranešimą apie gyventojų sveikatos ir sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo būklę.

2000 m. įkurta Valstybinė psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – VPSK) yra psichikos sveikatos politiką koordinuojanti institucija, įgyvendinanti tarpdisciplininį požiūrį į psichikos sveikatos paslaugų vystymą. VPSK analizuoja visuomenės sociomoralinės aplinkos ir propaguojamų vertybių įtaką gyventojų psichikos sveikatai, Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklės rodiklius, valstybės raidos ir valstybėje vykdomų švietimo, socialinių bei ekonominių permainų įtaką gyventojų psichikos sveikatai. Apie minėtas išvadas informuoja Vyriausybę, Seimą ir visuomenę. Taip pat koordinuoja tarpžinybinį bendradarbiavimą psichikos sveikatos politikos srityje. Teikia pasiūlymus valstybės valdymo ir vietos savivaldos institucijoms, įstaigoms, organizacijoms dėl visuomenės psichosocialinės būklės gerinimo, gyventojų psichikos sveikatos tausojimo ir grąžinimo priemonių planavimo bei įgyvendinimo.

Dėl įvairių priežasčių Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, psichikos sveikatos problemų daugėja, todėl labai svarbu, kad tinkamą pagalbą žmogus gautų pirminiame lygyje. Šiuo atžvilgiu, po sveikatos priežiūros reformų, situacija Lietuvoje yra pakankamai gera, nes lietuviai turi neblogas sąlygas gydytis ambulatoriškai (Voronaja, 2010).

Anot, N. Voronajos (2010), psichikos sveikatos sistemos reforma decentralizacijos principu vykdoma jau 15 metų. To pasekoje jau yra ir apčiuopiamų rezultatų: sumažėjo lovų skaičius stacionaruose, prasiplėtė psichosocialinės reabilitacijos ir ambulatorinių paslaugų tinklas, yra sukurtas subalansuotas ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų modelis.



5 pav. Psichikos sveikatos priežiūros raida (pagal Davidonienė, 2012)

Lietuvoje, kaip ir daugelyje užsienio šalių, siekiama sumažinti ligoninių vaidmenį (institucinė priežiūra/stacionarinis gydymas) ir daugiau dėmesio skirti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų (ambulatorinis gydymas) teikimui. Reformuojant psichikos sveikatos priežiūros sistemą mažinamas ne tik stacionarių lovų skaičius, bet ir ženkliai sumažinami ligoninėms skiriami finansiniai ištekliai ir padidinami pirminei sveikatos priežiūrai skiriami išteklių kiekiai. Toks dėmesys pirminei

sveikatos priežiūrai gerina paslaugų efektyvumą ir priartina psichikos sveikatos priežiūros paslaugas prie individo ir bendruomenės poreikių (Voronaja, 2010).

Šiuo metu Lietuvoje veikia 104 Psichikos sveikatos centrai. Šiuose centruose dirba (užimti etatai): - gydytojų – psichiatrų – 164,77, gydytojų – vaikų ir paauglių psichiatrai – 34,43, psichikos sveikatos slaugytojų – 193,09, socialinių darbuotojų – 145 bei psichologų – 98,44 (Davidonienė, 2014).

Buvo numatyta, kad iki 2013 m. pradės veikti 27 dienos stacionarai prie PSC (dauguma jau veikia), 5 krizių intervencijos centrai ir 5 kompleksinės psichiatrijos pagalbos vaikui ir šeimai centrai.

Daugelyje Europos šalių pirminė psichikos sveikatos priežiūra patikėta šeimos gydytojui. Lietuva išsiskiria ir yra pranašesnė tuo, kad pirminiame lygyje dirba visa komanda: gydytojai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai ir psichologai (Voronaja, 2010). Komandos narių funkcijos ir kompetencija yra apibrėžtos Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijos „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ įstatyme (Žin., 2012, Nr. V-861). Taigi, pacientams teikiama kompleksinė pagalba, t.y. pacientas gauna ne tik medikamentinį gydymą, bet ir psichologo ir socialinio darbuotojo pagalbą.

Apibendrinimas:

Atkūrus nepriklausomybę, Lietuvoje įvyko esminiai psichikos sveikatos priežiūros sistemos pokyčiai. Politinių sprendimų keliu atsirado naujos paslaugos ir tarnybos, priimti teisiniai dokumentai, mažinamas stacionarių lovų skaičius, kiek įmanoma daugiau atsisakoma globos paslaugų, į psichikos sveikatos priežiūros sistemą investuojamos Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos.

Savivaldybių lygyje veikiantys psichikos sveikatos centrai, laikomi valstybės vykdomos psichikos sveikatos priežiūros reformos pagrindu ir nuo stacionaraus gydymo pereinama prie ambulatorinio. Plečiant bendruomenines ir psichikos sveikatos paslaugas arčiau pacientų steigiami Psichikos dienos stacionarai prie Psichikos sveikatos centrų.

1.5. Tarptautinė psichikos sveikatos politikos raida

Užsienio šalyse jau keletą dešimtmečių sutelktas nemažas dėmesys ties psichikos sveikatos problematika ir paieškos būdais kaip jas spręsti veiksmingiausiai. Siekiant žmonių visapusiško pasitenkinimo bei pilnavertės gyvenimo kokybės, individo ir visuomenės gerovės, ypatingai atsižvelgiant į žmogaus teisių klausimus, buvo prieita išvadų, kad būtina investuoti į modernius psichikos sveikatos gerinimo būdus bei organizavimo modelius.

XX amžiuje demokratiškose valstybėse buvo suformuluoti tikslai, kurių pagrindas siekti visos visuomenės emocinės gerovės, atsižvelgiant į tai, kad visuomenės ir kiekvieno atskiro individo sveikatą lemia biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai.

- *Biologiniai veiksniai* – genai, temperamentas, įgimti arba įgyti organiniai psichikos pakenkimų padariniai.
- *Psichologiniai veiksniai* – apima žmogaus mąstymą, emocijas ir elgesio bruožus, kurių didelė dalis buvo suformuota dar vaikystėje
- *Socialiniai veiksniai* – tai visuomenėje vykstantys neramumai, socialinės ir ekonominės permainos, vyraujančios kultūrinės vertybės, įvairių institucijų vaidmuo, darbas bei valstybės vykdoma socialinė, švietimo ir sveikatos politika.

BIOPSICHOSOCIALINIS MODELIS

Biologinis lygmuo	**Psichologinis lygmuo**	**Socialinis lygmuo**
Liga/sutrikimas	Savijauta	Ligos/sutrikimo pasekmės
Objektyvūs patologiniai individo pokyčiai	Subjektyviai asmens patiriami simptomai ar/ir diskomfortas	Apima įprasto gyvenimo pokyčius ir asmens vaidmenis

6 pav. Biopsichosocialinė psichikos ligų samprata (pagal Bagdonas ir kt., 2007)

Ilgą laiką mokslo pasaulyje ir visuomenėje buvo diskutuojama kas turi įtakos psichikos sveikatai, aplinka ar genai. Biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių atskyrimas trukdė tinkamai suprasti psichikos ligų atsiradimo priežastis ir dinamikos ypatumus (Bagdonas ir kt., 2007).

Šiandien jau aišku, kad trijų veiksnių – biologinių, psichologinių ir socialinių – poveikis psichikos sveikatai ir jos sutrikimų atsiradimui – laikomas vienodai svarbiu. Būtent biopsichosocialinis psichikos sveikatos aiškinimas yra svarbi prielaida kuriant ir vykdant šiuolaikines psichikos sveikatos strategijas (Germanavičius, 2008).

Psichikos ligonių padėtimi ir jų teisių apsauga didelėse psichiatrijos įstaigose pradėta domėtis po Antrojo pasaulinio karo. Ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse ir visuomenė, ir vyriausybės ėmė domėtis šių susirgimų kamuojamų piliečių gerove. Buvo siekiama sugriauti dar XIX amžiuje suformuotą psichikos ligomis sergančių žmonių izoliavimo didelėse įstaigose sistemą, akcentuojant bendruomenines paslaugas (Germanavičius ir kt., 2005).

Naujas požiūris į pagalbą psichikos ligoniams buvo formuojamas tuo metu visuomenėje stiprėjant antipsichiatrinei bangai. Vertybių ir žmogaus teisių gynimo lygyje šis judėjimas buvo pozityvus ir paskatino Vakarų pasaulio psichiatriją laikytis aukštų standartų įstatymų ir etikos srityje. Pavyzdžiui, elektros impulsų terapija buvo smarkiai kritikuojama kaip nehumaniškas gydymo būdas. „Elektrošokas“ po kurio laiko atgimė, nes buvo įrodytas jo efektyvumas gydant kai kurias sunkias psichikos ligonių būkles. Šiandien ši procedūra yra plačiai naudojama laikantis aukščiausių kokybės standartų. Vilties, gerinant psichikos ligomis sergančių asmenų gydymo sąlygas, suteikė ir sukurti pirmieji psichotropiniai vaistai. Buvo tikimasi, kad ilgai užsitęsusi sunki psichikos liga gali būti pagydoma ar bent kontroliuojama vaistų pagalba ir juos vartojantis žmogus gali gyventi savarankiškai. Didelės įtakos turėjo ir žmogaus teisių gynimo judėjimas, pasiekęs laimėjimų rasių ir lyčių lygybės srityje, pradėjo aštriai kelti klausimus apie psichikos ligonių teises psichiatrijos įstaigose (Foerschner, 2010).

Daugelyje Vakarų Europos valstybių ir Šiaurės Amerikoje iki XX amžiaus pabaigos įvyko esminės psichikos sveikatos paslaugų teikimo reformos, kurios apibūdinamos terminu „deinstitucionalizacija”, t.y. egzistuojančios institucinės struktūros išardymas. Deinstitucionalizacijos procesas, kurį koordinavo ne tik sveikatos sektorius, bet palaikė ir pilietinės partijos, ir visa pilietinė visuomenė. Pradėta kreipti didesnį dėmesį žmogaus teisėms ir laisvėms, siekiant, kad turintys psichinę negalią ar sutrikimą, gyventų atviroje visuomenėje ir turėtų visas teises kaip ir visi piliečiai. Suvokta, kad per dideli ir netikslingi kaštai investuoti į dideles globos įstaigas, specializuotas psichiatrijos ligonines, kurios ekonomiškai visiškai nepasiteisino (Pūras ir kt., 2013).

Vis daugiau sutrikusios psichikos žmonių gauna kompleksines paslaugas, padedančias jiems integruotis į bendruomenę ten, kur jie natūraliai gyvena. Todėl mažiau tokių asmenų gyvena specialiose nuo bendruomenės izoliuotose didelėse globos įstaigose, o paūmėjus psichikos sutrikimui gauna trumpą stacionarinio gydymo kursą bendrojo profilio ligoninėje (Povilaitienė, Maciūtė, 2005).

Naujausiuose tarptautiniuose dokumentuose šiuo keliu raginamos pasukti visos Europos valstybės, atkreipiant dėmesį į tas šalis, įskaitant ir Lietuvą, kuriose institucionalizacijos lygis yra itin aukštas. Įsitvirtinusi nuomonė, kad deinstitucionalizacijai pagrindinė kliūtis yra finansinių išteklių stoka, tačiau daug svarbesnį vaidmenį vaidina pasenę požiūriai į psichikos sveikatos priežiūros principus. Akivaizdu, kad visuomenėje tebelikę mitai ir prietarai apie psichikos ligas ir psichikos ligonius (Germanavičiutė ir kt., 2005, Povilaitienė, Maciūtė, 2005).

Deinstitucionalizacijos procesas ne visur pasaulyje vyko vienodai sėkmingai. Daugelyje Jungtinių Amerikos valstijų didmiesčių dar ir šiandien galima matyti nemažai benamių, gyvenančių tiesiog gatvėse. Didelė jų dalis yra lėtinėmis psichikos ligomis sergantys žmonės, nepritapę naujoje bendruomeninių paslaugų sistemoje. Dar ir šiandien vyksta diskusijos, kaip turėtų būti

reorganizuojamos nuolatinės globos ir psichiatrijos ligoninės. Nėra bendros nuomonės, ar minėtos įstaigos turėtų visai nunykti, ar tiesiog papildytų integruotų bendruomeninių paslaugų sistemą. Tačiau visi sutaria dėl bendros nuomonės, kad didelės psichiatrijos įstaigos neturi vyrauti šiuolaikinėje psichikos sveikatos paslaugų sistemoje (Sheth, 2009, Morrissei, Goldman, 1986).

Apibendrinimas:

Biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai turi vienodą poveikį psichikos sveikatai ir jos sutrikimų atsiradimui. Biopsichosocialinis požiūris taikomas ir psichikos ligų gydyme,. t.y. dėmesys ir lėšos skiriamos ne tik medicininėms priemonėms, bet ir visapusiškai psichologinei ir socialinei pagalbai, užtikrinančiai kokybišką psichikos ligonių gyvenimą bendruomenėje.

Deinstitucionalizacija yra šiuolaikinė psichikos sveikatos priežiūros politikos kryptis, kuria siekiama, kad psichikos negalę turintys žmonės gyventų mažiau varžančioje aplinkoje. Ši kryptis – kuo daugiau investuoti ne į tradicines dideles psichiatrijos įstaigas, o į bendruomenėje teikiamas paslaugas – Vakarų šalyse suprantama kaip strategiškai būtina siekiant efektyvios psichikos sveikatos priežiūros.

2. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA IR JOS ĮGYVENDINIMAS

2.1. Teisės aktai, reglamentuojantys psichikos sveikatos priežiūros veiklą

Lietuvoje gyventojų sveikata pripažįstama kaip didžiausia socialinė ir ekonominė vertybė. Todėl visuomenės sveikatos programų pagrindinis tikslas siejamas su pagalba įgyvendinti pagrindines žmonių socialines teises sveikatos priežiūros srityje, daryti įtaką valstybės sveikatos politikai, keisti piliečių požiūrį į savo sveikatą, sudaryti vienodas galimybes gauti sveikatos priežiūrą ir su ja susijusią informaciją visiems gyventojams. Didelis dėmesys kreipiamas į tai, kad sveikos visuomenės pagrindas yra sveikas individas (Visuomenės sveikata, 2002).

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos tikslas – siekti visapusiškos Lietuvos piliečių fizinės ir dvasinės gerovės, užtikrinant prieinamą, kokybišką ir veiksmingą sveikatos priežiūrą bei sudarant visiems šalies gyventojams vienodas galimybes gauti jiems reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas.

Lietuvoje sveikatos sistemą reglamentuoja ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklai įtakos turi įvairūs strateginiai bei teisiniais dokumentai. Pagrindiniai teisės aktai reglamentuojantys psichikos sveikatos priežiūrą yra šie:

-Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (Žin., 1995, Nr. 53-1290),

-Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų bei psichiatrijos dienos stacionaro ir psichoterapijos paslaugų bazinių kainų tvirtinimo (Žin., 1999, Nr. 256);

-Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, jų teikimo bei apmokėjimo tvarkos ir psichikos sveikatos centro pavyzdinių įstatų bei specialistų veiklos“ (Žin., 1999, Nr. 110).

-Psichikos sveikatos strategija (Žin., 2007, Nr. X-1070);

Pirmasis ir pagrindinis LR teisės aktas pateikiantis pagrindines psichikos sveikatos priežiūros sąvokas, psichikos ligonių teises, jų apribojimus, hospitalizacijos tvarką bei psichikos sveikatos priežiūrą pacientams - Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (Žin., 1995, Nr. 53-1290). Psichikos liga – tai tik gydytojo diagnozuotas, gydytojo psichiatro patvirtintas psichikos susirgimas, pagal tarptautinę ligų klasifikaciją (šiuo metu galioja 10 versija, TLK – 10). Apibrėžiama, kad pacientas – tai asmuo, kuris naudojasi psichikos sveikatos priežiūra, o psichikos ligonis – tai asmuo, kuriam jau diagnozuota gydytojo psichinė liga. Taip pat apibrėžiamos psichiatrijos įstaigos, medicinos etikos komisijos, psichikos sveikatos centro, psichiatro, psichoterapeuto, psichologo, slaugos personalo, hospitalizavimo sąvokos. Nusakoma ir pati psichikos sveikatos priežiūra, kad tai yra specializuota sveikatos priežiūra, vykdoma pagal LR sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus standartus. Pabrėžiama, kad esmė, pagrindinis tikslas šios priežiūros – teikti psichiatrijos pagalbą, t.y.

diagnozuoti, gydyti sutrikusias žmogaus funkcijas, pastebėti bei perspėti apie paūmėjimus ir padėti individui prisitaikyti prie gyvenimo, gebant grįžti į įprastą gyvenimo ritmą. Šiame įstatyme apibrėžiamos ne mažiau svarbios psichikos ligonių teisės bei jų apribojimai. Psichikos ligoniai turi visas tiek politines, tiek ekonomines, tiek socialines bei kultūrines teises. Pabrėžiama, kad sergantis asmuo ar praeityje sirgęs negali būti dėl ligos diskriminuojamas. Svarbu, kad Valstybė įsipareigoja sudaryti sąlygas psichikos ligoniams atstatyti, ugdyti, padėti įgyti darbinių įgūdžių, net gi persikvalifikuoti, kad pilnai integruotis į visuomeninį gyvenimą. Žmonės, turintys psichinę negalią privalo būti globojami valstybės, valstybė užtikrina teikti socialinę paramą.

Asmenims, hospitalizuotiems psichiatrijos įstaigoje aprašomas paslaugų organizavimas, garantuojant laisvanorišką darbo veiklą, trukmės reikalavimus nusako Sveikatos apsaugos ministerija (SAM). Darbo veiklą koordinuoja, kontroliuoja bei rekomenduoja gydytojas psichiatras. Įstatyme griežtai draudžiama psichikos ligonį versti jėga dirbti. Pacientai turi teisę į priimtiną, prieinamą ir tinkamai parinktą sveikatos priežiūrą. Pacientui turi būti suteikiama konfidencialumo teisė ir įstaigos administracija bei personalas privalo užtikrinti informacijos apie jo ligą konfidencialumą (Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (Žin., 1995, Nr. 53-1290).

1999 m. kovo 9 d. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministras patvirtino įsakymą Nr. 256 „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų bei psichiatrijos dienos stacionaro ir psichoterapijos paslaugų bazinių kainų tvirtinimo“. Psichoterapijos seansų bazinės kainos, taikomos suaugusiesiems ambulatorinio gydymo metu. Psichoterapijos paslaugų teikimo ir mokėjimo suaugusiesiems tvarka. Suaugusiųjų psichiatrijos stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos: antrinio ir tretinio lygio psichiatrijos stacionarinių paslaugų bazinės kainos bei psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų bazinės kainos.

Įsakyme tiksliai apibrėžti psichiatrijos ir psichoterapijos pirminio lygio paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimai, kuriuose nurodoma ligų pavadinimai, jų kodai TLK sistemoje, ligų diagnostikos priemonės, jų gydymo ir reabilitacijos metodai bei parodymai, atsižvelgiant į psichikos sveikatos sutrikimą, nukreipti į aukštesnio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigą. Taip pat psichiatrijos ir psichoterapijos antrinio lygio ambulatorinių paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimai: nurodomas ligos kodas TLK sistemoje, jos pavadinimas bei papildomi duomenys (ligos vertinimas, paūmėjimo bei komplikacijų fiksavimas), taikomos diagnostikos priemonės, gydymo metodai ir būtini specialistai teikiant paslaugas (Žin., 1999, Nr. 256).

Dokumente „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų bei psichiatrijos dienos stacionaro ir psichoterapijos paslaugų bazinių kainų tvirtinimo“ (1999) numatyti antrinio ir tretinio lygio stacionarinių paslaugų teikimo

suaugusiesiems reikalavimai, psichiatrijos ir psichoterapijos tretinio lygio ambulatorinių paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimai bei psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimai, šių paslaugų tikslas – asmens gydymas ir readaptacija. Dienos stacionare paslaugos teikiamos gydytojų, slaugytojų, socialinių darbuotojų ir psichologų. Taip pat pateikiamas psichiatrijos ir psichoterapijos detalizuotų paslaugų suaugusiesiems aprašymas.

Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, jų teikimo bei apmokėjimo tvarkos ir psichikos sveikatos centro pavyzdinių įstatų bei specialistų veiklos“ numatoma metinė vieno gyventojo pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos centre, bazinė kaina ir šių paslaugų teikimo bei apmokėjimo tvarka (Žin., 1999, Nr. 110).

Dokumente pateikiama Psichikos sveikatos centro (PSC) darbuotojų profesinė sudėtis ir metinė vieno gyventojo pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų PSC, bazinė kaina. Įsakyme pateikiama tokia PSC darbuotojų sudėtis: gydytojas – psichiatras, vaikų ir paauglių gydytojas – psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, medicinos psichologas ir socialinis darbuotojas. Numatytas jų etatų skaičius bei aptarnaujamųjų gyventojų skaičius ir teikiamų kiekvieno atskiro specialisto paslaugų kaina. Lietuvoje veikiantys Psichikos sveikatos centrai vadovaujasi įstatais parengtais pagal minėtame dokumente parengtą Psichikos sveikatos centrų veiklos įstatų pavyzdį.

Psichikos sveikatos centre (PSC) dirbantys specialistai (gydytojai psichiatrai, medicinos psichologai, slaugos ir socialiniai darbuotojai) teikia pirminio psichikos sveikatos priežiūros lygio paslaugas ir savo darbe vadovaujasi Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos, sveikatos priežiūros įstaigų, sveikatos draudimo, psichikos sveikatos priežiūros, narkologinės priežiūros ir kt. įstatymais, Vyriausybės nutarimais, sveikatos apsaugos ministro įsakymais ir kitais teisės aktais bei norminiais dokumentais. Įsakyme apibrėžiama, kad pagal Lietuvos medicinos normą MN: 1998 „Gydytojas psichiatras“, gydytojas psichiatras teikia būtinąją medicinos pagalbą, prireikus – gydytojo psichiatro kompetencijai priskirtas medicinos paslaugas. Minėta medicinos norma reglamentuoja ir vaikų-paauglių gydytojo psichiatro veiklą psichikos sveikatos centruose. Taip pat reglamentuojama psichikos sveikatos slaugytojų, socialinių darbuotojų ir medicinos psichologų veikla, jų kompetencija ir teikiamos paslaugos (Žin., 1999, Nr. 110).

2007 m. buvo patvirtinta Psichikos sveikatos strategija, kuri yra labai svarbus dokumentas Lietuvos psichikos sveikatos politikoje. Dokumente apibrėžiami pagrindiniai Lietuvoje įgyvendinami psichikos sveikatos politikos principai. Strategijoje skelbiama, kad didėja visuomenės susirūpinimas prasta gyventojų, dvasine sveikata. Todėl vienas iš pagrindinių strategijos uždavinių yra plėsti psichikos sveikatos priežiūros, asmenims turintiems psichikos sveikatos sutrikimų, nestacionarių ir lanksčių paslaugų tinklą Siekiama gerinti psichikos sveikatos apsaugą ir priežiūrą, vykdant tikslines

prevencines, gydymo ir reabilitacijos problemas, skirtas bendruomenių atsparumui stiprinti bei neigiamų socializacijos pasekmių prevencijai. Taip pat užsibrėžiama valstybinėse sveikatos programose didžiausią dėmesį skirti dvasinės sveikatos, emocinės ir socialinės raidos sutrikimų prevencijai.

Psichikos sveikatos strategijoje (2007) yra numatyti būdai remti valstybės ir savivaldybių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programas, visų pirma užtikrinant tęstinę paramą rizikos grupėms priskiriamų tėvų mokymui kompetentingai auginti vaikus, stiprinti vaikų psichoemocinės būklės saugumą mokyklose ir bendruomenėje, smurto prevencijai, savižudybių prevencijai, alkoholizmo, narkomanijos bei tabako gaminių žalos prevencijai. Taip pat numatoma steigti ir perorganizuoti tarnybas, pagal kompetenciją ir atsakingumą, kad kiekvienos savivaldybės gyventojas, sergantis psichikos liga, lygiomis teisėmis, bendruomeniniu lygiu galėtų gauti farmakoterapijos, psichoterapijos, psichosocialinės reabilitacijos, profesinės reabilitacijos ir pagalbos. buityje paslaugas.

Siekiama vystyti psichikos sveikatos centrų plėtrą, suteikiant galimybes tapti savarankiškais juridiniais asmenimis ir teikti paslaugas apmokamas iš įvairių šaltinių. Pavyzdžiui, iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo – dienos stacionaro paslaugos, paslaugos namuose ir kitos antrinio lygio paslaugos, iš socialinės apsaugos sektoriaus. Strategijoje numatomas ypač svarbus uždavinys – skatinti deinstitucionalizacijos proceso plėtrą, siūlant savivaldybėms teikti alternatyvias paslaugas institucinei globai (Žin., 2007, Nr. X-1070);

Šiame nacionaliniame dokumente, atsižvelgiant į šiuolaikinės sveikatos priežiūros standartus, akcentuojama pirminės psichikos sveikatos priežiūros, prevencinių priemonių, bendruomeninės pagalbos bei tarpsektorinio bendradarbiavimo svarba. Ryškiai įtraukiamas decentralizacijos aspektas, ko pasekoje savivaldybės įpareigojamos plėtoti ir remti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas arčiau gyventojų.

Apibendrinimas:

Siekiant užtikrinti Lietuvos piliečių psichinę sveikatą, sukurta teisinė bazė, kuria siekiama teikti prieinamą, kokybišką, veiksmingą ir paciento poreikius patenkinančią sveikatos priežiūrą, tuo pačiu sudarant visiems gyventojams vienodas sąlygas ir galimybes gauti jiems reikalingas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros sistemos teisinį pagrindą sudaro Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995), Psichikos sveikatos strategija (2007) bei kiti teisiniai dokumentai. Psichikos sveikatos specialistai savo veikloje vadovaujasi medicinos

normomis, psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimais ir kitais įstatymais bei poįstatyminiais aktais.

2.2. Psichikos sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje

Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, terminai "pirminė", "antrinė" ir "tretinė sveikatos priežiūra" naudojami apibūdinti skirtingus sveikatos priežiūros lygius. Tam, kad suprasti Lietuvoje veikiančią sveikatos priežiūros sistemą svarbu šiuos lygius trumpai aptarti (Žin., 1994, Nr. 63-1231).



7 pav. Sveikatos priežiūros Lietuvos Respublikoje lygiai (pagal LR Sveikatos sistemos įstatymą, 1994)

Pirminė sveikatos priežiūra (PSP) – tai būtinoji sveikatos priežiūra, kuri taikoma visiems bendruomenės nariams ir jų šeimoms šaliai bei bendruomenei priimtina kaina. Tai priemonių, padedančių pasiekti norimą sveikatos lygį šalyje, kompleksas. PSP tikslas – spręsti pagrindines bendruomenės sveikatos problemas taikant sveikatos propagavimo, mokymo, profilaktikos, gydymo ir reabilitacinių paslaugų priemones.

Pirminė sveikatos priežiūra – pirmoji sveikatos priežiūros paslaugų grandis, kur asmens ir visuomenės sveikatos požiūriu sprendžiami asmens sveikatos, sveikos mitybos propagavimo, pagrindiniai higienos, šeimos planavimo, vaiko ir motinos sveikatos, skiepijimo nuo užkrečiamųjų ligų, ligų profilaktikos ir kontrolės bei sveikatos mokymo klausimai.

Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos yra:

- Ambulatorinės: pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje;
- Stacionarinės: stacionarines palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančios asmenims, sergantiems lėtinėmis ligomis ar neįgaliesiems, kai yra netikslinga reabilitacija specializuotuose skyriuose, teikia palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės.

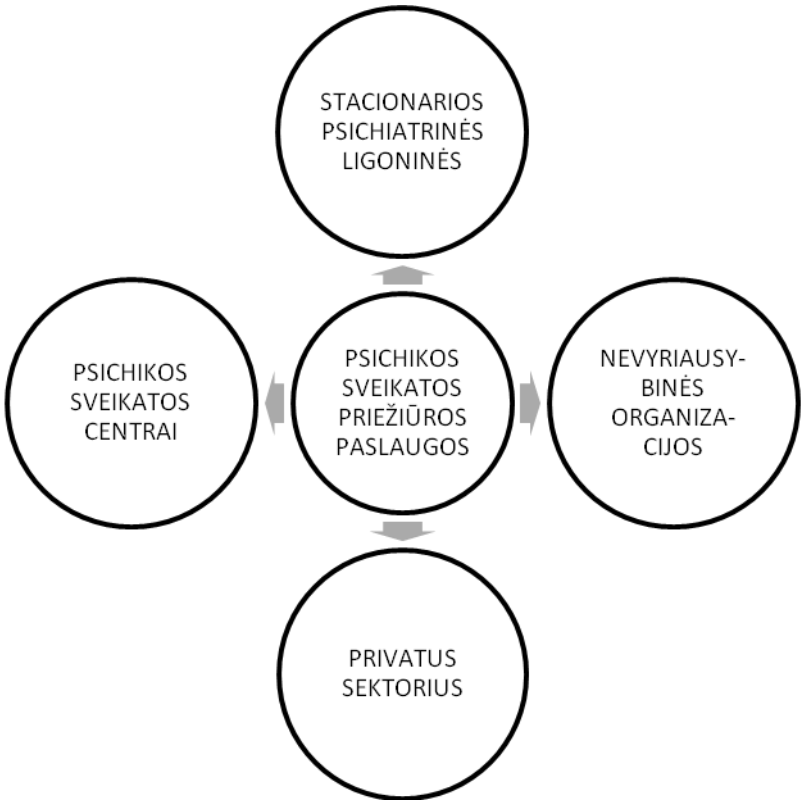
Antrinės sveikatos priežiūros paslaugas teikia (konsultuoja) gydytojai specialistai (kardiologai, pulmonologai, chirurgai, traumatologai, okulistai ir kt.). Šios sveikatos priežiūros paslaugos (informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais; atstatomosios medicinos paslaugos; laikinojo

nedarbingumo ekspertizė ir kt.) organizuojamos apskričių ligoninėse, jų konsultacinėse poliklinikose bei dienos stacionaruose.

Tretinės sveikatos priežiūros paslaugas teikia gydytojai konsultantai, pas kuriuos gali nukreipti pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojai. Pas šiuos specialistus nukreipiami tik tie pacientai, kuriems tretinio lygio pagalba tikrai būtina (neurochirurginė, neonatologinė, kardiochirurginė ir pan.). Paslaugos teikiamos Kauno ir Vilniaus universitetinėse ligoninėse, jų padaliniuose ir centruose bei institutuose (pvz., Vilniaus onkologinis institutas, Respublikinė psichiatrijos ligoninė).

Lietuvos Higienos instituto duomenimis (2012), pastaraisiais metais sveikatos priežiūros išteklių ženklaus kitimo nestebima. 2012 m. pabaigoje Lietuvoje, įskaitant padalinius, veikė 142 valstybinės ir savivaldybių ligoninės bei 430 ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigų. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus steigimo sparta sulėtėjo. 2012 m. Lietuvoje buvo 2675 privačios sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų 1946 pateikė metines ataskaitas (82,6 proc.). Tarp privačių sveikatos priežiūros įstaigų, atsiskaičiusių 2012 m., buvo 1191 odontologinė įstaiga, 223 pirminės sveikatos priežiūros centrai, 31 medicininės reabilitacijos įstaiga, 4 greitosios medicinos pagalbos įstaigos, 11 ligoninių, 6 dienos chirurgijos centrai.

Kalbant apie psichikos sveikatos priežiūros paslaugas – jų teikimas Lietuvoje patikėtas keturiems sektoriams: stacionarioms psichiatrinėms ligoninėms, psichikos sveikatos centrams, nevyriausybinėms organizacijoms ir privačiam sektoriui.



8 pav. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai Lietuvoje

Stacionarioje gydymo įstaigoje psichikos sveikatos paslaugų vartotojai gali sulaukti pagalbos atsidūrę krizinėje situacijoje arba ištikti afekto būsenos. Tokiais atvejais dažniausiai kviečiama greitoji medicinos pagalba arba galima kreiptis į psichiatrijos ligoninės priėmimo skyrių. Stacionariniam gydymui taip pat gali nukreipti pirminėje psichikos sveikatos grandyje dirbantys gydytojai, kartais hospitalizavimu pasirūpina šeimos nariai. Ligoninėje pacientui dažniausiai yra skiriamas ar koreguojamas medikamentinis gydymas, nustatoma arba tikslinama diagnozė (Povilaitienė, Maciūtė, 2005).

Psichikos sveikatos centras – pirminės sveikatos priežiūros įstaiga, kuri steigiama prie PSPĮ arba kaip savarankiška viešoji sveikatos priežiūros ne pelno įstaiga, licencijuota vykdyti psichikos sveikatos priežiūrą ir teikti socialinę pagalbą (Žin., 1995, Nr. 53-1290). Gyventojai į psichikos sveikatos centrą (PSC) patenka pagal gyvenamąją vietą arba patys gali pasirinkti juos aptarnaujančią įstaigą (www.tlk.lt).

Kaip skelbia Nevyriausybinių organizacijų informacijos ir paramos centras, Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros paslaugas galima gauti ir iš nevyriausybinių organizacijų (NVO), pvz., Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centras, psichikos negalios žmonių bendrija „Giedra“. NVO paslaugų vartotojai gali gauti nemokamą socialinę, psichologinę ir medicininę pagalbą, informaciją apie turinčiųjų psichikos sveikatos problemų teises ir tai, kaip įtakoti specialistų darbą, t.y. patiems

psichikos sveikatos paslaugų vartotojams aktyviai dalyvauti sprendimų priėmime dėl gydymo, pasirinkti vaistus, atitinkamą gydytoją ar gydymo įstaigą bei kitus specialistus (www.3sektorius.lt).

Privačiame sektoriuje asmenys, sergantieji psichikos ligomis, gali gauti mokamas psichologo ir psichiatro konsultacijas, kurių kainą nustato pats paslaugos teikėjas (Povilaitienė, Maciūtė, 2005).

2005 m. Ievos Povilaitienės ir Kristinos Maciūtės atliktas tyrimas atskleidė, kad stacionaras skatina paciento pasyvumą, nes šis pradeda įsivaizduoti, kad geriau gyventi ligoninėje, todėl, kad viskuo pasirūpina personalas, o užsidarymas namuose po išrašymo toliau veda prie degradavimo, tapimo jaunais pensininkais. Gyvenimo ir bendravimo įgūdžių lavinimas ligoninėje yra pamirštamas, tuo tarpu sergantiesiems būtinas postūmis veikti.

Bendruomeninių paslaugų lygis vis dar pakankamai žemas. Pagrindine problema išlieka menkai išvystytas paslaugų spektras, socialinių ir psichologinių paslaugų trūkumas sergantiesiems ir jų artimiesiems (Žin., Nr. A1-47).

Anksčiau psichinė sveikatos priežiūra buvo paremta stacionariomis paslaugomis ir dideliu skaičiumi lovų psichiatrijos ligoninėse, bet šiandien situacija keičiasi – paslaugos teikiamos daugiau bendruomeniniu lygmeniu ir didesnį vaidmenį vaidina ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūros grandis. Tam įtakos turėjo Europos Sąjungos struktūrinių fondų skirtos lėšos Dienos stacionarų prie Psichikos sveikatos centrų steigimas, kuriuose teikiamos antrinio lygio paslaugos arti paciento namų. Dienos stacionarai, taip pat užpildo užimtumo paslaugų spragas psichikos sveikatos srityje, t.y. juose, paslaugų struktūroje, vykdomos užimtumo programos (Voronaja, 2010). Anksčiau Dienos stacionarai veikė tik prie ligoninių, todėl jų teikiamos paslaugos buvo prieinamos tik to miesto, kuriame veikia ligoninė, gyventojams.

Apibendrinimas:

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose įstaigose. Remiantis Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymu (1994 m.), sveikatos paslaugas teikiančias įstaigas galima grupuoti įvairiai. Pagal sveikatos priežiūros lygį sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos pirminiu, antriniu ir tretiniu lygiu.

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia psichiatrinės ligoninės, psichikos sveikatos centrai, nevyriausybinės organizacijos bei privatūs specialistai.

Vykdant psichikos sveikatos reformą Lietuvoje buvo sumažintas stacionarių lovų psichiatrijos ligoninėse skaičius ir tuo pačiu kuriamas psichikos sveikatos centrų tinklas, panaudojant Europos Struktūrinių fondų lėšas kuriami Psichikos dienos stacionarai. Deinstitucionalizacijos kryptimi plėtojama psichikos sveikatos priežiūra leido susikurti visiškai naujoms nevyriausybinėms psichiatrijos organizacijoms tokioms kaip klubai ar bendrijos.

2.3. Dienos stacionarų atsiradimo raida ir samprata

Pasaulyje ir Europoje jau seniai, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo prieinamumą, kokybę, kaštus, prieita sprendimų teikti sveikatos priežiūros paslaugas dienos stacionaruose - tarpinėje grandyje tarp stacionarinio ir ambulatorinio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Pirmiausia pradėtas įgyvendinti įvairaus profilio dienos chirurgijos paslaugų teikimas. Jungtinėse Amerikos valstijose maždaug 50 procentų visų operacijų atliekamos dienos chirurgijos stacionaruose. Švedijoje gana plačiai ir jau seniai ambulatoriškai dienos stacionaruose gydomos ir akių ligos bei regėjimo sutrikimai, paskutinį dešimtmetį plečiamos odos ligų, inkstų, šlapimo takų, reprodukcinės sistemos ligų gydymas dienos stacionaruose. Užsienio specialistai pabrėžia, kad teikiant dienos stacionaro paslaugas sutrumpėja planinės operacijos laukiančių pacientų eilės, patenkinami pacientų lūkesčiai gauti būtinąją paslaugą greitai ir kokybiškai, sumažėja pacientų nedarbingo laikotarpio dienų skaičius, gerėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas tais atvejais, kuomet atsisakoma gydymo stacionare dėl šeimyninių, buitinių ar darbo priežasčių, mažesnė hospitalinės infekcijos tikimybė, dienos stacionare suteikta paslauga yra ekonomiškesnė.

Bendrąja prasme dienos stacionaras – atskiras, dažniausiai ligoninės (stacionaro) skyrius, kuriame pacientas dieną gydomas stacionariai, o nakčiai išleidžiamas į namus. Atsižvelgdama į naujausias sveikatos mokslo žinias bei gerąją patirtį pasaulyje, Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija jau nuo 2003 m. deklaruoja, kad dienos stacionaras – vienas iš pažangių sveikatos paslaugų teikimo formų. Viena radikaliai svarbių Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros reformos krypčių – nuoseklus perėjimas nuo stacionarinio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo prie ambulatorinio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Tikslas – užtikrinti geresnį gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikių teikimą, aukštesnę teikiamų paslaugų kokybę, saugumą, prieinamumą bei racionalesnį finansinių bei žmogiškųjų išteklių paskirstymą.

Dienos stacionare gydomi pacientai, kuriems nereikia taikyti ypač sudėtingų gydymo metodų ir nėra didelės komplikacijų tikimybės. Kaip ir kitose Europos valstybėse Lietuvoje dienos stacionarų paslaugų teikimas pradėtas įvertinus paslaugų apimties kitimus, kaštus, paslaugų prieinamumo problematiką. Taip pat patvirtinus paslaugų restruktūrizavimo programą, skirtą įgyvendinti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-03-18 nutarimą Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 28-1147), patvirtinus Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją. Tuo tikslu patvirtinti ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymai apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimui – diegti ir plėtoti dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorines bei slaugos paslaugas. Pradėta įgyvendinti plėtojant dienos chirurgijos paslaugas. Kalbant apie dienos chirurgijos stacionarus, dienos stacionaro paslauga

pacientui dažniausiai teikiama vienkartinai – vieną dieną (vieną lovadienį), t. y. atlikus planinę chirurginę procedūrą, pacientas dienos bėgyje iki 24 val. stebimas, nesant komplikacijų išrašomas į namus, tolimesnis gydymas tęsiamas atvykstant pacientui konsultacijoms. Esant didelei komplikacijų rizikai pacientas gali būti perkeliamas iš dienos chirurgijos skyriaus tiesiai į stacionarą (Žin., 2008, Nr. Nr. V – 45, Žin., 2003 m. Nr. V – 371).

Valstybinė ligonių kasa prie LR sveikatos ministerijos internetiniame puslapyje http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/Puslapiai/Dienos-stacionaro-paslaugos.aspx (žiūrėta 2014-08-10) pateikia duomenis apie šiuo metu Lietuvoje finansuojamas dienos stacionaro paslaugas bei profilius – tai įvairaus profilio onkologinių ligų, akušerijos, dermatovenerologijos, hematologijos, psichiatrijos, terapijos, vaikų ir paauglių dienos stacionarai. Atsižvelgiant į sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų profilį, gydymo ypatumus, skiriasi ir teikiamų dienos stacionarų teikiamų paslaugų apimtys, lovadieniai, gydymosi trukmė.

Psichiatrijos dienos stacionarai, galima būtų teigti, turi atskirą istorinę bei psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitimo raidą. Patys pirmieji Lietuvoje įkurti dienos stacionarai ir buvo psichiatrijos dienos stacionarai, įkurti prie Universitetinių psichiatrijos ligoninių, jie funkcionuoja ir iki šiol. Galima įžvelgti, kad jų steigimo priežastys, tikslai kiek kitokie nei šiuo metu steigiamų psichikos dienos stacionarų. LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. Gegužės mėn. 27 d. Įsakyme Nr. 256 „ Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo“ apibrėžta, kad „ dienos stacionaras – tai tarpinė grandis tarp stacionarinio ir ambulatorinio gydymo arba dalinė hospitalizacija. Jame pacientai dieną aktyviai gydomi psichotropiniais medikamentais, jiems taikomos įvairios psichiatrinės reabilitacijos priemonės, psichoterapija, bet nakčiai grįžta į namus.“ Psichiatrijos dienos stacionare nepertraukiamai gydymas gali trukti iki 30 darbo dienų. Gydytis juose gali pacientai, kuriems pagal TLK – 10 diagnozuotas psichikos sveikatos sutrikimas F00 - F99. Įsakyme įvardinti atvejai, kuomet yra indikacijos – parodymai hospitalizacijai dienos stacionare. Tai esant psichikos būklės pakitimams, kuomet ambulatoriškai gydymo tęsti neįmanoma, tačiau pacientas išlieka socialiai adaptuotas. Ir antras atvejis, kuomet paciento negalima tiesiai iš stacionaro išrašyti į namus, tad po stacionaro siunčiamas į psichiatrijos dienos stacionarą ir taip vykdomas laipsniškas perėjimas nuo stacionarinio prie ambulatorinio gydymo. Psichiatrijos dienos stacionare pagal minėtą LR sveikatos ministro įsakymą privalo būti darbuotojų kabinetai, procedūrų kabinetas, 5-7 lovų palata tiems atvejams, kuomet reikalinga taikyti infuzoterapiją ar dideles psichotropinių vaistų dozes. Minima, kad ne privalėtų, bet turėtų būti grupinės psichoterapijos, meno terapijos, muzikos terapijos, darbo terapijos ir kt. Patalpos. Nors įsakyme minimi faktoriai bei sąlygos psichosocialinės reabilitacijos terapijoms, galima būtų įžvelgti, kad pirmieji ir būtent psichiatrijos ligoninėse įkurti psichiatrijos dienos stacionarai išliko

daugiau priklausomi nuo biomedicininio ligų gydymo modelio, kuomet svarbiausias psichikos ligų gydymo būdas išlieka farmakoterapija.

Psichiatrijos dienos stacionarai funkcionuojantys psichiatrijos ligoninėse kaip atskiri skyriai ir steigiami stacionarai iš ES struktūrinių fondų turi panašumų, tačiau galima būtų įžvelgti daugiau skirtumų.

2005 – 2006 m. vykdant psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą Lietuvoje, rengiant Psichikos sveikatos strategiją, Sveikatos ministerijos siūlymu Vyriausybė priėmė nutarimą, kad šalia tradicinių Lietuvos sveikatos politikos prioritetinių sričių, tokių kaip širdies kraujagyslių bei onkologinių ligų, teikiant paraiškas ES struktūrinių fondų paramai bus pridėtos dar dvi prioritetinės sveikatos sritys, tai psichikos sveikatos paslaugų modernizavimas ir traumų mažinimas. Tad gavus ES paramą 2007 – 2013 m., siekiant 2001 m. Pasaulio sveikatos organizacijos išskiriamų privalomų modernios psichikos sveikatos priežiūros dedamųjų – farmakoterapija, psichoterapija, psichosocialinė reabilitacija, profesinė reabilitacija ir darbas bei būstas, vykdoma priemonė „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“. Priemonės tikslas – plėtoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, didinti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą – steigti psichikos dienos stacionarus (centrus) prie savivaldybių, prie jau įkurtų psichikos sveikatos centrų. Numatyta įgyvendinti 27 projektus (www. esparama.lt).

Šie psichikos dienos stacionarai tai tarpinė grandis tarp stacionaro ir ambulatorinio gydymo, padedanti pacientams pagerinti gyvenimo kokybę. Dienos stacionaras skirtas lankyti pacientams, kurie nori išlikti namų aplinkoje ir neatitrūkti nuo šeimos reikalų, bet kuriems reikalingas gydymas. Čia atvykę pacientai skatinami neprarasti savarankiškumo, kasdienio gyvenimo, psichologinio bendravimo, buitinių ir darbinių įgūdžių. Mokymų, konsultacijų metu mokomi atpažinti ir įveikti krizes, sužinoti aktualias gydymo ir reabilitacijos naujienas. Padedama prisitaikyti visuomenėje, gerinami bendravimo ir socialiniai įgūdžiai. Šie Psichikos dienos stacionarai tai tarsi perėjimas nuo institucine globa grįstų paslaugų prie veiksmingų bendruomeninių paslaugų, kuomet pačiame pavadinime išlieka institucinis įvardinimas, bet pačiuose stacionaruose remiamasi ne stacionaro, o namų aplinkos samprata, teikiant paslaugas pacientams (Voronaja, 2010). Tai ypatingai svarbus ir novatoriškas požiūris bei galima sakyti žingsnis link modernios, pacientų poreikius atitinkančios psichikos sveikatos priežiūros Lietuvoje.

Apibendrinimas:

Dienos stacionaras – vienas iš pažangių sveikatos paslaugų teikimo formų, kuriame pacientas dieną gydomas stacionariai, o nakčiai išleidžiamas į namus. Čia gydomi tie pacientai, kuriems

nereikalingi ypač sudėtingi gydymo metodai, jų būklė yra stabili ir nėra didelės komplikacijų tikimybės.

Psichiatrijos dienos stacionarai turi atskirą psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitimo raidą ir pirmiausia buvo įkurti prie Universitetinių psichiatrijos ligoninių. Tai tarpinė grandis tarp stacionarinio ir ambulatorinio gydymo. Psichiatrijos dienos stacionare pacientai dieną aktyviai gydomi psichotropiniais medikamentais, jiems taikomos įvairios psichiatrinės reabilitacijos priemonės, psichoterapija, bet nakčiai grįžta į namus.

Gavus ES paramą 2007 – 2013 m., vykdoma priemonė „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“, kurios tikslas – plėtoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, didinti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą – steigti psichikos dienos stacionarus (centrus) prie psichikos sveikatos centrų.

2.4. Tarptautinė patirtis plėtojant psichinės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje

Europos psichikos sveikatos priežiūros vystymąsi G. Thormicroft ir M. Tansella (2003) suskirsto į tris psichikos sveikatos priežiūros vystymosi etapus, susiklosčiusius pagal Europos istorinius periodus:

1. XIX a. pradžios iki XX a. vidurio, institucinės psichikos sveikatos priežiūros etapas, kuomet visoje Europoje buvo steigiamas stacionarų tinklas;

2. Nuo Antrojo pasaulinio karo iki 1970 m. Pradžia sisteminių bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų. Šiame etape jau pradedami kurti psichikos dienos stacionarai, diegiamos ambulatorinės paslaugos prie psichiatrijos ligoninių;

3. Nuo 1970 m. Tai etapas, kuriame išvystoma vertikali globa, pasireiškianti sektorizacija ir deinstutitucionlizacija, horizontali globa, kurią apibrėžia visapusiška bendruomeninė globa, jos plėtra, prasidėjusi po antro pasaulinio karo.

Pirmojo etapo nenumatytų, tarsi savaime susiformavusių rezultatų vertinimai atskleidė, kad stacionarios psichiatrijos institucijos teikia stacionarią globą, kurioje pacientai izoliuoti nuo visuomenės, priversti uždarai gyventi vieni su kitais, neturintys teisių patys kontroliuoti savo gyvenimo, priimti sprendimų savo atžvilgiu. Įžvelgta, kad šių institucijų taisyklės yra aukščiau pacientų poreikių. Viena geriausių patirčių psichikos sveikatos politikoje ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo raidoje Europoje perėjimas nuo stacionarios pagalbos prie

bendruomeninės globos, į kurią ir įeina psichikos dienos stacionarų steigimas, kitaip tariant vykdoma deintitucionalizacija (Foerschner, 2010) .

Deinstitucionalizacijos procesas suprantamas platesniu požiūriu kaip socialinės globos įstaigų, psichiatrijos ligoninių, laivės apribojimo įstaigų institucijose uždarai esančių individų perkėlimas gydytis, gyventi, būti globojamiems bendruomenėje. Ko pasekoje keičiamas iš esmės tradicinės globos ir psichiatrijos modelis, kuomet pereinama nuo paternalistinio, žmogaus teises ribojančio žmogaus stebėjimo 24 valandas per parą, prie individualiems žmogaus poreikiams pritaikyto, skatinančio savarankiškumą, tačiau priartintą prie medicininių, socialinių paslaugų, arti žmogaus gyvenamos vietos, modelio. UNICEF teigimu deinstitucionalizacija apibrėžia procesą, kuriame iš anksto numatomi, planuojami esminiai pakeitimai, mažinant arba iš viso uždarant stacionarias įstaigas, įkuriant platų paslaugų spektrą, kurį numato ir reguliuoja į žmogaus teises ir rezultatus orientuoti standartai (UNICEF, CIS, 2010). Kitaip tiriant judama nuo stacionarios pagalbos į bendruomeninę globą.

Bendruomeninės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos pagal R. Drake (2011) organizuojamos skatinančiai vietos gyventojų psichikos sveikatą remiantis šiais principais:

1) paslaugos teikiamos įvertinus vietos gyventojų individualius poreikius, taikant gyventojams priimtinus ir prieinamus būdus;

2) pasaugų organizavimas ir teikimas remiasi tikslais ir stiprybėmis asmenų, turinčių psichosocialinę negalią;

3) skatinamas platus, veiksmingas globos, paslaugų prieinamumo tinklas;

4) orientuojamasi į paslaugas, atitinkančias mokslo žinias ir nukreiptas į gijimo procesą;

Reformos psichiatrijos srityje Europoje vykdomos, planuojamos remiantis bendruomenės psichiatrijos principais, vykdant deinstitucionalizacijos procesą, plečiant bendruomeninių paslaugų ir programų plėtrą, integruojant kartu ir kitas socialines bendruomenines paslaugas (Becker, Vizpquer-Barquero, 2001).

Daugelis autorių įvardijo, kad turintiems ypač lėtinių psichikos sutrikimų asmenims geresnis psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pasiekiamas gydant ne tradicinėse psichiatrijos ligoninėse, o bendruomenėje, kur pavyksta pasiekti šių asmenų pasitenkinimą, poreikių atitikimą, paslaugų tęstinumą individualų pritaikymą, mažinant atkryčio dažnį, užkertant kelią teisių pažeidimams ir stigmatizacijai (Thornicroft, Transela, 2003).

Remiantis tyrimų lyginančių bendruomenines paslaugas su kitais stacionarinių institucijų paslaugų teikimo modeliais, galima įžvelgti geresnį pacientų paskirto gydymo laikymąsi, aukštesnę gyvenimo kokybę, savarankiškesnį gyvenimą, darbinius gebėjimus (Bond et al., 2001). D. Net ūmių psichozių atvejais paslaugos teikiamos bendruomenėje yra veiksmingesnės, patiems pacientams

priimtinesnės, nekeliančios streso, ekonomiškesnės nei gydymas tradicinėje psichiatrinėje ligoninėje. Siekiant šių paslaugų prieita susitarimų tarp visų proceso dalyvių dėl būtinybės keisti globos modelį nuo tradicinių stacionarių institucijų pereinant prie bendruomeninių paslaugų (Thornicroft, Transela, 1999).

Deinstitucionalizacijos procesui plėtojantis norima linkme, dažniausiai pacientams grįžusiems iš stacionaro į bendruomenę, pasireiškia mažiau neigiamų simptomų, tampa socialiai adaptuoti, patenkinti savo gyvenimo kokybe. Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijoje aiškiai apibrėžtos teisės į bendruomenines paslaugas, nurodoma visų negalią turinčių asmenų teisė gyventi bendruomenėje, rinktis gyvenimo vietą, laiku gauti stacionarias ir dienos bendruomenines paslaugas. Svarbus valstybės vaidmuo skatinant negalią turinčių asmenų integravimą į dalyvavimą bendruomenėje, prieinamumą bendruomeninių paslaugų ne tik plačiajai populiacijai, bet ir neįgaliems asmenims (Žin., 2010, Nr. 71-356).

Psichikos sveikatos priežiūros bendruomeninių paslaugų įgyvendinimo, vykdant deinstitucionalizaciją Europos sąjungos šalys siekia, planuoja ir vykdo gana skirtingai (Thornicroft, Tansella, 2003).

Austrija 1997 m. priėmė nacionalinį planą, kuriame numatytos pagrindinės psichikos sveikatos priežiūros gairės, kur numatyta nesteigti psichiatrijos stacionarų, o psichikos skyrius steigti bendro profilio ligoninėse, tačiau kaip tai įgyvendinti planuojasi kiekviena provincija savarankiškai (Knapp et al., 2007).

Graikija perengusi, patvirtinusi ir įgyvendina dešimties metų nacionalinį psichikos sveikatos planą, kurio esmė yra deinstitucionalizacijos procesas, kova su stigmatizacija, ambulatorinių paslaugų vystymas bei plėtra, psichikos skyrių steigimas prie bendro profilio ligoninių, psichosocialinės reabilitacijos centrų, dienos centrų plėtra (Lionis, 2014).

Italijoje 1978 m. Psichikos sveikatos reformos esmė buvo uždraudžiant stacionarizuoti pacientus valstybiniuose dideliuose psichiatrijos stacionaruose, leidžiant hospitalizaciją vykdyti tik nedideliuose iki 15 vietų psichiatrijos skyriuose bendro profilio ligoninėse, apribojant priverstinę hospitalizaciją bei sparčiai plėtojant bendruomenines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. 1998 m. buvo įvardinti kaip tradicinių valstybinių psichiatrijos stacionarų pabaiga (Piccinelli, 2002).

Nyderlandų vyriausybės parengtame nacionaliniame psichikos sveikatos plane prioritetinės sritys: globa, organizuojama pagal individualų poreikį, atsižvelgiant į į paciento kultūrinius, socialinius faktorius, vykdoma pagal gyvenamą vietą, derinant medicinines ir socialines paslaugas. Pagalba organizuojama principu nuo bendros pagalbos arti namų prie nuolatinės specializuotos pagalbos. Manoma, kad nedideli, remisijos ar neūmiam periode psichikos ligos ar sutrikimo atvejai turi būti gydomi suteikiant pagalbą bendruomenėje, kur dirba bendrosios praktikos gydytojai, klinikiniai

psichologai ir socialiniai darbuotojai. Sudėtingesniais ligos atvejais pacientai siunčiami ir gydomi regioniniuose psichikos sveikatos priežiūros centruose, veikiančiuose prie bendro profilio ligoninių. Šiuose centruose veikia tiek prevenciniai kabinetai, tiek krizių centrai, ambulatoriniai skyriai, tiek ir trumpalaikis stacionarizavimas, teikiantis dienos stacionaro paslaugas. Aukšto lygio psichiatrinė pagalba teikiama universitetinėse ar specializuotose psichiatrijos ligoninėse (Schene, Faber, 2001).

Didžiojoje Britanijoje jau 1962 m. buvo užsibrėžta iki 1975 m. uždaryti visas psichiatrijos ligonines. Vyriausybė pradėdama vykdyti programą „Ligonių paslaugos psichikos ligomis sergantiems asmenims“ (A Government Papero n „Hospital Services for the Mentally Ill“), sparčiai skatino ir plėtojo bendruomenines paslaugas, ypatingai dienos stacionarų – centrų paslaugas. 1999 m. sveikatos departamentui parengus Nacionalinį psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo planą (The National Service Framework for Mental Health), buvo detaliai paskirstoma bendruomenėje dirbančių specialistų komandų funkcijos, skatinant bei plėtojant bendrosios praktikos gydytojų ir psichikos sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimas, didinant psichologinės terapijos, psichoterapijos prieinamumą. Taigi Didžiojoje Britanijoje galima įžvelgti spartų deinstitucionalizacijos ir bendruomeninių paslaugų diegimą (Knapp et al., 2007, p. 238- 239).

2006 m. Airijoje buvo sukurti nauji nacionaliniai psichikos sveikatos priežiūros planai (A Vision For Change), kuriuose numatoma plėtoti bendruomenines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Daug dėmesio šiame dokumente skiriama, kad asmenys, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, reikiamas paslaugas gautų laiku, jos būtų kvalifikuotos ir nenutolstant nuo asmens gyvenamos vietos. Taip pat akcentuojamas psichikos sveikatos paslaugų tęstinumas ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas (Ireland Department of Health & Children, 2006).

Galima būtų įžvelgti, kad Vakarų Europos valstybėse buvo palankios sąlygos susiformuoti pokyčių poreikiui, plėtoti deinstitucionalizaciją tiek politiniu, tiek akademiniu, tiek visuomeniniu lygiu, jau vien dėl to, kad šios šalys nepatyrė Sovietų Sąjungos segreguotų institucijų tinklo.

Rytų ir Vidurio Europoje XX amžiaus pabaigoje žlugus Sovietų Sąjungai, paaiškėjus apie šio regiono gyventojų, turinčių psichikos sveikatos negalią ar sutrikimus nesuvokiamai nežmoniškas gyvenimo sąlygas uždaruose stacionaruose, apie šimtus tūkstančių pacientų iki gyvenimo galo izoliuotų nuo visuomenės, prasidėjo tik pavieniai bandymai reformuoti šias institucijas, bandyti kurti bendruomenines paslaugas. PSO ir Europos komisija 1999 m. Konstatavo, kad atsiradus galimybėms daugiausia šios srities reformas inicijavo NVO sektorius, tačiau pačios vyriausybės dažniausiai nereaguodavo ir net palaikydavo priešiškai nusiteikusius veikėjus. Oficiali pozicija aiškiai palaikydavo tiktai pilnai stacionarias įstaigas (Knapp et al. 2007, p. 25).

Remiantis 2013 m. mokslo studija „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“, nėra tikslių duomenų apie naujųjų ES šalių psichiatrijos stacionarų lovų skaičiaus kitimą

vykdant deinstitucionalizacijos procesą jau vien dėl to, kad kai kuriose šalyse į šį registrą patenka ir socialinių centrų globos vietų skaičius.

Dvidešimties metų laikotarpyje, pasak Knapp et al. (2007), stacionarinių lovų daugiausiai mažinama Lietuvoje, Estijoje ir Kipre. Nepaisant Rytų ir Vidurio Europos rimtų finansinių išteklių kliūčių, susijusių su psichiatrijos stacionarinių lovų užimtumu, daugumoje naujųjų ES šalių planuojamos ir įgyvendinamos bendruomeninės paslaugos. Kaip teigia M. Paldam ir G. T. Svendsen (2001), šiose šalyse bendruomeninės dienos paslaugos veikia teikiamos dažniausiai nekoordinuotai, tarpusavyje nebendradarbiaudamos, neužtikrinant tęstinumo, nes vykdomos ne vyriausybės lygmeniu, o individualios motyvacijos ar nevyriausybinių organizacijų iniciatyvomis.

Bulgarijos 2011-2012 metų socialiniame pranešime (2012) skelbiama, kad deinstitucionalizacijos procesas inicijuotas NVO, gaunant finansavimą iš UNICEF, Europos struktūrinių fondų. 2009 m. nuspręsta daugiau neinvestuoti į dideles, stacionarias globos institucijas. Per visą šį laikotarpį NVO Bulgarijoje tarpininkavo, tęsė viešo intereso gynimą ES lygmenyje. Ko pasekoje buvo paruošti penki platūs 107 mln. eurų vertės deinstitucionalizacijos proceso projektai bei nacionalinės strategijos įgyvendinimo planas, kuriame jau konkrečiai įvardinamas bendruomeninių paslaugų teikimas, mažinant suaugusiųjų asmenų stacionarios globos vietas, o visiškai uždarant stacionarias vaikų ir paauglių globos ligonines bei kitas institucijas, plėtojant bei koreguojant pilnai teisinę bazę, galinčią įteisinti reglamentuotą perėjimą nuo stacionarių pilnos paros prie bendruomeninių dienos paslaugų.

Moldovoje 2011 metais Sveikatos apsaugos ministerija parengė nacionalinę strategiją, kuria siekiama psichikos sveikatos paslaugas teikti bendruomeniniu lygmeniu. Dokumente išvardinti aiškūs strategijos tikslai: psichikos sveikatos stiprinimas ir jos palaikymas, prieinamos paslaugos asmenims turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų. Taip pat akcentuojamas prevencinės veiklos įgyvendinimas, ankstyva psichikos ligų diagnostika bei savalaikė intervencija susirgus psichikos liga. Šia strategija siekiama užtikrinti psichikos sveikatos paslaugų tęstinumą ir jų integraciją pirminės sveikatos priežiūros lygiu. Taip pat mobilizuoti bendruomenines paslaugas žmonių, sergančių psichikos ligomis, reabilitacijos ir socialinės integracijos tikslais (Turcanu et al., 2012).

Anot M. Dlouhy (2014), Čekijos deinstitucionalizacijos proceso raida 2012 m. parengtose Europos gairėse apie perėjimą nuo stacionarinės link bendruomeninės globos, vertinant ne vienus metus trukusį konsultacijų, planavimo, gerosios patirties kaupimo procesą įvairiose Europos sąjungos šalyse, įvardijama kaip gera pradžia, kuri tam tikrais reformos etapais turėtų tapti kiekvienos sąjungos narės tikslu. Psichikos sveikatos paslaugų strategija buvo parengta laikantis PSO rekomendacijų ir psichikos sveikata pripažinta prioritetine sritimi. Čekijos Sveikatos apsaugos ministerija paruošė psichiatrinių paslaugų teikimo reformos planą, kaip visas reikiamas sritis apimantį

deinstitucionalizacijos projektą, kuriuo siekiama sumažinti stacionarių psichiatrijos ligoninių lovas bei pačias psichiatrijos ligonines, sudarant sąlygas ir plečiant paslaugas bendruomenėje. Siekiant užtikrinti sklandų perėjimą nuo institucinių prie bendruomeninių psichinės sveikatos priežiūros paslaugų, nuspręsta vykdyti psichikos sveikatos specialistų ir kitų specialistų švietimą, sąmoningumo skatinimą, mokymus, šviečiant atitinkama linkme visuomenę.

Apibendrinimas:

Sveikatos politikos ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo raida Europoje pažymėta perėjimu nuo stacionarios pagalbos prie bendruomeninių paslaugų, į kurią įeina ir psichikos dienos stacionarų steigimas, t.y. vykdoma deinstitucionalizacija.

Vakarų šalyse septintajame dešimtmetyje buvo pradėta įgyvendinti deinstitucionalizacijos idėja, kuri sukėlė sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo pokyčius. Imta sparčiai plėtoti bendruomenines paslaugas, ypatingai ambulatorines, dienos stacionarų – centrų paslaugas, atsisakant didelių globos įstaigų ir mažinant stacionarių lovų skaičių psichiatrijos ligoninėse.

Pokomunistinėse šalyse perėjimu prie bendruomeninių paslaugų buvo susidomėta devintajame praėjusio amžiaus dešimtmetyje ir iki šiol ši idėja yra plėtojama. Reformuojant psichikos sveikatos priežiūros sistemą didžioji dalis skiriamų lėšų skiriama ambulatorinėms paslaugoms bei mažinat stacionarių paslaugų finansavimą.

2.5. Psichikos dienos stacionarų/centrų paslaugų organizavimas Lietuvoje

Lietuvos psichikos sveikatos politikos kryptingų pokyčių formavimąsi pasak D. Pūro ir kt. (2013), labiausiai įtakojo Lietuvos integracija į ES, NATO bei kitas tarptautines organizacijas. Ko pasekoje susidarius būtinybei prisiderinti prie Europos sąjungos vertybių sistemos, susidarė sąlygos bei galimybės formuotis kitokiam vertybiniam ir instituciniam psichikos sveikatos paslaugų teikimo poreikiui.

2005 – 2006 m. rengiant psichikos sveikatos strategiją, Lietuvos Vyriausybė priėmė sprendimą, teikiant ES struktūriniam fondui paraiškas į prioritetines sritis įtraukti ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugų modernizavimą. Gavus ES paramą ir vykdant šias nuostatas 2007 – 2013 m. vykdomos šios priemonės:

1. Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų kūrimas;
2. Psichiatrijos dienos stacionaro modernizavimas;
3. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas;

4. Psichikos dienos stacionarų (centrų) kūrimas;
5. Krizių intervencijos centrų kūrimas“.

Taigi, ketvirtoji priemonė „psichikos dienos stacionarų (centrų) kūrimas“, kurios tikslas plėtoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, didinti psichikos paslaugų prieinamumą, steigiant psichikos dienos stacionarus (centrus) prie savivaldybių, įtraukiant į jau sukurtą ir išplėtotą psichikos sveikatos centrų infrastruktūrą. Psichikos dienos stacionarų (centrų) kūrimo priemonė įgyvendinta, siekiant uždavinio, teikti geros kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, įgyvendinimo. Remiamos veiklos atsižvelgiant į PSO, ES šalių gerosios patirties psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir naujausias mokslo žinias, patalpų, reikalingų individualiems ir grupiniams užsiėmimams, psichoterapiniams užsiėmimams, meno, muzikos, šviesos, šokio, fizinio aktyvumo terapijai, pacientų, personalo poilsiui, medicininių intervencijų kabinetui, rekonstravimas, remontas bei įrengimas. Taip pat šių paslaugų teikimo pačių statinių rekonstravimas, remontas, įrengimas. Priemonei įgyvendinti patvirtinti 27 projektai. Remiantis ES struktūrinės paramos internetinės svetainės duomenimis (www.esparama.lt, žiūrėta 2014-08-15) šiuo metu jau įrengti 22 psichikos dienos stacionarai, 3 dar įrenginėjami.

Beveik visose psichikos dienos stacionarų/centrų paraiškose įvardinamas vienu svarbiausių projekto tikslų pagerinti psichikos sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą, suteikiant psichikos sveikatos paslaugas pagal gyvenamą vietą. Taip pat psichikos dienos stacionaras numatomas kaip tarpinė grandis tarp būtino pilnos paros psichiatrijos stacionaro ir ambulatorinio gydymo ar namų aplinkos, įvertinus, kad pacientams iškyla nemažai adaptacinių, socialinių, bendravimo, buitinių įgūdžių kliūčių, kai reikia po pilnai gulimo režimo „staiga“ grįžti į namus. Tad Psichikos dienos stacionaro numatoma viena iš funkcijų padėti pacientui adaptuotis, atstatant maksimaliai prarastus įgūdžius, reikalingus palaikyti socialiniams santykiams bei kasdieniams buities darbams. Kitą ne mažiau svarbesnį Psichikos dienos stacionaro/centro tikslą galima įžvelgti teikiant psichikos sveikatos gerinimo paslaugas bei prevencines paslaugas. Tuo tikslu psichikos dienos stacionare numatoma ir jau gydomi tie pacientai, kuriems pablogėjus, paūmėjus psichikos sveikatai ar tiesiog patyrus rimtesnes stresogenines situacijas, esant didelei įtampai ambulatorinis gydymas neduoda rezultatų, tačiau dar nebūtinas ir pilnos paros psichiatrijos stacionaras. Būtent šie Psichikos dienos stacionarai orientuoti daugiau ne į farmakoterapiją, o į psichoreabilitaciją, taikant individualią ir grupinę psichoterapiją, meno, užimtumo, šviesos, spalvų, muzikos, relaksacijos, judesio ir kitas terapijas (www.esparama.lt).

Vienas iš esminių šiuolaikinės organizacijos, ne išimtis ir Psichikos dienos stacionarų, bruožų modernioje visuomenėje yra komandinis darbas. Būtent komandos yra pagrindiniai vienetai iš kurių

sudarytos organizacijos. Nors komandos kuriamos dėl įvairių tikslų, tačiau svarbiausia, kad komandinio darbo dėka pasiekiama geresnių rezultatų nei dirbant individualiai (Dromantas, 2007).

Mokslinėje literatūroje galima rasti daugybę komandos apibrėžimų, tačiau daugelis autorių sutaria, kad komanda – tai žmonių grupė, sutelkta bendram tikslui, kurio siekimui naudojami skirtingi įgūdžiai (Dromantas, 2007, Misevičius, 2005, Kasiulis, Barvydienė, 2003, Katzenbachas, Smithas, 1993).

Komandinis darbas nėra lengva užduotis. Jis reikalauja dviejų pagrindinių sąlygų: interdisciplininio darbo ir bendradarbiavimo. Kaip teigia B.Vijeikienė ir J. Vijeikis (2000), esminiai komandos bruožai – bendradarbiavimas, tarpusavio pagalba, vienalytiškumas bei įvairiapusiškumo pusiausvyra.

Sveikatos priežiūra nuo senų laikų yra grindžiama komandiniu darbu dėl savo sudėtingumo. Ypač šiandien neįmanoma įsivaizduoti, kad atskiras sveikatos priežiūros specialistas galėtų patenkinti visus pacientų poreikius ir suteiktų jam kvalifikuotą pagalbą (Žemaitienė ir kt., 2011). Užsienio šalių patirtis rodo, kad būtent komandinis darbas yra veiksmingas būdas pagerinti ne tik sveikatos priežiūros funkcionavimą, bet ir visuomenės sveikatą (Leopold et. al., 1996).

Kaip jau buvo minėta, žmogaus psichinė sveikata yra sudėtinė, apimanti medicininius, psichologinius ir socialinius poreikius. Atsižvelgiant į poreikių specifiškumą psichikos sveikatos priežiūros srityje dirbantys specialistai dirba tarpdisciplininėje komandoje, kurioje kiekvienas narys atlieka kompetencijomis pagrįstas skirtingas intervencijas, o darbas yra nukreiptas į bendrą tikslą – visapusišką paciento probleminių sričių atstatymą, pagerinimą, įtraukiant į gydymo procesą. Būtent nuo komandos veiklos efektyvumo priklauso asmenų, sergančių psichikos ligomis, poreikių patenkinimas (Bogdanova, Večkienė, 2009).



9 pav. Psichikos sveikatos priežiūros komanda (sudaryta pagal Žemaitienė ir kt., 2011)

Remiantis įvairiais šaltiniais, psichikos sveikatos priežiūros specialistų komandą sudaro:

- slaugytojas;
- gydytojas psichiatras;
- socialinis darbuotojas;
- medicinos psichologas;
- užimtumo specialistai.

Minėti sveikatos priežiūros specialistai paslaugas teikia pagal savo kompetenciją (Žin.,2012, Nr. 110-5600, Žemaitienė ir kt., 2011, Bijūnaitė, 2007, Catty, Burns, 2001).

Psichikos sveikatos slaugytojas pagal kompetenciją organizuoja ir atlieka psichikos sveikatos slaugą, įvertina ir nustato psichikos ir elgesio sutrikimais sergančių asmenų slaugos poreikius. Jis nustato slaugos tikslus, planuoja ir įgyvendina slaugos veiksmus. Psichikos sveikatos slaugytojas teikia slaugos paslaugas ir moko pacientus bei jų artimuosius. Taip pat teikia pacientams ir jų artimiesiems, kitiems specialistams rekomendacijas psichikos sveikatos slaugos klausimais (Žin.,2012, Nr. 110-5600).

Medicinos psichologas pagal kompetenciją atlieka psichologinę diagnostiką ir įvertinimą. Jis teikia psichologinio konsultavimo paslaugas ir padeda spręsti bendravimo, santykių su aplinkiniais ir asmenines problemas. Medicinos psichologas taip pat teikia specifinių elgesio ir emocinių sutrikimų diagnostikos ir terapijos paslaugas, psichologinę pagalbą krizių atvejais asmenims, išgyvenusiems psichologines traumas. Būtent šis specialistas padeda spręsti asmeninio bei šeimos gyvenimo sunkumus, tarpasmeninius konfliktus ir teikia pacientams, jų artimiesiems ir kitiems specialistams rekomendacijas psichologijos klausimais (Žin.,2012, Nr. 110-5600, Žemaitienė ir kt., 2011).

Socialinis darbuotojas įvertina paciento socialinę padėtį, socialines problemas ir aplinką, kurioje jis gyvena. Teikia informavimo, konsultavimo, tarpininkavimo ir atstovavimo paslaugas, padeda spręsti socialines problemas. Pagal poreikį sudaro individualų socialinės pagalbos pacientui planą, numato socialinės pagalbos pacientui konkrečias priemones ir būdus. Socialinis darbuotojas teikia psichosocialinių veiklų įgūdžių ugdymo ir paramos bei socialines paslaugas. Esant reikalui atstovauja pacientams ir gina jų teises ir teisėtus interesus įvairiose institucijose bei organizuoja teisinę pagalbą. Dėl socialinių paslaugų teikimo pacientui, bendradarbiauja su vietinėmis institucijomis (Žin.,2012, Nr. 110-5600).

Gydytojas psichiatras konstatuoja psichikos sutrikimų diagnozę pagal tarptautinę ligų klasifikaciją (TLK) bei skiria gydymą psichotropiniais vaistais. Konsultuodamas pacientus taiko psichologinio konsultavimo elementus. Taip pat suteikia žinių apie ligą ne tik pacientams, bet ir šeimos nariams. Jis informuoja apie paciento ligos eigą kitus komandos narius (Milašiūnas, Laurinaitis, 2008).

Psichikos sveikatos priežiūros srityje, tiek gydytojas – psichiatras, tiek ir psichologas, kuris atitinkamai po medicinos arba psichologijos studijų universitete dar papildomai baigė tam tikro gydymo metodo, būtent psichoterapijos, mokymosi programą, gali dirbti *psichoterapeutu*

R. Milašiūnas ir E. Laurinaitis (2008) akcentuoja, kad *psichoterapija* – metodas, kuriuo siekiama ilgai išliekančių pokyčių kliento asmenybėje. Pokalbio metu su klientu, specialistas padeda nagrinėti tarpasmeninius santykius, suvokti jį supančią aplinką, formuoti elgesio modelius. Psichoterapija gali būti taikoma psichikos sutrikimų gydyme bei suteikia galimybę sveikam žmogui pažinti savo vidinį pasaulį, įsisąmoninti nežinomus dalykus apie save.

Užimtumo specialistai/terapeutai. Vakarų šalyse užimtumo terapijos paslaugas teikia profesionalūs užimtumo terapijų specialistai, turintys atitinkamą aukštąjį išsilavinimą. Lietuvoje užimtumo terapijos paslaugas teikia įvairių sričių menininkai, neretai socialiniai darbuotojai, slaugytojai, ar kiti sveikatos priežiūros specialistai.

Taigi, *užimtumo terapeutas* per veiklą (dailės, muzikos, judesio terapija ir kt.) padeda asmeniui atstatyti prarastus įgūdžius, prasmingai praleisti laiką, susitikti su to paties likimo žmonėmis. Prieš pradedant taikyti terapiją svarbu suprasti paciento esamą būklę, suvokti asmens problemas bei jas sukeliančias aplinkybes ir žinoti kliento gyvenimo istoriją, tik tada užimtumo terapija gali būti veiksminga ir sėkminga (Aleksienė, Zvicevičienė, 2005). Dažnai terapeutas yra vienintelis žiūrovas, kuris gali stebėti ypač didelius pasikeitimus.

Žmonių, sergančių psichikos ligomis, gydymo rezultatai didele dalimi priklauso nuo sveikatos priežiūros specialistų. Gydytojai, socialiniai darbuotojai, slaugos ir užimtumo specialistai, psichologai, dirba terapinėje komandoje, o jų visų darbo pagrindinis objektas yra pacientas/klientas. Į šį

bendradarbiavimą vis labiau įtraukiami patys pacientai. Jie gydymo ir reabilitacijos procese tampa psichinės sveikatos priežiūros specialistų partneriais. Partnerystė įgalina ir skatina pacientą aktyviai dalyvauti priimant su sveikatos priežiūra susijusius sprendimus. Kaip rodo įvairūs tyrimai, partneriški paciento ir sveikatos priežiūros specialistų santykiai, paremti abipusiu pasitikėjimu, turi įtakos ne tik sveikatos išsaugojimui, bet ir jos gerinimui (Tjörnstrand et al., 2013, Baltrušaitytė, 2003).

Šiandien sutariama, kad žmogaus psichinę sveikatą lemia teigiama emocinė ir dvasinė būsena, sudarytos sąlygos džiaugtis gyvenimo pilnatve. Todėl sveikatos sutrikimams šalinti ir juos palengvinti, atsipalaiduoti nuo varginančių simptomų bei kūrybinėms galioms išlaisvinti ir ugdyti yra taikomi įvairūs užimtumo terapijos metodai (Tjörnstrand et al., 2013).

Toliau bus trumpai aptariamos pagrindinės terapijos rūšys taikomos psichikos dienos stacionare asmenims turintiems psichikos sveikatos sutrikimų.

Meno terapija – seniausias ir natūraliausias metodas, kuris koreguoja emocines būsenas, padeda pašalinti protinę įtampą, atsipalaiduoti, susikaupti (Dubodelova, Mačiulaitis, 2012). Ši terapija gali būti pagrįsta psichoterapiniais santykiais, medicinos mokslu ir psichoanalizės teorijomis. Taip pat orientuota į klientų užimtumą bei jų ugdymą.

Šiuo metu labiausiai išplėtota ir dažniausiai naudojama meno terapijos rūšis – *dailės terapija*. Šiai krypčiai priklauso piešiniai, visos tapybos rūšys, mozaika, koliažas, makiažas, kūno menas, kaukės, taip pat visos modeliavimo rūšys, lėlės bei fotografijos. Dailės terapija laikoma labiausiai išsivysčiusia meno terapijos rūšimi, kuri išsiskiria savo paprastumu, naudojamų priemonių įvairove bei panaudojimu, kaip pagalbine priemone, psichoterapijos metu. Dailės terapija pažadinti aktyvumą, skatina realizuoti kūrybines galias, išlaisvinti jausmus bei pasiekti savo kūno ir sielos harmonijos. Tai ypač veiksmingas metodas psichoreabilitacijoje (Kriukelienė, 2009).

Muzikos terapija – tai muzikos terapeuto paslauga klientui, bendradarbiavimas paremtas naudojant muziką, įvairias muzikines technikas ir instrumentus. Užsiėmimo metu atsiradęs tarpusavio santykis optimizuoja kliento sveikatingumą ir gyvenimo kokybę (www.muzikosterapija.lt). Tai – viena iš seniausių meno krypčių, turinti labai galingą poveikį žmonių gydyme ir lavinime. Muzika pasižymi dideliu emociniu poveikiu žmogui, todėl pagalba galima iššaukti įvairių fiziologinių ir emocinių reakcijų. Taip pat turi įtakos pažinimui, estetiniam jausmui bei poelgiams. Savo netiesioginiu poveikiu ji yra komunikacijos ir integracijos stimulas. Muzikos pagalba galima ne tik susilpninti, bet ir sustiprinti įvairius išgyvenimus.

Kaip skelbiama oficialiame Lietuvos šokio – judesio terapijos asociacijos oficialiame internetiniame puslapyje, judesio terapija – tai toks pats seniai žinomas gydymo metodas, kaip ir muzika. Terapinis judesys vysto emocinę, kognityvinę, fizinę, dvasinę ir socialinę asmens integraciją (www.lsjta.lt/sokio-judesio-terapija). Pagrindinis šios terapijos principas – tai judesio ir emocijos

santykiai. Judėdamas kūnas suteikia energijos, leidžia peržengti įprastą suvokimą, subalansuoja, gydo psichiką. Judant stiprinami raumenys, imuninė sistema, prailginamas gyvenimas, gerėja dvasinė būklė. Šios terapijos metu naudojama muzika ir judesys tiek individualių, tiek ir grupinių užsiėmimų metu.

Dar vienas terapijos metodas naudojamas dirbant psichikos sveikatos priežiūroje – *psichodrama* – tai viena iš intensyviausiai besivystančių terapijų šiais laikais. Psichodramos terapijos pradininku gali būti laikomas J. Moren, kuris teigė, kad to ko negalime pasakyti žodžiais, tai įmanoma parodyti veiksmu. Todėl ši terapija gali būti taikoma tiems žmonėms, kurie negali arba nenori kalbėti apie kylančias problemas. Psichodrama nėra paprastas metodas ir reikalauja apmokyto terapeuto, teatro pagrindų, muzikos, šokio, piešimo, apsirengimo ir kt. technikų išmanymo. Tai puikus būdas dirbti su grupe siekiant atskleisti sąmoningumą, santykį su pasauliu ir supančiais žmonėmis (www.psichodrama.lt).

Biblioterapija – tai gydymas pasitelkiant literatūros kūrinius. Šiai terapijai yra parenkamos specialios knygos skaitymui ir analizavimui sprendžiant tiek psichologines, tiek ir socialines problemas. Minėta gydymo priemonė Lietuvoje dar nėra įprasta, tačiau ją savo darbe taiko įvairių sričių sveikatos priežiūroje dirbantys specialistai. Moksliškai įrodyta, kad biblioterapija palankiai veikia savijautą ir paspartina gijimą, palengvina emocinius negalavimus. Skaitymas ir teksto analizė padeda aiškiau suvokti realybę per tarpininką – knygos herojų, susivokti savo vidiniam pasauly ir skatinti psichoemocinį pažinimo augimą. Biblioterapijai tinka tam tikros poezijos rūšys, populiarioji psichologinė, medicininio, filosofinio, religinio bei klasikinio pobūdžio literatūra. Svarbu, kad tai, kas skaitoma, skatintų išlaisvinti emocijas, koreguotų nuotaiką, veiktų mąstymą, leistų įžvelgti naujas galimybes keisti savo gyvenimą (Undžienė, 2010).

Filmų terapija turi teigiamos įtakos psichikos ligomis sergantiems pacientams. Psichoterapinis filmų analizavimas yra savo vidinio pasaulio analizavimas, per filmų herojus bandoma suvokti savo problemas ir savybes. Filmų dėka žmogus gali suprasti pasąmonėje vykstančius procesus ir taip suvokti savo elgesio priežastis. Siekiant, kad žmogus objektyviai vertintų savo patyrimą filmas žiūrimas su terapeutu/užimtumo specialistu ir vėliau jis kartu aptariamas grupėje ar individuliai (www.cinematherapy.com).

Gydymas intensyviu šviesos srautu vadinamas *šviesos terapija*. Psichiatrijoje šviesos terapijos metodas pardėtas naudoti JAV (Kalifornijos universitete) nuo 1981 m. ir šiandien yra plačiai taikoma psichikos būklėms gerinti. Šviesos terapija taikoma gydant depresiją, miego sutrikimus, emocinį dirglumą, bulimiją bei kitus lengvus emocijų, elgesio ir psichikos sutrikimus. Gydymasis šviesa paremtas tuo, kad šviesa sureguliuoja hormono melatonino apykaitą organizme, tuo pačiu gerindama nuotaiką ir emocinę būklę (Raymond, Edwin, 2009).

Mokslininkai sutaria, kad psichologinė įtampa gali pabloginti sveikatą, veikia emocinę būklę bei asmens gerovę. Siekiant sumažinti įtampą, streso sukeliamas pasekmes, pagerinti asmens biopsichosocialinį funkcionavimą yra naudojami įvairūs atsipalaidavimo metodai, vienas iš jų – *relaksacija.* Pastebėta, kad relaksacija mažina ne tik įtampą, bet ir pyktį bei nerimą. Minėtos būklės ypač būdingos asmenims, turintiems psichikos sutrikimų, todėl relaksacija plačiai naudojama ir psichikos stacionare (Perminas ir kt., 2011). Relaksacija nereikalauja didelių išteklių, nes ji dažniausiai atliekama tylioje, kiek pritemusioje patalpoje klausantis relaksacinės muzikos. Užsiėmimą gali vesti atsipalaidavimo praktikos žinių turintis psichikos sveikatos priežiūros specialistas.

Apibendrinimas:

Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistema sulaukė pokyčių gerinant psichikos sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą, kurie nulėmė, kad psichikos sveikatos paslaugos būtų teikiamos pagal gyvenamą vietą. Įvertinus tai, kad pacientams, grįžusiems po stacionarinio gydymo, iškyla nemažai adaptacinių, socialinių, bendravimo, buitinių įgūdžių kliūčių, būtent psichikos dienos stacionarai numatomi kaip tarpinė grandis tarp ligoninės ir ambulatorinio gydymo ar namų aplinkos. Psichikos dienos stacionarų lankytojams padedama adaptuotis, atstatant prarastus įgūdžius, reikalingus palaikyti socialiniams santykiams bei kasdieninei veiklai.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra sudėtinga sritis, todėl darbas turi būti grindžiamas komandiniu principu, t.y. paciento poreikius privalu tenkinti skirtingų specialybių specialistams. Daugelio Psichikos dienos stacionarų komandą sudaro gydytojas psichiatras, socialinis darbuotojas, medicinos psichologas, psichikos sveikatos slaugytojas, užimtumo specialistai, terapeutai. Minėti specialistai yra visaverčiai komandos nariai, turintys pakankamai savo srities žinių ir įgūdžių psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms teikti.

Psichikos dienos stacionaruose besigydantiems pacientams taikomos įvairios terapijos yra veiksmingas metodas, kurį taikant sumažėja stacionarinio gydymo poreikis, užtikrinama geresnė sveikata, jie integruojasi į bendruomenę ir šeimą, palengvėja našta artimiesiems. Visa tai gerina psichikos liga sergančių asmenų sveikatos priežiūrą ir jų gyvenimo kokybę.

3. PSICHIKOS DIENOS STACIONARO GALIMYBIŲ PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS KONTEKSTE KOKYBINIS TYRIMAS

3.1 Tyrimo metodologija

Tyrimo tikslas - atskleisti kokias galimybes gali suteikti Psichikos dienos stacionaro teikiamos paslaugos, žmogui, susidūrus su psichikos sutrikimu.

Remiantis mokslinių tyrimų peržvalgomis bei baigiamųjų darbų rengimo metodiniais nurodymais, siekiant tyrimo tikslo bei norint į problemą pažvelgti natūralioje aplinkoje, siekiant suvokti tyrimo objektą „iš vidaus“, pamatyti, išgirsti pačių tyrimo dalyvių tiriamiems reiškiniams suteiktas reikšmes, pasirinktas kokybinio tyrimo tipas. Kokybiniai tyrimų metodai pasirenkami siekiant giluminio reiškinio suvokimo bei suteikia galimybes išskirti kokybines charakteristikas ir „plačiau“ pažvelgti į problemą per individualią žmogaus patirtį apie tiriamą reiškinį (Kardelis, 2007).

Skirtingai nei kiekybiniu tyrimu, norint duomenis pamatuoti ir pateikti kiekybine išraiška, apdorojant statistiniais metodais, kokybiniu tyrimu siekiama išsiaiškinti esamo reiškinio (požiūrio, elgsenos) kokybę, nustatant ją ne išoriškai, o iš vidinės pusės, per žmogaus asmeninio santykio į reiškinį sąlyčio prizmę. Kokybiniu tyrimu siekiama paaiškinti reiškinį, per subjektyvią tyrimo dalyvių patirtį, o ne gauti statistiką. Jis skirtas sužinoti ne reiškinio išplitimo kiekybines tendencijas, o suprasti problemos savitumus, t.y. dėl ypatingų tam tikrų aplinkybių atsiradusių reikšmių, motyvų, emocijų analizavimui (Valackienė, Mikėnė, 2008).

Norint gauti išsamią informaciją, siekiant ne tik išklausyti, bet ir skatinti tyrimo dalyvius pasidalinti savo mintimis, patirtimi požiūriu apie tiriamą reiškinį, buvo pasirinkta interviu technika – pokalbis. Siekiant apžvelgti tyrimo objektą plačiau, iš skirtingų požiūrių prizmių, pasirinktos dvi tyrimo dalyvių grupės: pacientai ir darbuotojai.



Kadangi pirmoji tyrimo dalyvių grupė PDS pacientai - asmenys, kuriems Pagal TLK – 10 versiją diagnozuotas psichikos sveikatos sutrikimas, psichinė liga ar negalia, priklauso jautresnei, silpnesnei socialinei asmenų grupei, pasirinkta naratyvinė tyrimo strategija. Tyrime dalyvavo 5 asmenys, kuriems pagal TLK – 10 diagnozuotas psichikos sveikatos sutrikimas ir kurie praėjo pilną 30 darbo dienų gydymo kursą Psichikos dienos stacionare. Tyrėja siekdama nevaržyti, neformalizuoti, bet

išgirsti, suprasti pačių tyrimo dalyvių patirties, laisva pasakojimo forma, įprasmintas gydymosi PDS prasmes bei reikšmes, kaip priimtiniausią šiai tiriamųjų grupei pasakojimo formą pasirinko naratyvą. Šių žmonių patirtis nėra objektas, kurį būtų galima kiekybiškai studijuoti, tačiau pasakojimo, dialogo forma galima perduoti ir studijuoti prasmes, kurias patys žmonės suteikia savo patirčiai (Butkevičienė, 2006). Pasakojimas savo istorijos – naratyvo kūrimo, tyrimo dalyviams padeda ir „matyti“ ir „girdėti“ save. Būtent per pasakojimą tokiais atvejais, patiems tyrimo dalyviams geriausiai pavyksta savo istorijos tyrinėjimą bei patirčių reikšmių visumą įprasminti naratyvo forma (Knox, 2010). Naratyvo analizė – tai tyrimo strategija, „ kuri pripažįsta, kad konkrečios išsakytos „istorijos“ pateikia įžvalgas apie žmonių išgyvenamas patirtis.<...> Remdamasis analizės procesais, leidžiančiais atrasti pagrindines naratyvo temas tekstuose, kurias išsako žmonės apie savo išgyvenimus, tyrėjas atranda, kaip žmonės supranta ir suteikia prasmę savo veiklai ir gyvenimui“ (Bitinas, Rupšienė, Žyžiūnaitė, p. 213, 2008).

Kokybinio tyrimo naratyviniam metodui buvo pasirinktas neformalizuotas atviros formos interviu, kuris suteikia tyrėjui laisvę, spontaniškai interviu metu formuluoti klausimus, interpretuoti, atsižvelgiant į situaciją bei tikslą. Neformalizuotas interviu suteikia galimybes tyrėjui surinkti ypač informatyvių duomenų, suprasti bei atskleisti netikėtus, nenumatytus iš anksto, tiriamos problemos aspektus (Bitinas, Rupšienė, Žyžiūnaitė, 2008). Anot Bitino B. ir kt. (2008), pagrindinis šio interviu tipo privalumas – interviu individualizavimas ir tiesioginis ryšys su tyrimo dalyviu. Naratyvinė tyrimo analizė buvo atlikta pagal B. Bitino ir kt. (2008) pateiktus žingsnius. Pirmasis žingsnis nuodugnus gautų duomenų skaitymas, norint susidaryti visapusišką vaizdą. Antrasis žingsnis – duomenų suskirstymas į smulkesnius pasakojimus – naratyvus, temas ir potemes, trečiasis žingsnis – informacijos paruošimas pristatymui lentelėse; ketvirtasis žingsnis – kodų, t.y. temų, potemių formulavimas. Penktasis žingsnis – suformuluotų kodų susiejimas su analizės koncepcinėmis nuostatomis.

Antroji tyrimo dalyvių grupė – Psichikos dienos stacionaro darbuotojai. Tyrime dalyvavo 5 darbuotojai: gydytojas psichiatras, medicinos psichologas, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas bei užimtumo specialistas. Šiai kokybinio tyrimo daliai atlikti pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas, kuris leidžia iš anksto numatyti būtinus ir galimus klausimus. Šio metodo privalumas tame, jog pokalbis nėra griežtai formalizuojamas ir tarp tyrėjo su respondentu išlieka laisvesnė atmosfera (Tidikis, 2003).

Gauti tyrimo duomenys buvo analizuojami taikant kokybinę turinio (content) analizę. Kokybinė content analizė apėmė 4 žingsnius: daugkartinis teksto skaitymas, kategorijų išskyrimas, kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas; kategorijų bei subkategorijų interpretavimas bei pagrindimas tyrimo dalyvių teiginiais (Bitinas, Rupšienė, Žyžiūnaitė, 2008).

Tyrimo etika. Tyrimas buvo atliktas X įstaigoje 2014 m. gruodžio mėn. – 2015 m. sausio mėn. laikotarpyje. Prieš atliekant tyrimą pirmiausia buvo gautas X įstaigos vadovo leidimas. Vadovaujantis tyrimo etikos principais, didžiausias dėmesys kreiptas į tyrėjo etiką tyrimo dalyvių požiūriu (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008). Tiriamieji tyrime dalyvavo visiškai laisvanoriškai. Prieš pradedant interviu buvo gautas respondentų – tiek PDS pacientų, tiek PDS darbuotojų sutikimai. Interviu organizuoti tyrėjai užtikrinant respondentams privatumą, anonimiškumą bei konfidencialumą, gerbiant respondentų nuomonę, suteikiant visokeriopą saugumą (Kardelis, 2007).

Ypatingai atkreiptas dėmesys ir detaliau aptarti tyrimo etikos principai su tyrimo dalyviais - asmenimis, turinčiais psichikos sveikatos sutrikimų. Aptarta ir garantuota, jiems suprantama forma, kad gauti duomenys ir jų atvirumas nebus panaudoti prieš juos, neturės jokios įtakos ateityje, norint gydytis PDS.

3.2 Psichikos dienos stacionaro galimybių (individui) psichikos sveikatos politikos kontekste rezultatų analizė

3.3.1 Pacientų interviu rezultatų analizė.

Tyrimo dalyvių – PDS pacientų charakteristikos pateiktos 1 lentelėje.

1 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių charakteristikos

Tyrimo dalyvio	Lytis	Amžius	diagnozė	Išsilavinimas	Profesija	Darbingumas	Neįgalumas	Hospitalizacijų skaičius iki PDS per paskutinius 2 metus	Kiek metų serga
1 (A)	V	52 m.	F25.2	Aukštasis	Inžinierius	Pagal patentą	+	6	5
2 (B)	M	50 m.	F33.1	Aukštesnysis	Darželio auklėtoja	Dirbanti	-	-	1
3 (C)	M	40 m.	F33.2	Aukštasis	Farmacininkė	Nedirba	+	12	15
4 (D)	M	54 m.	F33.2	Aukštasis	Mokytoja	Nedirba	+	17	20
5 (E)	V	52 m.	F33.1	Aukštesnysis	Geodezistas	Dirbantis	-	-	10

Vykdant pirmąjį interviu etapą, siekiant naratyvinės kokybinio tyrimo strategijos, pokalbis su pacientais buvo pradedamas klausimu: „Prašau papasakokite kokia jūsų asmeniškai gydymosi patirtis Psichikos dienos stacionare. Kokie jūsų įspūdžiai, pastebėjimai, teigiami ar neigiami pasikeitimai, nauda, ar praradimai. Prašau laisvai, savo nuožiūra papasakoti kas jums atrodo svarbaus įvyko per šį laikotarpį, kokie buvo sunkumai. Gal būt yra kažkas ką norėtumėte papasakoti, jeigu žinotumėt, kad būsit išgirstas tų asmenų, nuo kurių priklauso šios paslaugos tęstinumas, organizavimas, prasmės matymas bei finansavimo skyrimas“.

Atlikus analizę pirmojo etapo interviu – naratyvų, kurie buvo surinkti pasakojimo forma iš pacientų, t.y. asmenų, kurie praėjo pilną 30 darbo dienų gydymo kursą, Psichikos dienos stacionare, buvo išskirti keletas pagrindinių patirties - pasakojimo etapų:

1. „Susidūrimo“ su Psichikos dienos stacionaru patirties pasakojimas;
2. Pirmosios savaitės, Psichikos dienos stacionare, pasakojimas;
3. Gydymosi periodo pasakojimas;

3.3.1.1 „Susidūrimo“ su Psichikos dienos stacionaru patirties pasakojimas

Visi informantai savo pasakojimo pradžioje daugiau ar mažiau išskyrė **informuotumo būdus**, ypač **medikų, artimųjų vaidmenį, priežastis**, sužinant apie galimybę gydytis Psichikos dienos stacionare. Kadangi tokio tipo paslauga pakankamai „jauna“, dar nėra pakankamai žinoma visiems gyventojams kaip alternatyva gerinti, atstatyti ar gydyti psichikos sveikatą, būtent tokiu būdu, pirmąjį kvietimą, siūlymą gauti tokią paslaugą visi informantai, įsiminė ir išskyrė atskira pasakojimo dalimi:

„...sergu jau ne pirmi metai, kai užeina rimtai, žmona priverčia, nu žinot kaip ir gero norėdama... nu gal neverčia, bet... hm... važiuoju gydytis į marias. Tą sykį pas gydytoją irgi atlydėjo žmona ir pasakė, kad man jau reikia važiuot, nu kad reikia siuntimo ir nuveš mane. Tačiau gydytoja pradėjo šnekinti mane, visko klausinėti nu ir sako, galėtumėt šį sykį pabandyti nevažiuot į marias, nes ... pradėjo veikti dienos centras ar tai stacionaras...., paskui paaiškino, kad ten reikės kasdien lankytis, ateiti iš ryto, o paskum po pietų grįžti į namus. Aš iš karto sutikau, kad tik į tą kalėjimą nereiktų.... Žmonai nepatiko, nu nes manęs neišvežė mėnesiui... .“1 (A).

Antroji informantė 2 (B) ypatingai jausmingai prisiminė „susidūrimą“ su Psichikos dienos stacionaru. Jos tai išvis pirmoji patirtis su psichiatrais, psichine liga. Iki tol ji nebuvo lankiusis nei pas gydytojus psichiatrus Psichikos sveikatos centre, nei „susidūrus“ su psichine liga. Net skyrių pavadinimai, specialistų psichiatrų įvardijimai jai kėlė “siaubą“: *„Gyvenime nesusidūriau su jokiom psichinėm ligom, o dar baisiau psichiatrais, kai man pasiūlė į čia (PDS) praėjo žemė slyst iš po kojų. Aš ką kokia psichinė ?... ką tai su manim jau taip blogai?. Aš normalus žmogus, normali moteris, man nieko netrūksta. Man viskas gerai. Turiu mylimą darbą, gerus bendradarbius, man labai patinka mano darbas. Aš jį labai myliu. Vienintelis tik dalykas, kai grįžtu vakare namo ir pamatau, kad aš viena, galiu išprotėt... nu viskas man taip darytis pradėjo, kai vaikai išvažiavo į užsienį dirbt. Nu bet tada dar kažkaip iškentėjau, bet kai ir vyras.... . Bet aš gi viską suprantu, gi reikia... dabar gi visiems sunku. Aš iš vien sau kalu į galvą, kad visiem sunku. Ir dienom man tikrai gerai, bet vakare... . Jau kurį laiką išsirašinėjau pas šeimos daktarę visai lengvų raminančių vaistų. Ir tada to paties atėjau, tik paprašiau dar ir nedarbingumo, kad duotų, nes tada kažkaip jau visai negalėjau savęs surinkti. 2 (B).* Atsiskleidžia daugelis įvairialypių baimių bei „susidūrimo“ su psichiatru reikšmė. Kaip tai neįprasta tyrimo dalyviui, ko gero neatsiejama nuo aplinkos poveikio bei patirties, kad „*pas psichiatrą lankytis, tai jau kažkas ne taip...“2(B).*

Trečiojo tyrimo dalyvio patirties pasakojimas, kupinas, praeities nulemtų veiksnių, kurie ilgainiui tampa įprasti ir net sukeliantys saugumo jausmą, nepriklausomai nuo rezultatų: *„Negaliu gyvent be Žiegždrių... man patinka tik tikri stacionarai..., išvažiuoji ir pinigų susitaupai, nereik valgyt daryt, už butą minimaliai mokėt ir viskas. ..., kai mano daktarė (gydytoja psichiatrė) pasakė, kad dabar*

nereikia į Žiegždrius, o reiks lankyt kažkokį dienos stacionarą, pasiutau rimtai..., pasakiau niekur aš neisiu, nieko nelankysiu, nenoriu, neturiu pinigų autobusiukui, nenoriu su niekuo bendraut, liepiau rašyt siuntimą į Žiegždrius, bet gydytoja aiškino savo, tada net neklausiau ką ir nenorėjau nieko girdėt..." 3 (C). Naujos paslaugos pateikimas trečiajam tyrimo dalyviui prilygo saugumo praradimą.

„iki šiol mane gelbėjo tik marios (Psichiatrijos Marių ligoninė), aš taip įpratus ir man gerai. ..., tačiau sykį pamačiau per televizorių, paskui ir laikraštį pastebėjau, kad ... atsidarė Psichikos dienos stacionaras, ... dar iš kažko išgirdau labai gerų atsiliepimų. Karts nuo karto pagalvodavau, o gal pabandyt, gal padės, gal nors kartą nereiktų į tas „marias" važiuot. ... Sykį nuėjau dėl mamos pas šeimos daktarę, užsiminiau kaip ten tas dienos stacionaras, sakau gal man pabandyt, o ji ir sakys: - tu ką nori su kokiais „durniais" kartu susėdus piešt?... . Negalėjau atsigaut kelias dienas,... juk ji net nežinojo, kad aš ir esu ta „durnė"" 4 (D).

Penktasis tyrimo dalyvis užsiminė ir apie įstaigos pavadinimo sukeltus vidines įtampas.

„Kai pasiūlė gydytoja nukreipimą į dienos stacionarą, sulaikau viską savyje.... tiesiog žinojau, kad darbe padirbt negaliu, galvoju kaip nors ištversiu..., jaudino ne tai, kad aš patenku į tokią įstaigą, bet kad dar taip aršiai vadinasi, o jei kas sužinos..., bet sutikau" 5 (E).

Vertinant ir analizuojant šią ir kitas pasakojimų dalis ir norint suprasti, įžvelgti pasakojimuose įprasmintas reikšmes, svarbu atsižvelgti į surinktą anamnezę apie informantus. Nes sergantieji kaip ir sveiki asmenys, tik dar stipriau yra pažeidžiami dėl savo ligos, yra tam tikros aplinkos, susiklosčiusių aplinkybių veikiami. Negalime atskirti atsakymų nuo pačios situacijos priežastingumo reikšmės, nes tai ir formuoja asmens požiūrį bei lemia galimybes (Myers, 2008).

2 (B) ir 5 (E) informantų ligos prieš istorija akivaizdžiai skiriasi nuo kitų trijų informantų. Pirmiausia, kad jie iki šiol nebuvo susidūrę su stacionaria pagalba ir net neįsivaizduoja kaip tai vyksta. **Nežinia**: „*kai man pasiūlė į čia (PDS) praėjo žemė slyst iš po kojų. Aš ką kokia psichinė ?... ką tai su manim jau taip blogai?..." 2(B).*, susiformavęs **visuomeninis neigiamas požiūris** į psichiatrinę grandį, baimė būti visuomenės atstumtam : „*ką apie mane pagalvos kiti"2 (B), „...kaip aš kam nors pasakysiu, kad turiu eit į tokią įstaigą... ." 5 (E). kai man pasiūlė į čia (PDS) praėjo žemė slyst iš po kojų. Aš ką kokia psichinė ?... ką tai su manim jau taip blogai? 2 (B).*

Priešinga kitų trijų informantų 1 (A), 3 (C) ir 4 (D) patirtis, jiems nėra naujiena psichiatrinė pagalba, tai toli gražu ne pirmasis ligos epizodas, jie „ilgamečiai" psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai. Pirminis psichikos sveikatos priežiūros lygis, paslaugos psichikos sveikatos centre, jiems sietinas su *„ siuntimo gavimu į Žiegždrius", „Tą sykį pas gydytoją irgi atlydėjo žmona ir pasakė, kad man jau reikia važiuot, nu kad reikia siuntimo ir nuveš mane" 1 (A)." „Negaliu gyvent be Žiegždrių... man patinka tik tikri stacionarai..., liepiau rašyt siuntimą į Žiegždrius..." 3 (C). „...iki šiol mane gelbėjo tik marios (Psichiatrijos Marių ligoninė), aš taip įpratus ir man gerai. ...4(D).*

Iš šios pasakojimo dalies išskirtos 2 kokybinės temos: Informavimo apie paslaugą pateikimo būdai, Informuotumo pateikimo svarba (2 lentelė).

2 lentelė. Tyrimo dalyvių patirtis dėl galimybės sužinoti ir gauti paslaugas PDS.

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Informuotumo apie paslaugą reikšmė /būdai;	Medikų vaidmuo;	*„Tą sykį pas gydytoją irgi atlydėjo žmona ir pasakė, kad man jau reikia važiuot, nu kad reikia siuntimo ir nuveš mane. Tačiau gydytoja pradėjo šnekinti mane, visko klausinėti nu ir sako, galėtumėt šį sykį pabandyti nevažiuot į marias, nes ... pradėjo veikti dienos centras ar tai stacionaras....“ 1 (A).* *„Jau kurį laiką išsirašinėjau pas šeimos daktarę visai lengvų raminančių vaistų... ji (šeimos gydytoja) pasiūlė užeiti pas psichiatrą ir išsirašyti siuntimą į dienos stacionarą....“ 2 (B).* *„...kai mano daktarė (gydytoja psichiatrė) pasakė, kad dabar nereikia į Žiegždrius, o reiks lankyt kažkokį dienos stacionarą,3(C).* *„Kai pasiūlė gydytoja nukreipimą į dienos stacionarą...“5(E).*
	Visuomenės vaidmuo;	*„...kažkur iš kažko girdėjau, kad ten (PDS) tikrai padeda tokiem kaip aš“ 1(A).* *„... kaip prisiminiau, tai viena bendradarbė buvo minėjusi anksčiau, kad jos giminaitė lankė tokį centrą (PDS), bet ji tai gal normaliai sirgo. O aš...“2 (B).* *„...kaimynė, kai gerdavom kavą vis pasakojo, kad ir ji norėtų į tą naują centrą (PDS), sakė, kad ten žmonėms gerai būna, kad net susidraugauna, žmonėm pasijaučia...“4(D.)* *„... buvęs bendradarbis žinojau, kad kai jį atleido ir visai buvo ne kas pasidarę, lyg apie šitą stacionarą (PDS) ir pasakojo. Dar sakė, kad pradžioj ne kaip atrodė ta mintis, o po to net graudinosi, kad jau išeit reikia...“ 5(E).*
	Artimųjų vaidmuo;	*„..., kai užeina rimtai, žmona priverčia, nu žinot kaip ir gero norėdama... nu gal neverčia, bet... hm... važiuoju gydytis į marias. Tą sykį pas gydytoją irgi atlydėjo žmona ir pasakė, kad man jau reikia važiuot, nu kad reikia siuntimo ir nuveš mane. Tačiau gydytoja.... Žmonai nepatiko, nu nes manęs neišvežė mėnesiui... .“ 1 (A).* *„Grįžus iš daktarės vos dalaukiau vakaro, kad per skaipą su dukra pabendraut,... puoliau verkt...., ji mane išklausė, įtikino, kad tai normalu, kad užsienį seniai tokie dienos centrai veikia ir kad normalu kreiptis pagalbos, sakė ten ir normalūs, sveiki žmonės nueina...“2 (B).* *„..., nors dukra man jau anksčiau minėjo, kad ir mūsų mieste atsidaro toks stacionaras kur galima rytais nueit..., ten tipo kažką įdomaus veikia, o vakarais, ar po pietų ten nu... grįžti į namus, bet man taip nepatinka, man tiesiog patogiau pilnai pagyventi ne namie“ 3(C).* *„Grįžus po šoko papasakojau vyrui, jis mane palaikė, pasakė, kad tau reikia į žmones išeit, sako pabandyk...“ 4(D).*

	Žiniasklaidos vaidmuo;	*„ būsena vedė iš proto, konfliktai darbe ir dar siunčia į dienos stacionarą (PDS), ...visa laimė savaitgalį grįžo dukra..., prasitariau jai, ji mane padrąsino, kažkaip suprato...“ 5(E).* *„...kaip tik tą dieną, kai grįžau visa suirzus, pasimetus namo, vakare įsijungiau televizorių, nu vietinės televizijos kanalą, ėjo laida apie mediciną ir reportaže rodė kaip atrodo tas dienos centras (PDS), atlėgo, nes atrodė ne baisiai, atrodė kaip tik kaip sanatorija, bet vis tiek jau tas pavadinimas...“2(B).* *„Aš namie visada guliu lovoj ir gelbsti tik televizorius. Apie šitą centrą (PDS) jau seniai mačiau per teliką, net kelias pažįstamas darbuotojas mačiau, čia iš tų laikų, kai dirbau.3(C).* *„...tačiau sykį pamačiau per televizorių, kad ... atsidarė Psichikos dienos stacionaras, ... Karts nuo karto pagalvodavau4(D).*
Informuotumo pateikimo svarba;	„*sukauptos*“ patirties reikšmė/įtaka pacientui;	*„...sergu jau ne pirmi metai, kai užeina rimtai, žmona priverčia, nu žinot kaip ir gero norėdama... nu gal neverčia, bet... hm... važiuoju gydytis į marias. Tą sykį ... gydytoja pradėjo šnekinti mane, visko klausinėti nu ir sako, galėtumėt šį sykį pabandyti nevažiuot į marias, nes ... pradėjo veikti dienos centras ar tai stacionaras.....“ 1(A).* *„Gyvenime nesusidūriau su jokiom psichinėm ligom, o dar baisiau psichiatrais, kai man pasiūlė į čia (PDS) praėjo žemė slyst iš po kojų. Aš ką kokia psichinė ?...“2(B).* *„Negaliu gyvent be Žiegždrių... man patinka tik tikri stacionarai...,“3(C).* *„... iki šiol mane gelbėjo tik marios (Psichiatrijos Marių ligoninė), aš taip įpratus ir man gerai. ...,4(D).*
	Nukreipimas optimaliam gydymo būdui bendruomenėje;	*„ galėtumėt šį sykį pabandyti nevažiuot į marias, nes ... pradėjo veikti dienos centras ar tai stacionaras...., paskui paaiškino, kad ten reikės kasdien... Aš iš karto sutikau, kad tik į tą kalėjimą nereiktų.“1 (A).* *...ji (šeimos gydytoja) pasiūlė užeiti pas psichiatrą ir išsirašyti siuntimą į dienos stacionarą....“2(B).* *„...dabar nereikia į Žiegždrius, o reiks lankyt kažkokį dienos stacionarą...“3(C).* *„Kai pasiūlė gydytoja nukreipimą į dienos stacionarą..., bet sutikau“5(D).*

Galima įžvelgti koks svarbus patiems tyrimo dalyviams šis pirminis etapas. Atsižvelgiant į psichikos ligų, sutrikimų simptomatikos reikšmę individualiai kiekvienam tiriamajam, poveikį jo charakteriui bei pasirinkimo galimybėms, toks iš pirmo žvilgsnio elementarus etapas, kaip informuotumas apie paslaugas, įgauna visai kitą prasmę žvelgiant per tiriamųjų patirties neigiamus ir

teigiamus potyrių aspektus. Būtent šios tiriamųjų grupės patirties, požiūrio negalima būtų vertinti neatsižvelgiant į emocinį, psichologinį situacijos bei jau turimos patirties kontekstą. Svarbus vertinimo kriterijus – jau „*išbandyti*“, *„žinomi*“, „*įprasti“* gydymosi būdai, t.y. jau sukaupta patirtis, žinojimas „*kas kada bus ir kaip bus*“1(A), „ *Negaliu gyvent be Žiegždrių..., gausiu lovą, spintelę ir mėnesį neatsibusiu..., o po to vis kaip nors“3(C), „...iki šiol mane gelbėjo tik marios, aš taip buvau įpratusi ir man gerai...“4(D).* Šiuo atveju tyrimo dalyviai patiria „šoką“ dėl paslaugos naujumo, ko pasekoje, psichologiniu aspektu, provokuojasi nesaugumo, nepasitikėjimo, baimės jausmas. Taigi, galima įžvelgti, kad tiriamųjų vidinė patirtis neigiama, nes įtakojama daugialypių aspektų, tačiau žiūrint iš psichikos sveikatos gerinimo, gydymo paslaugų organizavimo perspektyvos – informuotumo būdai, svarba ir veiksmingumas įgauna teigiamą prasmę. Analizuojant, atsižvelgiant į pagrindinius Psichikos sveikatos politikos principus, prioritetines sritis jau šiame etape svarbus žmogaus teisių pagarbos aspektas, optimaliausios paslaugos pasiūlymas, parinkimas, atsižvelgiant į psichinę būklę, neatskiriant tiriamojo nuo šeimos, visuomenės, organizuojant paslaugas bendruomenėje.

Antras ir penktas tiriamieji, kurių, beje, patirtys psichikos sveikatos paslaugų gavimo, psichikos sveikatos gerinimo klausimais, priešingos nei kitų trijų tiriamųjų. Jie niekada nebuvo hospitalizuoti psichiatrijos ligoninėse ir jiems nesant neįgaliems dėl psichikos sveikatos sutrikimų bei kaip darbingiems ir dirbantiems asmenims, kurie neatitrūkę nuo visuomeninio gyvenimo, nepriimtinas ir net „žeminantis“ pats įstaigos pavadinimas: „ *net negaliu net ištart pilno pavadinimo, siaubas į Psichikos dienos stacionarą. Bent pavadinimas būtų normalesnis, kodėl tos psichikos... gi galėtų kaip nors kitaip vadintis...“ 2(B), „jaudino ne tai, kad aš patenku į tokią įstaigą, bet kad dar taip aršiai vadinasi, o jei kas sužinos...“ 5 (E).* Be abejo, tai atspindi daugelio mokslininkų ištyrinėtą PSO ir ES konstatuotą daugialypę stigmatizacijos, visuomenės požiūrio į psichikos ligas, sutrikimus, pačius sergančiuosius problematiką bei per pačių tiriamųjų patirtį ir susilietimo taškus su minėta problema.

Visapusiškai neigiama patirtis bei susirūpinimą keliantis veiksnys atsiskleidė iš ketvirtosios tyrimo dalyvės pasakojimo: „*Sykį nuėjau dėl mamos pas šeimos daktarę, užsiminiau kaip ten tas dienos stacionaras, sakau gal man pabandyt, o ji ir sakys: - tu ką nori su kokiais „durniais“ kartu susėdus piešt?... . Negalėjau atsigaut kelias dienas,... juk ji net nežinojo, kad aš ir esu ta „durnė“ 4 (D).* Galima įžvelgti neatidėliotiną būtinybę, visų sričių medikų švietimą psichikos ligų klausimais, kas numatoma LR Sveikatos ministro 2014-03-28 Nr. V-417 įsakymu „Dėl psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano patvirtinimo“ 2.3., 3.1 punktais.

Apibendrinimas: Atsižvelgiant į apžvelgtą probleminį naratyvo analizės kontekstą, susijusį su nežinomybės bei praeities įtakotomis baimėmis, stigmos problematika, svarbu kreipti didelį dėmesį, organizuojant paslaugas jau šiame etape. Žvelgiant iš tyrimo dalyvių išskirtų reikšmių ir konteksto prizmės, šis etapas jau įtakoja ir sekančių paslaugų veiksmingumą bei tęstinumo motyvaciją.

3.3.1.2 Pirmoji savaitė Psichikos dienos stacionare, jos svarba.

Antrojo susitikimo interviu metu visų penkių tyrimo dalyviai išskyrė pirmosios savaitės Psichikos dienos stacionare patirtį. Tai „virto“ į atskirą emocionalų pasakojimą, kas leidžia daryti įžvalgą dėl pirmosios savaitės paslaugų organizavimo svarbos, kaip tiriamųjų išskirto reikšmingo įvykio.

Gydymo įstaiga yra ta vieta, į kurią pacientai ateina su savo sveikatos negalavimais, rūpesčiais, problemomis, turėdami tam tikrų lūkesčių. Asmenys, turintys psichikos sveikatos sutrikimų daug jautriau ir emocionaliau reaguoja ne tik kreipiantis, bet ir teikiant pagalbą.

Dėl įvairialypių priežasčių tyrimo dalyviai, tik peržengę įstaigos slenkstį gana skirtingai, bet apibendrinant atsiskleidžia, kad pirmosios savaitės bėgyje jautėsi nesaugūs dėl naujos, neįprastos aplinkos, nepažįstamų darbuotojų, kitų lankytojų, „neišbandytų“, „keistų“ paslaugų. Galima daryti įžvalgą, atkreipiant dėmesį kaip svarbu tinkamai organizuoti paslaugas būtent pirmomis dienomis. Pasakojimai buvo jautrūs, subtilūs, atspindintys adaptacijos svarbą ir reikšmę, įtakotą begalės vidinių baimių: būti nepriimtam, nesuprastam, baimė nepritapti, baimė „*kad kas nepamatytų, kad čia lankausi“2(B).*

Išskirtos dvi pirmosios gydymosi savaitės PDS paslaugų organizavimo svarbos ir pirmosios savaitės paslaugų specifikos temos (3 lentelė).

3 lentelė. Pacientų požiūris – patirtis į pirmąją gydymosi savaitę PDS.

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Pirmosios savaitės paslaugų organizavimo svarba/reikšmė	Nežinomybės baimė	*„Net kojos drebėjo, kai vykau į šitą (PDS) stacionarą...., kaip kas bus..., ar man išeis, ar pagerės, ar padės, o kokie ten žmonės...“ 1(A).* *„...bet kaip gi man pagerės per kažkokius užsiėmimus..., ką aš ten sutiksiu, o gal man melavo..., gal ten tikri psichai,... tai ir aš gal...“2(B).* *„Nieko nemačiau ir nieko negirdėjau, nežinau kas man darėsi per tą laiką (pirmas dienas), net valgyt negalėjau...“5(E).*
	Baimė būti „nepriimtam“, „atstumtam“	*„ ...galvoje kirbėjo ar supras mane,... gal aš vienas toks „nenormalus“ čia...“1(A).* *„...ar aš nepasirodysiu per stipri „ligonė“, gal reikėjo geriau važiuot į ligoninę (Psichiatrijos stacionarą)“ 4(D).* *„...ar neišsijuoks iš manęs, ar nepasišaipys, man juk taip dažnai nesiseka niekas, viskas krenta iš rankų, ...žmona sako, kad tik sugadint viską sugebu...“. 1(A).* *„...žmona visą savaitę rėkė, kad tu ne toks kaip visi... ir*

	Stigmos problematika;	*reikėjo geriau tave vežt į Žiegždrius, nors pailsėjus būčiau“ 1(A).* *„...o jeigu kas sužinos, kad aš čia lankausi, siaubas... ką apie mane pagalvos. Kad nors iš darbo niekas nesužinotų...“ 2(B).* *„...baisiausia buvo, kai visi klausia kur pradėjau vaikščiot, ką sakyt aš bijau, kad nesužinotų...“3(C).* *„...seniai visiems esu ligota, bet kai išvažiuodavau į stacionarą, tai nors nieks nesužinodavo kur guliu ir ką gydausi....“4(D).* *„...iki ko aš nusivariau, kad čia (PDS) patekau...., darbe ir taip konfliktiška situacija, sužinotų dabar valdžia kur aš..., net silpna pasidaro nuo tos minties“5(E).*
	Kontakto su aplinkiniais reikšmė;	*„...baisiausia kol nepažįsti kitų, nu kitų tų žmonių ir tų darbuotojų,... ar išeis susikalbėt...“1(A)* *„...tomis dienomis nenorėjau nieko matyt, nenorėjau bendraut, viskas erzino, bet viena būt irgi nebegalėjau“ 4(D).* *„...kol nieko nepažinojau, ‚neįkirtau“ kaip ir kas čia, pažįstamų neturėjau – siaubas...“5(E).*
	„lovos“ reikšmė;	*„net atsigult nėra kur, tai kaip čia aš pasveiksiu...?“1(A).* *„, kai pradėjo viską pasakot vedžiot, nustebau: - o lovų iš tikro čia nėra?“ 2(B).* *„..., bet aš norėjau tik lovos ir kad mane mėnesiui užmigdytų. Tas dienas net rėkiau ant personalo, kad noriu tik gulėt...“3(C).* *„... nesitikėjau, kad net lovos prigult neturėsiu...“4(D).* *„...tokioj ligoninėj dar nesu buvęs, kad be lovų...“5(E).*
Pirmosios savaitės paslaugų organizavimo specifika	Nuolatinis (pagal individualų poreikį) informavimas apie paslaugas	*„gelbėjo tai, kad labai kantriai, maloniai šimtus kartų man viską išaiškindavo, pasakydavo kur mano grupei vyksta užsiėmimas, kur dabar man eit...“1(A).* *„...kai tik įžengiau pro duris mane labai maloniai pasitiko, labai išsamiai viską išaiškino, tik man tada viskas „virė“ galvoj“2(B).* *„Tada net nesistengiau klausyt ką man sako, bet ypač slaugytoja, nu ir socialinė aprodė visas patalpas, paaiškino...“3(C).* *„...man net gėda buvo, kad niekaip neįsidėmiu kur ir kas vyksta, kur dabar turiu būti, bet man net klaust nereikėdavo... mane pamatydavo sesutė ir vėl išaiškindavo, palydėdavo“4(D).* *„...jūs neįsivaizduojat ‚net sarmata prisimint, bet man reikėjo, kad primintų, paaiškintų visą tą laiką (pirmąją savaitę)gal šimtą kartų...“5(E).*
	Supažindinimo su kiekvienu specialistu atskirai, reikšmė	*„...‚o kaip pasijaučiau kai man ne tik patalpas aprodė, bet kokį poną su visais tais darbuotojais supažindino, vardus net pasakė, nusišypsojo1(A).* *„Kaip dabar pagalvoju, tai ne kaip į ligoninę pakliuvau...,*

		su manim visi prisistatė pasisveikino, pasiūlė kreiptis kada tik reik“2(B). *„...kelias darbuotojas pažinojau iš seniau, bet dėl savo gyvenimo gėdijausi..., o jos kaip niekur nieko su manim taip gražiai visos. Net ir kitos visos vardais prisistatė, „pakvipo“ ne ligonine...“ 3(C).* *„Aš šitiek kartų pragulėjusi ligoninėse ir buvau nemačius, kad visi specialistai tau asmeniškai prisistatytų, pasilabintų... aš net pasijaučiau ne tokia jau baisi...“4(D).* *„...galvojau, kad liksiu net nepastebėtas, o čia visos pasisveikino, paaiškino kokiu klausimu pas ką kreiptis...“5(E).*
	Empatiško personalo elgesio reikšmė	*„Kaip dabar pagalvoju, jei ne toks kažkoks toks geras kolektyvas tom pirmom dienom aš būčiau neatlaikęs“1(A).* *„nors pirmos dienos buvo košmariškos..., „persilaužiau“ tik po personalo padrąsinimo. Po kiek vieno užsiėmimo mūsų paklausdavo kaip jautiesi..., net nesakius jei tik pamatydavo, kad kažkas ne taip, nu kažkaip negerai jautiesi, visada prieidavo, pakalbindavo...“2(B).* *„Ignoravau, pykau, kad aš čia turiu eit, bet mane tiek šnekindavo... ir niekada nepasipiktino mano elgesiu...“3(C).* *„... aš jau tada (pirmąją savaitę) po kelių dienų, kažkaip pasijaučiau tokia svarbi, ne „niekas“...“4(D).* *„...negalėjau nė žodžio ištart, bet pasijaučiau, kad mane supranta, nesmerkia...“5(E).*
	„Namų aplinkos“ reikšmė	*„Tikėjausi ligoninės kaip ir visos, duos lovą, spintelę, parodys kur šaldytuvas ir viskas. O čia viskas vos ne kaip namie, net poilsio kambarys su televizorium, o virtuvėj net namie taip smagu nėra. Nu ne tik gražu, bet kažkaip smagu, nu net nebaisu...“1(A).* *„...man kaip auklėtojai iš kart akį patraukė ne ligoninės stilius, net koridoriuose komodos su visokiais gražiais daikčiukais.. Jauku, miela, visur paveikslai, įvairūs rankdarbiai, darbai iš medžio, o sėdėt minkštasuoliai kokie...“2(B).* *„Iš pradžių mane erzino, kad čia jokia ne ligoninė, o kaip kokie dideli namai, greičiau jaučiausi kaip nuosavam name. Nuo buto skyrėsi tik didelės erdvės. Ir elgėsi visi ne kaip ligoninėj, o kaip jau seniai pažinotų tave...“ 3(C).* *„Pasijaučiau kaip sanatorijoj, o gal net kaip namie...“4(D).* *„Buvau pritrenktas kad čia viskas priešingai nei bet kokioj ligoninėj. Čia taip gražu, net smagu, visur net gėlių žydinčių primerkta..., mano žmona taip namie mėgsta“5(E).*
	Personalo „be	*„Personalas net apsirengęs kaip ir mes paprastai, kažkaip*

	baltų chalatų“ reikšmė	*nesijauti, kad su baisiu jau daktaru kalbi, kažkaip kaip su lygiu sau gaudavosi...“1(A).* *„Iš kart pastebėjau hm... visi daktarai čia be chalatų. Iš pradžių atrodė keista, o po to kai jau susipažinau net smagiau kreiptis, kažkaip ne taip baisu, kažkaip nesijauti, kad tu tik liginis..., net pamiršti tai“ 2(B).* *„...visos be chalatų, po kiek laiko pradėjo atrodyt, kad net kaip lygus su lygiu...“5(E).*
	Lankstus užsiėmimų grafikas	*„...mums net tas visas terapijas paskirstė pagal tai, kaip man geriau, net manęs klausė...“1(A).* *„...kol buvo taip nejauku, man išvien pasiūlydavo pabandyti ko norisi, jėga nieko neliepė daryti, nors skatindavo...“2(B).* *„...kaip pagalvoju tas pirmas dienas viską taikė prie manęs, jei iš vis nieko nenorėdavau daryt, sesutė vesdavosi piešt ant smėlio,... ir aš kažkaip išsikalbėdavau, tada vėl prisijungdavau prie kitų“ 3(C).*
	Pacientų skirstymas į grupes	*„Iš pradžių kai pamačiau kiek čia daug pacientų, galvojau neišbūsiu. Bet kai nuėjau į užsiėmimus, kur mes būdavom po kelis, iš kart visai kitaip pasijaučiau“1(A).* *„...kai kurių žmonių, nu charizmatiškų, ypač kur daug šneka, net pakęst negalėdavau ir būčiau trenkus ir išėjus..., bet terapijose dalyvaudavom po ne daug... ir kažkaip man su normaliais papuolė“ 3(C).*

Analizuojant pirmosios savaitės paslaugų organizavimo svarbos temą, išryškėja tyrimo dalyvių išskirti svarbos aspektai – potemės, kurias galima būtų priskirti psichologiniams veiksniams: nežinomybės baimė, baimė būti „nepriimtam“, „atstumtam“, stigmos problematika, kontakto su aplinkiniais reikšmė, „lovos“ reikšmė. Net trys pirmosios savaitės paslaugų organizavimo svarbos potemės siejasi su baimėmis, nesaugumu. Atsiskleidžia kaip svarbu tai yra tyrimo dalyviams, kaip tampriai tai susiję su jų psichine, sveikata, psichologine, emocine savijauta, kas tiesiogiai įtakoja „sveikimo“ arba „nesveikimo“ procesus. Tai visiškai neapčiuopiami, žmogaus viduje vykstantys procesai. Sunki žmogaus sąveika su nauja aplinka, su kitais žmonėmis, įtraukia emocijas, sudarant sąlygas neigiamų asociacijų telkimuisi (K. Butkevičiūtė, 2014). Galima būtų įžvelgti tyrimo dalyvių baimėmis išreikštus, subtilius lūkesčius: *„Net kojos drebėjo, kai vykau į šitą (PDS) stacionarą...., kaip kas bus..., ar man išeis, ar pagerės, ar padės, o kokie ten žmonės...“ 1(A). „...bet kaip gi man pagerės per kažkokius užsiėmimus..., 2(B). „ ...galvoje kirbėjo ar supras mane,.. .gal aš vienas toks „nenormalus“ čia...“1(A).* Siejant šią tyrimo analizę su pirmojo naratyvo „susidūrimo“ su Psichikos dienos stacionaru patirties pasakojimo analize, išryškėja problematika susijusi su nežinojimu apie *„kitokias, neįprastas*“ paslaugas, su neigiama praeities patirtimi, kur nemenką vaidmenį suvaidina tiek medikų, tiek artimųjų, tiek ligos eigos aspektai.

Stigmos problematikos potemę pasakojimuose pabrėžė visi 5 tyrimo dalyviai. Stigmos ir socialinės atskirties įveikimas yra viena svarbiausių iš penkių, 2009 m. Europos Parlamento priimtos Rezoliucijos psichikos sveikatos ir gerovės pakto krypčių. Šios tyrimo dalies interviu analizė tik patvirtina šios krypties svarbą. Svarbu, kad ši problematika susijusi su artimiausiais žmonėmis: *„...žmona visą savaitę rėkė, kad tu ne toks kaip visi... ir reikėjo geriau tave vežt į Žiegždrius, nors pailsėjus būčiau" 1(A).* Pirmasis tyrimo dalyvis save įvardija kaip *„kliūtį gyventi"* jo artimiesiems. Keturi likusieji tyrimo dalyviai stigmos problematiką sieja su aplinkiniais, bet „*ne šeimos nariais"*: *„...o jeigu kas sužinos, kad aš čia lankausi, siaubas... ką apie mane pagalvos. Kad nors iš darbo niekas nesužinotų..." 2(B)., sužinotų dabar valdžia kur aš..., net silpna pasidaro nuo tos minties"5(E).* Galima įžvelgti opiausią problematika sietina su dirbančiais asmenimis, *„nes yra ką prarasti, kaip aš pragyvensiu"5(E).* Manyčiau tai prisideda prie PSO siekio, kuomet 2011 m. World Report on Disability ataskaitoje kviečiama kurti visiems žmonėms atvirą pasaulį, kuriame būtų galima gyventi ne tik sveikai, bet ir oriai, šalinant kliūtis neįgaliesiems įsilieti į pilnavertį visuomenės gyvenimą (Šinkūnienė, 2012).

Trys tyrimo dalyviai išskyrė kontakto su aplinkiniais Psichikos dienos stacionare reikšmę, kuri sietina su apsunkinta, psichinėms ligoms būdinga adaptacija: *„...baisiausia kol nepažįsti kitų, nu kitų tų žmonių ir tų darbuotojų,..."1(A), „...tomis dienomis nenorėjau nieko matyt, nenorėjau bendraut, viskas erzino, bet viena būt irgi nebegalėjau" 4(D).*

Visi tyrimo dalyviai išskyrė „lovos" reikšmę, kuri galima būtų įžvelgti susijusi daugiau su gautų paslaugų patirtimi ir iš to išplaukiančiais nepatenkintais paslaugų lūkesčiais. Pasakojimuose apie pirmus įspūdžius atvykus į Psichikos dienos stacionarą, tyrimo dalyviai „lovos" nebuvimą išskiria kaip „*nesusipratimą"*, „*didžiulę problemą*", „*šoką"*, „*kaip nebuvimą kur „nusigramzdint", kai bloga*": *„net atsigult nėra kur, tai kaip čia aš pasveiksiu...?"1(A), „..., bet aš norėjau tik lovos ir kad mane mėnesiui užmigdytų. Tas dienas net rėkiau ant personalo, kad noriu tik gulėt..."3(C).*

Tačiau šis nepasitenkinimą keliantis nepatenkintas lūkestis „*bet aš norėjau tik lovos ir kad mane mėnesiui užmigdytų.."3(C),* galėtų būti vertinamas kaip liguistas, ligos ir neigiamos patirties įtakotas, lūkestis, kuris neturėtų negalėtų būti gydymo įstaigos (PDS) tikslas.

Taigi vertinant pirmąją pirmosios savaitės paslaugų organizavimo svarbos temą visų tyrimo dalyvių išskirtų potemių dėka, galima įžvelgti neigiamą pirmų įspūdžių, lūkesčių neatitikimo, nežinomybės, baimių, stigmos problematiką.

Tačiau antroji tema pirmosios savaitės paslaugų organizavimo specifika, kurią tyrimo dalyviai išskiria per jiems svarbias reikšmingas potemes, atskleidžia kaip teigiamą pasakojimuose išskirtą paslaugų teikimo organizavimo specifiškumą, būtent tenkinant pirmoje temoje išskirtus probleminius veiksnius.

Tyrimo dalyviai šios dalies interviu pasakojimo metu akcentavo „*tarsi kas padėjo įveikti“* pirmoje potemėje išskirtus neigiamus veiksnius. Visų penkių tyrimo dalyvių pasakojimai atskleidė šioje temoje nuolatinio informavimo apie paslaugas – „*šilto*“ bendravimo forma, supažindinimo su kiekvienu specialistu atskirai, empatiško personalo elgesio bei „jaukios namų aplinkos“ svarbos reikšmes. Tai atskleidžia kaip visiems pacientams itin svarbias potemes, kas tiesiogiai įtakoja pačios psichinės sveikatos gerinimą: *„gelbėjo tai, kad labai kantriai, maloniai šimtus kartų man viską išaiškindavo, pasakydavo kur mano grupei vyksta užsiėmimas, kur dabar man eit...“1(A), „...,o kaip pasijaučiau kai man ne tik patalpas aprodė, bet kaip kokį poną su visais tais darbuotojais supažindino, vardus net pasakė, nusišypsojo1(A), „... aš jau tada (pirmąją savaitę) po kelių dienų, kažkaip pasijaučiau tokia svarbi, ne „niekas“...“4(D), „Iš pradžių mane erzino, kad čia jokia ne ligoninė, o kaip kokie dideli namai, greičiau jaučiausi kaip nuosavam name. Nuo buto skyrėsi tik didelės erdvės. Ir elgėsi visi ne kaip ligoninėj, o kaip jau seniai pažinotų tave...“ 3(C). „Pasijaučiau kaip sanatorijoj, o gal net kaip namie...“4(D).* Kaip ir daugumoje mokslinių tyrimų, taip ir šioje tyrimo dalies analizėje išryškėja tyrimo dalyviams labai svarbus bendravimas „peraugantis“ į bendradarbiavimą pirmiausia su personalu, o vėliau ir su kitais pacientais. Aplinkos vaidmuo užima taip pat svarbų vaidmenį, o būtent gydymo įstaiga „*pasitinkanti“* „*jaukios namų aplinkos*“ įvaizdžiu teigiamai veikia pacientų adaptaciją ir teigiamą atsaką į iškilusias baimes.

Trys tyrimo dalyviai išskyrė jiems svarbią personalo „be baltų chalatų“ , lankstaus užsiėmimų grafiko potemių reikšmes. Du tyrimo dalyviai įvardijo kaip svarbų reikšmingą paslaugų organizavimo reiškinį – pacientų skirstymą į mažesnes grupeles. Galima būtų įžvelgti, jog minėtos potėmės atskleidžia teigiamą patirtį ir tiesiogiai prisideda prie teigiamo kokybiško paslaugų teikimo: *„...mums net tas visas terapijas paskirstė pagal tai, kaip man geriau, net manęs klausė...“1(A). „...kol buvo taip nejauku, man išvien pasiūlydavo pabandyti ko norisi, jėga nieko neliepė daryti, nors skatindavo...“2(B).*

Mažesnės grupelės manoma, kad suteikia pacientams saugesnę sveikimo aplinką, tai patvirtina tyrimo dalyvių interviu: *„...kai kurių žmonių, nu charizmatiškų, ypač kur daug šneka, net pakęst negalėdavau ir būčiau trenkus ir išėjus..., bet terapijose dalyvaudavom po ne daug... ir kažkaip man su normaliais papuolė“ 3(C).*

Apibendrinimas: Antrojo naratyvo interviu analizė, atskleidusi dvi pagrindines temas – pirmosios savaitės paslaugų organizavimo svarba bei reikšmė ir organizavimo ypatumai, leidžia įžvelgti neigiamos patirties, vystomos pirmoje temoje „virsmą“ į teigiamą patirtį antroje temoje. Galima įžvelgti jog tai vyksta, dėl kokybiškai, pagal individualius tyrimo dalyvių poreikius, atsižvelgiant į apsunkintos adaptacijos, baimių, nežinomybės įtakos bei ligų specifiką, tinkamai organizuotą pagalbą.

3.3.1.3 Gydymosi periodo naratyvas.

Trečioje pasakojimo dalyje, visų penki tyrimo dalyviai interviu metu dalinosi įspūdžiais apie tolimesnį gydymosi periodą Psichikos dienos stacionare. Skirtingai nei pirmuose naratyvuose, interviu metu, mintys buvo reiškiamos ramiai, sklandžiai, be iki tol vyravusių ryškių emocijų. Buvo jaučiama, kad pirmuose naratyvuose atskleista problematika, pereinant gydymo periodui į antrą savaitę ir tolimesnį periodą, pamažu virto teigiama gydymosi patirtimi. Buvo minimi atskiri momentai, kurie įtakojo motyvaciją ir norą atvykti gydytis - „*netingėti kasdien atsikelti ir ateiti“* 1 (A), *„aišku, man daug lengviau buvo drybsoti lovoj ir nieko neveikti, bet kai apsisprendžiau, kai pamačiau, kad didėja energija ir noras gyventi, pradėjau ne tik prisikelti net per anksti ir pirmesnė už darbuotojus atlėkdavau...“ , „ Laukdavau tų pasivaikščiojimų kartu, juokelių, net pasitempt norėdavau prieš vyrus...., namuose turiu savo tapytą ebru technika paveikslą, net pasididžiuot prieš kitus galiu...“ 2(B).3(C)*. „ *norėjau ir net pasiilgdavau visus pamatyti, papasakoti kaip sekėsi vakar, išgirsti kaip jie laikosi šiandien, ką naujo kartu veiksime, išmoksime, analizuosime, kokį naują receptą kartu besišnekučiuodami gaminsime...“ 5(E).* Tyrimo dalyviai išskyrė jiems svarbias 2 temas: paslaugų, terapinių užsiėmimų vertinimo ir gydymo periodo svarbos (4 lentelė).

4 lentelė. Pacientų požiūris į gydymosi laikotarpį Psichikos dienos stacionare.

Tema	Potemė	Patvirtinantys tyrimo dalyvių teiginiai
Paslaugų, terapinių užsiėmimų vertinimas;	Specialistų individualių konsultacijų reikšmė;	*„...iki šiol nebuvau tiek daug kartų išsikalbėjęs su psichologe, socialine, o gydytoja mane irgi turėdavo laiko išklausyti...., nes iš pradžių prie kitų negalėjau pasisakyt...“ 1(A).* *„..., kai išsikalbėjau viena pas tas daktares, po truputį pradėjau drąsėt ir grupėse...“ 2(B).* *„jei ne individualios konsultacijos, būčiau ir likus užsisklendus...“ 3(C).*
	Terapinių užsiėmimų reikšmė;	*„ Tačiau per juos aš tiek sužinojau, man taip padėjo susigaudyti savyje, savo aplinkoje...“ 1(A).* *„...Galiausiai taip patiko, užsimiršau apie savo vienatvę, nesitikėjau, kad visai svetimi žmonės gali tapti tokie artimi...“2(B).* *„Visi taip išsikalbėdavom, kartais ir susigincydavom, bet per tai daug pamačiau, suvokiau ir net apsisprendžiau...“ 3(C).* *„Kai pagalvoju kiek galimybių turėjau save išbandyti. Mes ir piešėm, ir dainavom, ir kepėm, o tos relaksacijos. Tiesa, nebuvau iki šiol net girdėjusi apie piešimą ant vandens ir man gavosi. ... mes taip atradom bendrų dalykų“ 4(D).* *„Per tuos aptarimus pradėjau jaustis suprastas, padrąsėjau. Užsiėmimuose galėjau pasakyti tai, ko namie negaliu. O kiek patarimų iš kitų gavau...“ 5(E).*

Gydymo PDS svarba;	Psichologiniai pokyčiai;	*„dabar jaučiuosi saugus, suprastas ir galiu kitus suprast, neturiu viduj to baisaus pykčio ant visų...“ 1(A).* *„Supratau, kad nesu aš viena tokia, vėl pradėjau planuotis dienas, laukt pavasario“ 2(B).* *„Aš suvokiau, kad nesu aš niekas, aš žmogus, lygiavertis žmogus...“3(C).* *„Vėl noriu gyventi, tiesiog pamačiau prasmę gyventi, supratau, kad pirmiausia pati turiu norėti...“ 4(D).* *„Radau ramybę su savim, viskas susidėliojo į savo vietas, jaučiuosi pajėgus spręsti savo problemas“5(E).*
	Socialinių santykių pokyčiai;	*„Pradėjau jaust atsakomybę prieš šeimą, laukiu grįžtančios dukros, supratau, kad žmona man linki gero...“ 1(A).* *„Pradėjau vėl bendrauti su draugėmis, tiesiog nelaukiu iš kitų, o pati pradedu...“ 2(B).* *„Atsiprašiau dukros, kad ją tiek metų skaudinau“ 3(C).* *„Pradėjau neatstumt artimųjų, papasakojau kaip jaučiuosi...“4(D).* *„Nusprendžiau kiekvieną savaitgalį pasitikt grįžtančią dukrą ir net iškepiau jai čia išmoktą pyragą... gyvenime nebuvau to daręs, visa šeima apako...“5(E).*
	Fizinės sveikatos simptomatikos gerėjimas;	*„ Man nebeplyšta jau galva ir net stuburo skausmai sumažėjo“ 1(A).* *„Nustojo šokinėt spaudimas...“ 3(C).* *„Jaučiuosi žvalesnė, energinga, nepadūstu taip, o galvą ir pamiršau...“4(D).*
	Mažesnis vaistų vartojimas;	*„Anksčiau aš vaistus saujom gėriau, specialiai perdozuodavau, kai užeidavo. Dabar man reik minimaliai...“3(C).* *„Iki šiol tik vaistų didinimu mane gydė. Tarėmės su gydytoja, buvo nelengva, bet beveik pusiau sumažino dozes, bijojau, priešinausi, bet dabar džiaugiuosi“ 4(D).*
	Galimybė būti „neuždarytam“;	*„Aš nesitikėjau, kad man gali pagerėt būnant namuose, aš taip dėkingas už galimybę būti „neuždarytam“.1(A).* *„...ten „paros stacionare“ gyvenimas eina nuo vaistų dozės iki vaistų dozės eilutėje, o čia tu jautiesi žmogumi, tu laisvas, neizoliuotas...“ 4(D).*

Paslaugų, terapinių užsiėmimų vertinimo temoje tyrimo dalyviai išskyrė specialistų individualių konsultacijų ir terapinių užsiėmimų reikšmių potemes.

Trys tyrimo dalyviai išskyrė individualių konsultacijų svarbą kaip jiems labai svarbų paslaugų teikimo aspektą. Galima įžvelgti individualių konsultacijų svarbą lyginant su grupiniais užsiėmimais. Individualių pokalbių metu *„drąsiau atsiverti, išsipasakoti... kažko paklausti, susivokti... ir tai kažkaip palengvindavo ar net padėjo suprasti visų kitų užsiėmimų prasmę“ 3 (C), „„...., kai išsikalbėjau viena pas tas daktares, po truputį pradėjau drąsėt ir grupėse...“ 2(B),* tyrimo dalyviai greičiau

adaptuodavosi ir lengviau įveikdavo psichologinius trukdžius ir tarsi pasiruošdavo darbui grupėse. Atradę terapinį ryšį, pasitikėjimą specialistu, individualaus konsultavimo metu, tyrimo dalyviai, galima būtų teigti, pasiruošdavo dalyvavimui ir įsitraukimui į darbą grupėse.

Penki tyrimo dalyviai išskyrė terapinių užsiėmimų reikšmės potemę. *„ Kai susirinkdavom taip gausiai, tokie visi skirtingi, atrodo ką gali turėt bendro... . Tačiau per juos aš tiek sužinojau, man taip padėjo susigaudyti savyje, savo aplinkoje...“ 1(A), „Dirbdama darželyje daug darau įvairių grožybių, bet čia išmokau, sužinojau tiek idėjų, ..., labai atsipalaidavau, o tie visi mūsų pašnekesiai bekuriant..., o kaip smagu padėti kitam ir ne vaikui, o suaugusiam..., mes visi lygūs, vienodi...“ 2(B).* Galima įžvelgti, kad svarbus santykis paciento ne tik su specialistu, bet ir su kitais klientais, kuomet specialistas terapiniais metodais patį santykį naudoja gydomai (Gudaitė, 2014).

Teigtina, kad individualios konsultacijos papildo grupinių užsiėmimų terapinio poveikio efektyvumą. Ši tyrimo dalis atskleidžia, kaip ir teigia daugelis autorių, kad terapinio tipo užsiėmimai, tai įvairių psichologinių intervencijų visuma, organizuojant pagalbą taip, kad padėtų žmonėms įveikti psichoemocinius, tarpasmeninius santykius bei pačią gyvenimo kokybę (Engler, Golemna, 1992, Gudaitė, 2014). Ką ir išskiria tyrimo dalyviai gydymo Psichikos dienos stacionare svarbos potemėje, išskirdami jiems reikšmingiausius įvykusius pokyčius.

Neabejotinai psichologiniai faktoriai be galo svarbūs kiekvienam asmeniui, visi penki tyrimo dalyviai išskiria, įvertina psichologinių pokyčių svarbą jų savijautai: *dabar jaučiuosi saugus, suprastas ir galiu kitus suprast, neturiu viduj to baisaus pykčio ant visų...“ 1(A). „Supratau, kad nesu aš viena tokia, vėl pradėjau planuotis dienas, laukt pavasario“ 2(B).* Išskiriamas saugumas, supratimas pačių ir noras suprasti kitus, ateities planų kūrimas.

Trys tyrimo dalyviai išskyrė kaip gydymosi PDS rezultatą - socialinių santykių pokyčius, kas neatsiejama nuo psichinės savijautos bei emocinės būklės kitimo: *„Pradėjau jaust atsakomybę prieš šeimą, laukiu grįžtančios dukros, supratau, kad žmona man linki gero...“ 1(A). „Pradėjau vėl bendrauti su draugėmis, tiesiog nelaukiu iš kitų, o pati pradedu...“ 2(B). „Atsiprašiau dukros, ką ją tiek metų skaudinau“ 3(C). „Pradėjau neatstumt artimųjų, papasakojau kaip jaučiuosi...“4(D).*

„Nusprendžiau kiekvieną savaitgalį pasitikt grįžtančią dukrą ir net iškepiau jai čia išmoktą pyragą... gyvenime nebuvau to daręs, visa šeima apako...“5(E). Atsakomybės jautimas prieš šeimos narius, artimuosius, bendravimo atstatymas – tai labai svarbūs paslaugų teikimo bendruomenėje, neatitrūkus nuo šeimos, faktoriai. Asmuo ne izoliuojamas ligos paūmėjimo metu, o gydant bendruomenėje, kasdien grįžtant į šeimą, namus, mokomasi atstatyti problemines socialinių santykių sritis.

Galima būtų daryti įžvalgą, kad kaip pasekmę psichologinių, socialinių santykių pokyčių, trys tyrimo dalyviai išskiria fizinės sveikatos gerėjimo ir mažesnio vaistų vartojimo potemes.

Du tyrimo dalyviai akcentavo ir atskira pasakojimo dalimi išskyrė galimybės „būti neuždarytam“ potemę. Jie vertino kaip neįtikėtiną dalyką psichinės sveikatos pagerėjimą neatsiduriant paros stacionare: *„Aš nesitikėjau, kad man gali pagerėt būnant namuose, aš taip dėkingas už galimybę būti „neuždarytam“.1(A). „...ten „paros stacionare“ gyvenimas eina nuo vaistų dozės iki vaistų dozės eilutėje, o čia tu jautiesi žmogumi, tu laisvas, neizoliuotas...“ 4(D).*

Apibendrinimas: Penki tyrimo dalyviai išskyrė jiems svarbius psichosocialinius pokyčiu, kuriuos gali įžvelgti kaip rezultatų pasiekimą ar PDS galimybių suteikimą, tai psichologiniai pokyčiai ir socialinių santykių pokyčiai. Ko pasekoje įžvelgiant tiesiogines sąsajas trys tyrimo dalyviai išskyrė ir fizinės sveikatos negalavimų simptomatikos sumažėjimą, du tyrimo dalyviai susiejo tai ir su mažesniu vaistų vartojimu ar dozių mažinimu. Du tyrimo dalyviai vertino kaip jiems labai svarbų reiškinį – gauti paslaugas savo mieste, nebūti izoliuotiems stacionarioje psichiatrijos ligoninėje.

3.3.2 Personalo interviu rezultatų analizė.

Tyrimo dalyvių - PDS personalo charakteristikos pateiktos 5 lentelėje.

5 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių – PDS personalo charakteristikos.

Tyrimo dalyvio kodas	Lytis	Išsilavinimas	Pareigos	Darbo stažas	Amžius
1(F)	M	Aukštasis universitetinis	Gydytojas psichiatras	5 m.	35 m.
2(G)	M	Aukštasis universitetinis	Medicinos psichologas	10 m.	40 m.
3(H)	M	Aukštasis neuniversitetinis	Psichikos sveikatos slaugytojas	25 m.	50 m.
4(I)	M	Aukštasis universitetinis	Socialinis darbuotojas	10 m.	33 m.
5(K)	M	Aukštasis universitetinis	Užimtumo specialistas	2 m.	30 m.

Pirmuoju klausimu (**Prašau papasakokite kaip, jūsų nuomone, organizuojama pagalba – gydymas, Psichikos dienos stacionare ?**) siekta atskleisti PDS personalo požiūrį į paslaugų teikimo, organizavimo pagrindinius ypatumus.

Analizuojant pirmojo klausimo interviu turinį išskirtos dvi kokybinės kategorijos: paslaugų organizavimo ypatumai ir paslaugų techninės galimybės (6 lentelė).

6 lentelė. Personalo požiūris apie paslaugų organizavimą PDS.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Paslaugų organizavimo ypatumai	Bendradarbiavimas su pacientais;	*„...mums svarbus ryšio su pacientu užmezgimas“1(F).* *„pirmiausia daug bendraujam su pačiu žmogumi, tariamės, išklausome jo lūkesčius, kartu užsibrėžiame tikslus...“2(G).* *„...pirmiausia tik įžengus į stacionarą išklausau paciento baimes, kartu aiškinamės nerimo priežastis, ...išklausau jo argumentus. Užsiimu individualiai kol žmogus tampa gabus dalyvauti su kitais grupėje“ 3(H).* *„Pacientą pirmiausia stengiamės suprasti, įsigilinti į jo problemas ir tik tada įtraukiam į veiklas“ 4(I).*
	Grupinis ir individualus paslaugų teikimas;	*„Iš pradžių konsultuoja kiekvienas specialistas individualiai, po to išsiaiškinus problemas, pacientas priskiriamas pogrupiui“ 1(F).* *„atvykus pacientui, jis priskiriamas vienai iš dviejų grupių. Užsiėmimuose dar į mažesnius pogrupius. Ir taip neatsitiktinai. Priklausymas kuo mažesnei grupei, pacientas jaučiasi saugiau“ 2(G).* *„mažose grupėse ir dirbant individualiai lengviau ir mums pastebėti pacientą, daugiau pažinti jį, siekiant suteikti tinkamas paslaugas ir gydymą“ 4(I).*
	Komandinis darbas;	*„Visų pirma vyksta komandinis darbas, mes dirbame ne atskirai kiekviena sau, bet pasitarus bendrai, nes kitaip negausim jokių apčiuopiamų rezultatų“ 5(K).* *„...mūsų komandoje darbai pasialinami pagal kompetenciją, bet aptariami, išgvildenami pastoviai...“4(I).* *„...mūsų stiprioji pusė – tarpdisciplininė specialistų komanda, kuri bendrauja išvien. Taip visur turėtų būti...“2(G).*
	Parama personalui;	*„...mes pačios esame visuomet išklausomos, turime kaip ir grupes kur aptariame savo jausmus, darbinius sunkumus.“3(H).* *„ Visus turime suprasti, išlikti taktiškos ir mandagios..., jeigu pokalbiai kur mus išklauso, mes vienos kitas išklausom, palaikom, ilgai neištverčiau...“4(I).* *„...man tai ypač svarbu, nes patirties neturėjau kaip dirbti su tokiais pacientais, daug baimių turėjau...“ 5(K).* *„anksčiau netikėjau kaip svarbu ir mums profesionalams išsišnekėti apie susikaupusius darbinius jausmus, ...mes juk tiek išklausom kitus“ 1(F).*
Paslaugų techninės galimybės	Kompiuteriai ir kt. techninė įranga;	*„Kompiuterius ir visą įrangą turime ne tik sau, bet ir pacientams“1(F).* *„Penktadieniais vedame karaokė užsiėmimą,... laisvalaikiu pacientai gali pažiūrėti mylimą laidą, koncertą... patogūs krėslai,.. šviesos terapijos lempos. Iš tikrųjų turim visas galimybes kokybiškoms paslaugoms teikti“4(I).*

	Jaukios patalpos; Knygos, žurnalai, moksliniai straipsniai;	*„...labai smagu dirbti tokiose jaukiose patalpose..“1(F).* *„Jaukumas labai svarbus tokiame darbe tiek pacientams, tiek darbuotojams..., visai kitaip jautiesi, aplinka visiškai neoficiali“ 2(G).* *„Labai stengiuosi, kad čia būtų jauku, nors čia ir buvo viskas nauja, švelnios šviesios spalvos, paveikslai,..., na o aš toliau prisidedu įvairiom smulkmenėlėm, darbeliais ir jaučiuosi įvertinta“ 5(K).* *„Turime personalo knygų biblioteką, aptariame naujausius straipsnius „psichologija tau“ žurnaluose...“ 2(G).* *„Mums prenumeruojami pagrindiniai profesiniai žurnalai, jie praverčia ir pacientams“ 1(F).*

Apibendrinimas: Visi tyrimo dalyviai teigiamai ir besidžiaugdami darbo rezultatų teigiama darbine patirtimi apibūdino PDS paslaugų organizavimo ypatumus bei technines paslaugų teikimo galimybes. Kalbant buvo jaučiama kaip jiems patiems svarbus jų darbas, motyvacija. Akcentuojama kaip stiprioji pusė - darbuotojų komanda ir „*tikrai dirbamas komandinis darbas“1(I), „komandinis darbas kaip ir ne naujiena, bet tai iš tiesų mažai kur vyksta..., kai kursuose su kolegomis kalbamės kaip mes tarpusavį profesiškai bendraujame, manimi negali patikėti“ 2(G).* Taip pat visi darbuotojai vienareikšmiškai pabrėžė kontakto su pacientu užmezgimo svarbą, pastovaus tolimesnio bendravimo, aptarimo paciento būklės, emocijų ir net santykių su kitais pacientais svarbą. Teigiamai vertino įstaigos technines galimybes „*jaukios patalpos, televizoriai, DVD grotuvai, kompiuteriai ne tik mums, bet ir pacientams, švelnios, šviesios spalvos“2(G).*

Du tyrimo dalyviai kaip neigiamą dalyką išsakė per mažą darbo užmokestį: „*šimtu procentų noriu čia dirbti dėl tokio kolektyvo, dėl mūsų tarpusavio sutarimo, pagarbos, darbo sąlygų, tačiau savo šeimai sunku tuo motyvuoti, kai gauni atlygį...“4(F), „sąlygos visom prasmėm nerealios, bet piniginiu atžvilgiu, jaučiuosi neįvertinta...“1(F).*

Kaip rimtą probleminį klausimą trys tyrimo dalyviai 1(F), 2(G), 3 (H) išsakė apie paslaugų gavėjų spektro siaurumą: „*Gaila, kad paslaugas galime teikti tik su F šifru asmenims, o juk dauguma dėl šifro uždėjimo gali prarasti darbus..“1(F).„Nuogąstavimus girdžiu ir iš artimųjų, kurie kenčia, bet jiem paslaugos PDS nepriklauso, kol neturės psichiatrinio šifro...“2(G).„Kkreipiasi žmonės klausdami, kodėl tik sergantieji gali gauti tokio lygio paslaugas, kodėl aš be to kodo negaliu“ 3(H).*

Antruoju klausimu (**Papasakokite, kokiais principais konkrečiai Jūs vadovaujatės, teikiant paslaugas PDS?)** siekta atskleisti darbuotojų taikomus PDS paslaugų teikimo principus, kaip individualų profesinį – asmenybinį indėlį, teikiant paslaugas PDS.

Analizuojant antrojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija: paslaugų teikimo principai.

7 lentelė. Personalo požiūris, kokiais principais vadovaujamasi, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas PDS.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Paslaugų teikimo principai	Paciento atvejo daugiamatis vertinimas	*„...ligos negali atskirti nuo žmogaus, jo gyvenimo būdo, jo problemų už įstaigos ribų“1(F).* *„Žmonės atvyksta turėdami problemų, o juos pasitinka nežinoma aplinka, nepažįstami ligoniai ir specialistai..., nuo to stresas tik didėja...“2(G).* *„Kiekvienas atvejis išskirtinis ir jį privalu skirtingai spręsti..., vaistai gal panašūs, bet žmogaus istorija, socialiniais santykiai net gi išprusimas skiriasi ir pagalbos teikimas kitoks...“3(H).* *„Į kiekvieną pacientą žvelgiu kaip į daugiamatę būtybę. Stengiuosi suprasti ne tik problemą, bet ir iš ko tos problemos kilo, kodėl būtent šis žmogus susiduria su šiomis problemomis..., svarbu kaip žmogus ir kokioje socialinėje aplinkoje gyvena... vertinu jo individualius gebėjimus prisitaikyti grupėje...“4(I).*
	Bendravimas su pacientu kaip „lygus su lygiu“;	*„Stengiuosi išlaikyti šiltą bendravimą su pacientu, jokio oficialumo, šaltumo. Jie ir taip žino, kad esi gydytojas..., stengiuosi kaip tik tą ribą mažinti, ką galėtų pasitikėti, jaustųsi saugūs...“ 1(F).* *„Svarbu patapti tarsi draugu, nes atskleisti vidines paslaptis, baimes svetimam žmogui nėra paprasta“ 2(G)* *„Tik peržengus pacientui per stacionaro slenkstį, stengiuosi pasitikti ne kaip ligoninėj, bet kaip pagalbą teikiančiuose saugiuose namuose. Vėliau jie net dėkoja, kad kalbėjomės kaip lygūs su lygiais...“3(H).* *„Man svarbiausia yra nuoširdumas, bendravimas su pacientu žemiška kalba, o ne kažkokiais įmantriais terminais ir taip pat bendravimas su žmogum kaip lygus su lygiu“ 5(K).*
	Psichoedukacija ir mokymasis iš paciento	*„Darbe vadovaujuosi ne tuom, kad tik aš galiu pacientui padėti, bet jų patirtis, atvejai man irgi labai vertingi..., kiekvienas atvejis net esant tai pačiai diagnozei – kitoks“.1(F).* *„Iš paciento atvejo ir aš kaip specialistė labai daug gaunu..., netiesa, kad tik mes jiems suteikiam žinių, iš tiesų ir jie mums“2(G).* *„Psichoedukacijos procesas vaidina labai svarbų vaidmenį ir pagrinde tai apima santykių, bendravimo sferas..., bet ne tik mes juos mokome, tačiau mes specialistai mokomės ir iš savo pacientų...“3(H).* *„Pradžioje pyktis kildavo ant pacientų dėl nesėkmingo užsiėmimo, tačiau vėliau suvokiau, kad čia ne juose problema, o manyje.... Niekam negali būti naudinga primesta nuomonė, todėl mokinama mokausi iš jų, ką galėčiau padėti...“4(I).*
	Parama	*„Matau kaip stipriau už vaistus daugeliu atvejų suveikia pagyrimas net už mažmožį...“ 1(F).*

	pacientui	*„Net kai praeidama koridoriumi pašnekinu, žmonėms tai lieka ilgam..., konsultacijų metu parama, palaikymas, pagyrimas man labai svarbu, nes tai svarbu pacientui...“2(G).* *„Dar vadovaujuosi tuo principu, kad pagiriu žmogų dėl menkiausio rezultato..., aš jiems kartoju kiekvieną kartą, tik išgirsta ne iš karto, jums viskas išeis, jums pavyks ir kad viskas įmanoma, pataisoma, kad svarbu ne rezultatas, o siekimas...“ 5(K).*

Apibendrinimas: galima įžvelgti, kad siekiant kiek įmanoma aukštesnių rezultatų, teikti kokybiškas psichikos sveikatos priežiūros, gerinimo paslaugas PDS bei suteikti įvairias pagalbos galimybes pacientams, labai svarbu ne tik formalus darbuotojų požiūris bei profesinis pasirengimas, bet ir pačių darbuotojų paslaugų teikimo principai, kurie didžiąja dalimi priklauso nuo darbuotojo asmenybės, asmeninio indėlio.

Keturi tyrimo dalyviai išskyrė kaip vieną svarbiausių požiūrių – principų, teikiant paslaugas – paciento atvejo daugiamatis vertinimas: *„„...ligos negali atskirti nuo žmogaus, jo gyvenimo būdo, jo problemų už įstaigos ribų“1(F).* Antroji tyrimo dalyvė pastebi net atvykimo į stacionarą adaptacijos keliamą stresą, kas irgi neatsiejama ligos atvejo dalis: *„„Žmonės atvyksta turėdami problemų, o juos pasitinka nežinoma aplinka, nepažįstami ligoniai ir specialistai..., nuo to stresas tik didėja...“2(G).* Trečioji tyrimo dalyvė papildo, kad *„Kiekvienas atvejis išskirtinis ir jį privalu skirtingai spręsti...“3(H).*

Bendravimo su pacientu kaip „lygus su lygiu“ svarbą, ne tik psichoedukacijos, bet ir mokymosi iš paciento reikšmę išskyrė keturi tyrimo dalyviai. Trys iš penkių tyrimo dalyvių pabrėžė paramos pacientui principą *„Matau kaip stipriau už vaistus daugeliu atvejų suveikia pagyrimas net už mažmožį...“ 1(F), „...pagyrimas man labai svarbu, nes tai svarbu pacientui...“2(G), „„Dar vadovaujuosi tuo principu, kad pagiriu žmogų dėl menkiausio rezultato..., 5(K).*

Trečiuoju klausimu (**kokios būklės pacientai dažniausiai atvyksta gydytis į PDS?)** siekta atskleisti gydymosi PDS poreikio ir priežastingumo tendencijas PDS darbuotojų požiūriu.

Analizuojant trečiojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija PDS paslaugų poreikio ir priežasčių tendencijos (8 lentelė).

8 lentelė. Personalo požiūris į PDS paslaugų poreikio priežastis.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
PDS paslaugų poreikio priežas-tingumo tendencijos;	Vidinės būklės priežastys	*„Pacientai atvyksta su stipria įtampa, nerimu, miego ir nuotaikos sutrikimais“1(F).* *„...juos lydi liūdnumas, prislėgtumas, baimė, nerimas, vidinė įtampa“ 2(G).* *„Dauguma atvyksta su nerimu, baime, kankinančiu nepasitikėjimu, savęs nuvertinimu...“3(H).* *„Energijos stoka, nusivylimas, stresas, gyvenimiški skauduliai, kurie ėda žmogų iš vidaus, didžiulė savigrauža, įvairūs kaltės jausmai“4(I).* *„...būna nedrąsūs, išsigandę, pasimetę, liūdnom akim, niekuo nesidomi...“5(K).*
	Išorinės aplinkos įtaka;	*„...kreipiasi praradus darbingumą, pablogėjus socialinei adaptacijai, kasdieniniam funkcionavimui arba po gydymosi psichiatrijos ligoninėje“1(F).* *„...turintys psichikos negalias, po stacionarinio gydymo, ligai paūmėjus, siekiant išvengti stacionarinio gydymo..., dėl ištikusių gyvenimiškų ar šeimyninių krizių...“2(G).* *„įtakoja namiškių nesupratimas, situacijos neįvertinimas net pašaipa...“3(H).* *„...po stacionarinio gydymosi jaučiasi nesaugūs, bijo grįžti į įprastą aplinką, nes atpratę nuo jos..., po skyrybų, artimųjų netekčių, ... paūmėjus ligai, esant dideliam darbiniam stresui, neturintys kam išsakyti savo skaudulių, nesuprasti artimųjų...“4(I).*

Apibendrinimas: Penki tyrimo dalyviai išskyrė ir įvardijo akivaizdžiai panašias, pagrindines vidines PDS paslaugų poreikio priežastis, kurias įvardijant apibūdinama vidinė pacientų būsena, jausmai, kurie neatsiejami žmogui susidūrus su psichikos sveikatos sutrikimais: „*stipria įtampa, nerimu, miego ir nuotaikos sutrikimais“1(F), ” liūdnumas, prislėgtumas, baimė, nerimas, vidinė įtampa“ 2(G), „nerimu, baime, kankinančiu nepasitikėjimu, savęs nuvertinimu...“3(H), „Energijos stoka, nusivylimas, stresas, gyvenimiški skauduliai, kurie ėda žmogų iš vidaus, didžiulė savigrauža, įvairūs kaltės jausmai“4(I), „būna nedrąsūs, išsigandę, pasimetę, liūdnom akim, niekuo nesidomi...“5(K).* Ko pasekoje žmogui iškyla poreikis pagalbos PDS.

Keturi iš penkių tyrimo dalyvių įvardijo ne mažiau reikšmingas ir svarbias išorinės aplinkos įtakos priežastis, kurios apima socialinės aplinkos, santykių su artimaisiais, netekčių, darbinės aplinkos ir darbingumo netekimo, paros stacionaro problematiką ir įtaką. : „*praradus darbingumą, pablogėjus socialinei adaptacijai, kasdieniniam funkcionavimui arba po gydymosi psichiatrijos ligoninėje“1(F), „po stacionarinio gydymo, ligai paūmėjus, siekiant išvengti stacionarinio gydymo..., dėl ištikusių*

gyvenimiškų ar šeimyninių krizių...“2(G), „namiškių nesupratimas, situacijos neįvertinimas net pašaipa...“3(H), „po stacionarinio gydymosi jaučiasi nesaugūs, bijo grįžti į įprastą aplinką, nes atpratę nuo jos..., po skyrybų, artimųjų netekčių, ... paūmėjus ligai, esant dideliam darbiniam stresui, neturintys kam išsakyti savo skaudulių, nesuprasti artimųjų...“4(I).

Ketvirtuoju klausimu (**Kaip keičiasi pacientų būklė gydymosi proceso metu?)** siekta atskleisti pacientų būklės keitimosi rezultatus, pokyčius praėjus gydymą PDS, personalo požiūriu.

Analizuojant ketvirtojo klausimo interviu turinį išskirta viena kokybinė kategorija: terapinių veiksnių įtakoti pokyčiai (9 lentelė).

9 lentelė. Personalo požiūris į pacientų būklės pasikeitimus, baigus gydymo kursą PDS.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Terapinių veiksnių įtakoti pokyčiai;	Sąmoningumo įžvalgos patyrimas, savęs supratimas;	*„Tas ir yra, kad rezultatai džiugina ir būtent čia jie labai akivaizdūs. Ypač kai pats pacientas pradeda sąmoningai ne tik pažvelgti, bet ir įvardinti savo problemas, santykių palaikymą, kai pamato, kad gal ir jis atsakingas už tai kas vyksta jo gyvenime..“ 1(F).* *„...juk pradžioje dažniausiai kaltina kitus ir visą pasaulį,... o įpusėjus gydymui pradeda kritiškai žiūrėti ir į savo elgesį, pradeda adekvačiai suvokti save ir savo artimuosius...“ 2(G).* *„...jie pamato, kad ne jam vienam taip blogai, kad kitam gal būt net dar blogiau..., po tokio praregėjimo radikaliai keičiasi paciento elgesys...“3(H).* *„...pradeda įžvelgti prasmę net mažuose dalykuose...“ 4(I).*
	Elgesio pokyčiai, problemų sprendimas;	*„...pradeda ieškoti, domėtis kuom jie gali prisidėti namuose, o ne reikalauti iš artimųjų, sakydami, kad jie serga...“ 1(F).* *„Pamato, kad ne tabletės sprendžia gyvenimiškas problemas, kad reikalingas jų pačių indėlis, tad pradeda net atsiprašyti artimųjų, taikytis su vaikais...“ 3(H).* *„ Moterys ima dažytis, apsilanko kirpykloje, atsiranda daugiau spalvų rūbuose. Vyrai pasitempia, tampa laisvesni, tarsi atranda savo vietą, ne vienas pradeda ieškoti nors kokio darbo...“4(I).* *„Pradeda švytėti akys, pradeda noriai bendrauti ir net dažnai draugauti su kitais pacientais, siūlo pavaišinti savo kava..., artimiesiems nori padaryti gražų, šiltą darbelį, pradeda norėti nudžiuginti kitus, o ne kaltinti...“ 5(K).*
	Jausmų patyrimas, tyrinėjimas;	*„...pradeda jausti adekvačius jausmus, tyrinėti savo pykčio priežastis, ko pasekoje pradeda po truputį gerėti pati psichinė sveikata...“ 1(F).* *„sunkiausia reikšti, atpažinti ir analizuoti tikruosius savo jausmus, nusimesti kaukes, o čia mes to pasiekiame...“ 2(G).* *„...galiausiai pyktį jautę pacientai, įsivardiję, aišku, pirmiausia atpažinę, kad meluoja sau ir kitiems teigdami, jog nepyksta,*

		pasijaučia ramesni ir net nurimę dėl ateities...“ 3(H).
	Pačių įsitraukimas į gydymo procesą;	*„...viso to pasekoje galiausiai pacientai įsitraukia pilnai į gydymą ne tik norėdami patys pasveikti, bet svarbiausia padėdami kitiems...“ 1(F).* *„Pradeda akivaizdžiai noriai bendrauti su kitais, net globoti tuos, kuriems jų požiūriu yra blogiau ar naujai atėjusius...“ 3(H).* *„... Pradeda dalintis su kitais gyvenimiška patirtimi, atvirauti, geranoriškai patarti, rūpintis, o juk iš pradžių reikalauja, kad visi šoktų tik apie jį...“4(I).* *„...neįkainuojama, kai pacientas pakyla ir pats savo patirtimi pradeda padėti kitiems, kai pacientui tampa nebe tas pats kaip jaučiasi ir šalia esantis, jam kyla noras jam padėti...“5(K).*

Apibendrinimas: Visi tyrimo dalyviai išskyrė teigiamus terapinių veiksnių įtakotus pacientų būklės pasikeitimo pokyčius - subkategorijas: sąmoningumo įžvalgos patyrimas, savęs supratimas, elgesio pokyčiai, problemų sprendimas, jausmų patyrimas, tyrinėjimas, pačių įsitraukimas į gydymo procesą, Asmeninio ryšio užmezgimas. Galima įžvelgti personalo pasitenkinimą, kad „*tai nerealu, kai matai tokius pasikeitimus, kad tas visas sunkus darbas nenuėjo perniek...“ 4(I), „Tas ir yra, kad rezultatai džiugina ir būtent čia jie labai akivaizdūs. Ypač kai pats pacientas pradeda...“ 1(F).*

Galima daryti įžvalgą apie sąsajas su daugelio mokslininkų keliamu klausimu, kas įgalina ir padeda klientui/pacientui keistis, per terapinio pobūdžio paslaugų teikimo mechanizmą (Bieliauskienė, Gudaitė, 2014). Kaip ir dauguma šios srities mokslininkų, kurie teigia, kad vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių teigiamus kliento/paciento pokyčius – „geras terapinis santykis“ (Lambert, 2004), šiame tyrimo etape atsiskleidžia svarbūs kokybiniai paciento būklės pasikeitimai, nelemiantys visiško ligos išgydymo, bet išryškinantys tyrimo dalyvių pabrėžtą terapinių santykių reikšmę.

Dvi tyrimo dalyvės užsiminė apie neigiamus atvejus, kaip apie retą reiškinį, kuris „*...tie keli negatyvūs atvejai gal būt labiau priklauso nuo stipriai dėl ligos pakitusios asmenybės, sudėtingo socialinio statuso, neadekvačių santykių ...“ 1(F), „Labai retas atvejis, bet yra buvę kai pacientas nepritapo, nesusitaikė su teikiamu gydymu, konfliktavo su kitais pacientais..., net gi trikdė ir kitiems gydymo procesą...“2(G).*

Penktuoju klausimu **(Kuo skiriasi PDS teikiamos paslaugos nuo kitų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų?)** siekta atskleisti PDS paslaugų išskirtinumą lyginant su kitomis psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis, personalo požiūriu.

Analizuojant penktojo klausimo interviu turinį išskirtos dvi kokybinės kategorijos: rezultatų vertinimas, įžvelgiant galimybes pacientams, PDS gydymo reikšmė, lyginant su kitomis psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis (10 lentelė).

10 lentelė. Personalo požiūris į PDS paslaugų savitumo vertinimą.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Rezultatų vertinimas, įžvelgiant psichosocialines galimybes pacientams.	PDS gydymo prieinamumas	*„Tokio stacionaro paslaugos savame mieste“ 1(F).* *„ Žmonės negali atsidžiaugti, kad nereikia važiuoti į didmiesčius“2(G).* *„Tai būdas gauti pagalbą ir tiems, kas šalia mūsų ligų turi ir fizinę negalią. Iki šiol jie kankindavosi vienatvėje...“ 3(H).* *„Daugelis dar ilgai džiūgauja, ką turi galimybę rinktis, kai tikrai nėra būtinas vadinamas paros stacionaras“ 5(K).*
	Kompleksinė pagalba, skiriant daug laiko ir dėmesio kiekvienam pacientui;	*„ Čia žmogus gauna visų psichosocialinių poreikių patenkinimą, ne tik ligos gydymą...“ 1(F).* *„Išsikalbėti turi galimybę kiekvienas visais jam rūpimais klausimais ir ne per vieną kartą, o viso gydymosi metu...“ 2(G).* *„Kasdien išklausau ir net po kiekvieno užsiėmimo..., aptaria su manim kaip sekėsi namie, kokios problemos iškilo, viską sprendžiam kartu...“3(H).* *„...pacientai čia kaip niekur kitur gauna daug jiems būtino ir sveiko dėmesio, taip patenkinami ir jų socialiniai ir bendravimo ir lygiateisiškumo poreikiai. Jie čia atsiskleidžia.“ 4(I).* *„ ... mano pagrindinis ryšys su pacientais per meną, tai jiems neįprastas bendravimas, bet matau didelę teigiamą įtaką...“ 5(K).*
	Šeimos narių artimųjų įtraukimas;	*„...mokome šeimos narius kaip bendrauti, elgtis, laikytis tam tikrų ribų, nes jiems toliau reiks gyventi...“1(F).* *„Šeimos nariai turi galimybę įsitraukti į gydymo procesą, labiau pažįstant artimojo ligą ir būdus, kaip jam padėti“ 2(G).* *„Palaikome nuolatinį ryšį su artimaisiais pagal poreikius ir būtinybę. Man tenka mokinti kaip elgtis konfliktų metu.“ 4(I).*
	Terapinio pobūdžio paslaugų reikšmė, kuo mažiau skiriant dėmesio medikamentams;	*„ Manau didžiausias terapijų poveikis, glaudus bendravimas, kas žmonėms labai svarbu, vaistai neakcentuojami, skiriami tik esant būtinybei, dažnai tenka mažinti dozes...“1(F).* *„Manau gydymo efektyvumas ir priklauso nuo tiek daug įvairių terapinių priemonių, kurios derinamos tarpusavy...“ 2(G).*
	„akivaizdus“ biopsichosocialinės būklės gerinimas;	*„...akivaizdus gydymo rezultatas – gerėja psichinė būklė, išmokstama valdyti emocijos, spręsti problemas, įgaunama naujų įgūdžių, gerėja socialinė adaptacija, darbinė, kasdienė veikla.“ 1(F).* *„...būtent tokio tipo pagalba teikia ilgalaikiškesnį efektą, padeda išvengti arba bent jau atitolinti atkryčius. Juk gydoma ne tik liga, bet padedama susigaudyti šeimyniniuose santykiuose, aptariamos konfliktinės situacijos, padedama*

		susitaikyti su praradimais, pamatant savo stipriąsias puses...“ 2(G).
PDS gydymo reikšmė, lyginant su kitomis psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis;	Pirminio lygio paslaugų reikšmė;	*„Pirminėje grandyje negali leisti pacientui išsikalbėti, nepamatai normaliai jo būklės kitimo, skubi išrašyti vaistus...“1(F).* *„Ambulatorinėje grandyje „pirmu smuiku groja “gydymas vaistais, retsykiais dar viena kita psichologo konsultacija ir tiek...“2(G).* *„Ambulatorinėse įstaigose pacientui skiriama vos 15 min. Tai ką ir kalbėti...“ 4(I).*
	Stacionarinių paslaugų reikšmė;	*„Manau didžiąją daugumą atvejų galima gydyti neatskyrus nuo namų, šeimos, įprastos aplinkos. Vien stacionarinis gydymas neduoda norimų rezultatų, o vaistų skyrimas gausėja...“ 1(F).* *„Žemos savivertės, santykių problemos neišsprendžiamos izoliavus žmogų ar didinant vaistų dozes, mes tuo įsitikiname, nors tikrai yra atvejai kai reikia...“2(G).* *„Kai kurie tiesiog atpranta nuo namų, tiesiog pradeda tingėti ir net reikalauti, kad kiti viską už juos darytų...“3(H).*

Apibendrinimas: Personalo interviu pateiktame turinyje subkategorija – PDS gydymo prieinamumas leidžia įžvelgti kaip svarbu pacientams ne tik paslaugų, reikiamos pagalbos gavimas tame pačiame mieste, arti namų, bet ir „*laisvė rinktis*“ tarp „*vadinamo paros stacionaro ir PDS*“.

Svarbus pastebėjimas apie fiziškai neįgaliuosius, kuriems diagnozuotas psichikos sutrikimas *„ Iki šiol jie kankindavosi vienatvėje...“ 3(H).* Pagal LR teisės aktus iki šiol pagalba buvo įmanoma neįgaliesiems su protine negalia, tačiau su vadinamais „*lengvesniais psichikos sutrikimais, kaip depresija, nuotaikos, adaptacijos sutrikimai ir kt...“* pagalba tik medikamentinė. Tačiau kaip neįgalusis ar kitas asmuo gali tik medikamentų pagalba susitaikyti su savo negalia, gebėjimų praradimu, artimų žmonių netektimi ir kita. Galima būtų įžvelgti, kad šiuo aspektu PDS teikiama pagalba prisideda prie vieno pagrindinių PSO keliamo opaus klausimo dėl žmogaus teisių pažeidimo. PSO deklaruoja, kad sveikatos priežiūros įstaigos privalo tenkinti, paisyti bei realizuoti žmogaus teises (WHO, 2012).

Trys tyrimo dalyviai išskyrė PDS pagalbos prieinamumo problematiką, susijusią su rajono gyventojais“ *...problema išlieka opi rajono gyventojams, jie neturi finansinių galimybių kasdien važinėti“ 1(F), „ Minusas, kad negali mūsų pasiekti kaimo žmonės...“ 3(H),, ... dauguma rajono gyventojų net neturi kas juos atvežtų ir kas vakare parvežtų. Ką daryti, kai liga nėra tokia sunki, kad reiktų paros stacionaro, o kitokia pagalba neprieinama, jie neturi galimybės rinktis...“ 4(I).*

Ketvirtoji tyrimo dalyvė pateikė pasiūlymą: „*Manyčiau šiuo klausimu turėtų susikooperuoti miesto ir rajono savivaldybės, rimtai užsiimti seniūnai, socialinės rūpybos skyriai. Tiesiog privalu nustatyti visiems vienodai galiojančią apmokėjimo tvarką. Jeigu tiek investuota į kokybiškų,*

naujoviškų, veiksmingų paslaugų teikimą, kaip galima neparūpinti finansavimu dėl paciento transportavimo. Juk to pasekoje žmogus pats gali pasirūpinti savimi, gerėja gyvenimo kokybė....“4(I).

Interviu turinys leidžia įžvelgti, kad kompleksinės pagalbos modelis PDS: šeimos narių, artimųjų įtraukimas į gydymo procesą, dominuojančios terapinio pobūdžio paslaugos, t.y. „nemedikamelizuotos“ paslaugos, problemų sprendimas išliekant namų aplinkoje, pradeda įgyvendinti užsibrėžtus psichikos sveikatos prioritetus, t.y. kai ir užsibrėžta LR Psichikos sveikatos strategijoje, siekiama biopsichosocialinio modelio plėtros pusiausvyros, skatinama pacientų autonomija ir dalyvavimas, plėtojant paslaugas bendruomenėje (Psichikos sveikatos strategija, 2007).

IŠVADOS

1. Lietuvoje ir pasaulyje psichikos sutrikimai yra viena pagrindinių ir didžiausia lėtinių ligų grupių, neįgalumo ir nustatyto nedarbingumo priežastis, tai vienas svarbiausių naštos visuomenei bei visai sveikatos priežiūros sistemai faktorių. Pasaulyje psichikos sveikatos sutrikimai ir jų problematika sudaro apie 15 proc., o ES apie 20 proc. visų sveikatos sutrikimų. Lietuvoje vien naujų atvejų skaičius per metus 222 501. Be to vyksta pastovus didėjimas psichikos sveikatos rizikos veiksnių. Tai darbo praradimas, nedarbas, gyvenamo ploto praradimas, benamių daugėjimas, skurdas, vienatvė, socialinių ryšių praradimas, narkomanijos plitimas, politinis, socialinis ir ekonominis nestabilumas. Taigi psichikos sveikatos sutrikimų ir jų sukeltų psichikos sveikatos problemų sukelta našta yra be galo didelė, rūpestis visuomenės psichikos sveikata atsiduria XXI amžiaus politikos centre.
2. Psichikos sveikatos politikos formavimui pasaulyje ir ES šalyse skirta daug dėmesio, atkreiptas dėmesys į pačias opiausias psichikos sveikatos, jos priežiūros, prevencijos ir psichikos sveikatos gerinimo sritis. Vyrauja dešimt pagrindinių psichikos sveikatos politikos principų: daugumą sutrikimų gydyti pirminiame sveikatos priežiūros lygyje; didinti prieinamumą psichotropiniams vaistams; pagalbą teikti bendruomenėje; šviesti visuomenę; įtraukti bendruomenę, šeimą ir klientus į gydymo procesą; parengti nacionalines strategijas, programas, teisės aktus; investuoti į žmogiškuosius išteklius; bendradarbiauti su kitais sektoriais; vykdyti visuomenės psichikos sveikatos stebėseną, remti psichikos sveikatos srities tyrimus.
3. Siekiant užtikrinti Lietuvos piliečių psichinę sveikatą, sukurta teisinė bazė, kuria siekiama teikti prieinamą, kokybišką, veiksmingą ir paciento poreikius patenkinančią sveikatos priežiūrą. Užsienio praktikoje paslaugų teikimo teigiami pokyčiai pasiekti pereinant nuo stacionarios pagalbos prie bendruomeninių dienos paslaugų. Remiantis tarptautine patirtimi, Lietuva aktyviai vykdo deinstitucionalizacijos procesą, mažinant psichiatrijos ligoninių stacionarių lovų skaičių ir poreikį, plėtojant ambulatorines paslaugas. Įgyvendinama viena pažangiausių psichikos sveikatos paslaugų teikimo formų, steigiant Psichikos dienos stacionarus, prie Psichikos sveikatos centrų, gerinant paslaugų prieinamumą, kokybę, teikiant pagalbą bendruomenėje. Paslaugos organizuojamos derinant biomedicininio ir biopsichosocialinio modelio principus.
4. Psichikos dienos stacionaro galimybių kokybinio tyrimo duomenys bei jų analizė leidžia daryti išvadas:

    4.1 Pacientų požiūriu:

- Psichikos dienos stacionaro teikiamos paslaugos pacientams suteikia psichosocialines galimybes, t.y. teigiamus pokyčius:

- Psichologinius pokyčius. Baigus gydymą pacientai jautėsi saugūs, suprasti kitų, lygiaverčiai visuomenės nariai, išmoko analizuoti bei tvarkytis su neigiamomis emocijomis, ko pasekoje fiksuojamas savivertės kilimas;
- Socialinių santykių pokyčius. Kadangi psichikos sutrikimas ar liga pažeidžia pačią asmenybę, jo charakterį socialinių santykių palaikymas tampa problematiškas, vyrauja daug konfliktų. Baigus gydymą dienos stacionare, pacientai atnaujina, gerina ryšius su artimaisiais, mokosi spręsti konfliktus, o ne jų vengti. Prisiimama atsakomybė namuose namų ruošos darbuose, įsijungiama į šeimos gyvenimą.
- Fizinės sveikatos simptomatikos gerėjimą. Gerėjant psichoemocinei būklei, galiausiai pacientams sumažėja fizinės sveikatos simptomatika. Nustoja skaudėti galvą, reguliuojasi kraujo spaudimas, įvairūs kūno skausmai.
- Mažesnį psichotropinių vaistų vartojimą. Pacientai tampa motyvuoti mažinti vaistų dozes ir problemas spręsti ne vien medikamentų pagalba, o įgytų psichosocialinių įgūdžių dėka, sprendžiant konfliktus, išsikalbant su artimaisiais, taikant atitinkamas relaksacijos technikas, fizinio aktyvumo būdus.
- Galimybę gerinti psichinę sveikatą, neatskiriant, neizoliuojant nuo artimųjų bei namų aplinkos;

- Vyrauja ryški stigmatizacijos bei diskriminacijos problematika psichikos ligomis sergančiųjų atžvilgiu ne tik visuomenės, darbdavių, bet ir šeimos gydytojų požiūryje bei elgesyje.

4.2 Personalo požiūriu:

- Paslaugos PDS organizuojamos remiantis: komandinio darbo principais, bendradarbiavimu su pacientais, įtraukiant juos ir šeimos narius į gydymo procesą, individualaus atvejo daugiamačiu vertinimu, analizuojant ne tik ligą, tačiau visą asmens socialinę aplinką, ryšius, poreikius, lūkesčius, individualių ir grupinių konsultacijų bei terapinių užsiėmimų organizavimu, paramos ir psichoedukacijos teikimu pacientui ir jo šeimai. Pacientai ir jų šeimos nariai, pagal poreikius nuolatos konsultuojami, raginami, skatinami, atsižvelgiant į jų gebėjimus, galimybes, išprusimą, socializacijos lygį.
- Dienos stacionaras pasižymi puikiomis techninėmis galimybės, reikalingoms paslaugų teikimui. Patalpos įrengtos siekiant išlaikyti namų aplinkos jaukumą, supirkta reikiama kompiuterinė įranga, TV. DVD, muzikos instrumentai, tapybos ant vandens įranga.
- Gerai organizuotų paslaugų pasekoje pacientai įgauna sąmoningumo, įžvalgos patyrimo, savęs supratimo, ko pasekoje keičiasi visa elgsena, išvaizda, pradeda patys spręsti savo

problemas, pilnai įsitrauks į gydymo proceso konstravimą, tampa motyvuotais, kuria ateities planus, susitaiko su artimaisiais, tampa įgalūs gyventi ir prisitaikyti bendruomenėje.

- PDS gydymo modelis, šeimos narių, artimųjų įtraukimas į gydymo procesą, dominuojančios terapinio pobūdžio paslaugos, t.y. „nemedikamelizuotos“ paslaugos, problemų sprendimas išliekant namų aplinkoje, prisideda prie Psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo - decentralizuoti, didinti paslaugų prieinamumą bei socialinę atskirtį. Siekiama biopsichosocialinio modelio plėtros pusiausvyros, skatinama pacientų autonomija ir dalyvavimas, plėtojant paslaugas bendruomenėje.
- Apsunkintas PDS paslaugų prieinamumas rajono gyventojams, jie neturi finansinių galimybių kasdien važinėti į miestą.
- Neišnaudotos PDS galimybės terapinio pobūdžio psichoreabilitacijos paslaugas teikti sveikiems asmenims, patiriantiems ilgalaikį stresą.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Inicijuoti ir užtikrinti Psichikos dienos stacionarų paslaugų tęstinumą, nes kol kas Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos įpareigotos, kaip projekto vykdytojos, užtikrinti paslaugų teikimą 5 metų laikotarpiui. Tyrimai rodo, kad be tęstinumo, trumpalaikės psichikos sveikatos gerinimo paslaugos neduoda ilgalaikių siekiamų sveikatinimo rezultatų.
2. Inicijuoti PDS psichosocialinės reabilitacijos paslaugų sistemingą finansavimą, atskirų įkainių nustatymą. Tikėtina tokiu būdu motyvuoti ir įpareigoti atitinkamas sveikatos priežiūros įstaigas kokybiškai organizuoti ir teikti pilną paketą psichosocialinės reabilitacijos paslaugų.
3. Iinicijuoti sistemingus Psichikos dienos stacionarų galimybių rodiklių bei kaštų tyrimus, siekiant plačiau išnaudoti psichikos sveikatos gerinimo teigiamus rezultatus, optimaliausiu būdu, gerinant psichikos sveikatą pačiai bendruomenei.
4. Peržiūrėti Lietuvos Respublikos Sveikatos ministro įsakymus bei inicijuoti Lietuvos Respublikos teisės aktų pakeitimus, numatant psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimą sveikiesiems asmenims, t.y. kuriems nediagnozuotas pagal TLK – 10 F00-99 šifras, tačiau vyrauja užsitęsęs psichosocialinis stresas. Ypač atkreiptinas dėmesys į statutinių darbuotojų darbo ypatumus.
5. Organizuoti sistemingą medicinos darbuotojų švietimą apie psichikos ligomis sergančiųjų asmenų asmenybės kitimo, ypatumus, mokant tinkamai bendrauti, gerbiant paciento teises, orumą. Rekomenduotina privalomi, ilgalaikiai mokymai, supervizijų organizavimas.

Sveikatos apsaugos ministerijai ir socialinės apsaugos ir darbo reikalų ministerijai:

6. Nacionaliniu lygmeniu sukurti užsitęsusio psichosocialinio streso nustatymo metodiką sveikiems asmenims, norint diferencijuoti PDS psichoreabilitacinių paslaugų skyrimą ir optimalų kaštų paskirstymą, vykdant psichikos sveikatos prevenciją bei mažinant psichikos ligų naštos visuomenei kaštus. Rekomenduotina įpareigoti metodikos vykdymą visuomenės sveikatos centrams, šeimos gydytojams, Psichikos sveikatos centrams bei socialinės rūpybos skyriams.
7. Reglamentuotai apibrėžti tarpusavio bendradarbiavimą, gerinant piliečių psichosocialinę būklę. Rekomenduotina sukurti bendrą paslaugų organizavimo modelį: Pvz. Darbo biržoje registruotiems asmenims, siekiant panaudoti jau įdiegtas PDS galimybes, gerinant nedirbančių asmenų psichosocialinę būklę, didinant ir atstatant motyvaciją dirbti, ugdant socialinius įgūdžius, įpareigoti praeiti psichoreabilitacijos kursą PDS.

8. Viešinti šviečiamojo pobūdžio žinias apie psichikos sveikatos reikšmę, artimųjų vaidmenį, kuriant ir finansuojant socialines reklamas.

Miestų ir rajonų savivaldybėms:

9. Išnaudoti PDS teikiamas galimybes asmenims, kuriems nustatytas psichikos sveikatos sutrikimas, užtikrinant ilgalaikį nepertraukiamą paslaugų teikimą, organizuojant ir finansuojant rajono gyventojų transportavimą į PDS.
10. Atsižvelgiant į PDS galimybes, psichikos sutrikimų turintiems asmenims, perimti gerąją praktiką ir organizuoti tokio tipo paslaugas kiekvienoje savivaldybėje. Siūlytina minėtas paslaugas teikti pačiuose Psichikos sveikatos centruose.

Šulskienė R. Dienos stacionaro galimybės psichikos sveikatos politikos kontekste/ Viešojo administravimo studijų programos sveikatos apsaugos įstaigų administravimo specializacijos magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. A. Gaižauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2015. 104 p.

SANTRAUKA

Pasaulyje ir Lietuvoje psichikos sveikata tampa didžiausia ekonomine ir socialine našta iš visų sveikatos sutrikimų. Efektyvūs sprendimai psichikos sveikatos srityje yra įmanomi taikant modernius prevencijos, gydymo ir reabilitacijos metodus. Atsižvelgiant į psichikos sutrikimų turinčių asmenų poreikius, paslaugų spektro plėtra perkeliama arčiau bendruomenės, investuojama į psichosocialines paslaugas. Siekiant sukurti veiksmingas paslaugas bendruomenės lygyje kuriami Psichikos dienos stacionarai.

Pastebėta, kad Psichikos dienos stacionarų veiklos galimybės mūsų šalyje dar nėra tyrinėtos, todėl reikalingi sistemingi ir išsamūs tyrimai šioje srityje. Tyrimo tikslas buvo teoriškai ir empiriškai atskleisti Psichikos dienos stacionarų veiklos galimybes, vertinant psichikos sveikatos politikos prioritetinių sričių kontekste. Darbo tikslui pasiekti išsikelti 4 uždaviniai: apžvelgti psichikos sveikatos situaciją pasaulyje ir Lietuvoje, išsiaiškinti psichikos sveikatos politikos principus, išanalizuoti psichikos sveikatos priežiūrą ir jos įgyvendinimą, atskleisti Psichikos dienos stacionaro teikiamas galimybes asmenims, kuriems nustatytas psichikos sutrikimas, psichikos sveikatos politikos kontekste, remiantis pacientų ir personalo požiūriu.

Tyrimo objektas – Psichikos dienos stacionarų teikiamų paslaugų galimybės asmenims, turintiems psichikos sutrikimų.

Tyrimas atliktas išanalizavus mokslinę literatūrą bei atlikus kokybinį tyrimą. Siekiant pažvelgti į problemą iš skirtingų požiūrių prizmių, atlikti du kokybiniai tyrimai, papildantys vienas kitą. Pirmasis pacientų požiūrio interviu tyrimas atliktas taikant naratyvinio tyrimo strategiją, neformalizuotu atviros formos interviu. Tyrime dalyvavo 5 pacientai. Antroji tyrimo dalyvių grupė – 5 Psichikos dienos stacionaro darbuotojai. Šiai kokybinio tyrimo daliai atlikti pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas.

Tyrimas atskleidė, kad Psichikos dienos stacionaro teikiama pagalba asmenims, kuriems diagnozuotas psichikos sutrikimas, suteikia naujausiais mokslo tyrimais ir žiniomis, biopsichosocialiniu metodu grįstas veiklos galimybes. Didžiausias dėmesys kreipiamas į platų terapinių paslaugų spektrą, prieinamumą, šeimos narių dalyvavimą, komandinio darbo reikšmę, asmens problemos daugiamatį vertinimą, ko pasekoje gerėja psichosocialiniai individo įgūdžiai, atveriantys naujas galimybes integracijai į visuomenę, bendruomenę.

Šulskienė R. The opportunities of day care in the context of mental health policy\ Public administrative study programme, the health care institutions administrative specialization master final work. Supervisor dr. A. Gaižauskienė, assoc. Prof. – Vilnius: Mykolas Romeris University, faculty of politics and management, 2015. 104 p.

SUMMARY

Mental health is becoming the biggest economic and social load from all health illnesses in the world and Lithuania. Effective solutions in mental health area are possible practicing the modern methods of prevention, treatment and rehabilitation. Considering the needs of people who have mental illnesses, the favour spectrum development is being transferred closer to the community and invested into mental and social favours. In order to create effective favours Mental day care is established in the level of community.

It is noticed, that proceeding possibilities of Mental day care in our country are not researched, that is why systematic and exhaustive researches in this area are needed. The aim was to reveal theoretical and empirical possibilities of practice of Mental day care, in the context of priority ranges of mental health policy. There were raised 4 tasks to reach the aim of the work: to survey the situation of mental health in the world and Lithuania, to ascertain principles of mental health policy, to analyse mental health supervision and its implementation, to reveal potential offered by Mental day care to people with mental illness, in the context of mental health policy, invoking the opinion of patients and staff.

The object of the research - potential of favours offered by Mental day care to people with mental illness.

The research is accomplished by analyzing scientific literature and performing qualitative investigation. In order to survey the problem through the prism of different viewpoints, two qualitative investigations have been performed, which replenish each other. The first patients' viewpoints analysis was performed applying narrative investigation strategy, informal open form of interview. 5 patients took part in the investigation. The second group of participants of the investigation - 5 employees of Mental day care. The semistructural interview method has been chosen to this qualitative investigation part.

The research revealed, that favour offered by Mental day care to people with mental illness provide potential of activities predicated on the newest science research and knowledge and biopsyhosocial method. The biggest attention is payed to a wide therapeutic favours spectrum, accessibility, partisipation of family members, the meaning of team work, multidimensional assessment of person's problem, as a result psyhosocial skills of person are improving, that opens new opportunities to integrate into society and community.

BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės aktai

1. Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios,*1995-06-06, Nr. I-924.
2. Lietuvos Respublikos Sveikatos ministro 2014-03-28 įsakymas Nr. V-417 "Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano patvirtinimo", *Teisės aktų registras*, 2014-04-02, Nr. 2014-03985.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos ministro 2012-08-21 įsakymas Nr. V-788 "Dėl psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo" *, Valstybės žinios*, 2012, Nr. 100-5109.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos ministro 1999-05-27 įsakymas Nr. V- 256 „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo", *Valstybės žinios,* 1999-06-02 Nr. 48-1557.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-07-22 įsakymas Nr. V-601 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53:2005 „Gydytojas psichiatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo", *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 94-3514.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-08-30 įsakymas Nr. V-730 "Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2006 "Psichikos sveikatos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo", *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 95-3746.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo", *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 143-5205.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-05-09 įsakymas Nr. V-436 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo", *Valstybės žinios*, 2008, Nr. 54-2029.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010-02-12 įsakymas Nr. V-118 „Dėl psichiatrinių krizių intervencijos stacionaro ir dienos stacionaro paslaugų teikimo suaugusiesiems tvarkos aprašo patvirtinimo", *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 22-1023.
10. Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 1997, Nr. 30-711.

11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo", *Valstybės žinios*, 2012, Nr. 110-5600
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-04-04 įsakymas Nr. V-438 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. Įsakymo Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, *Teisės aktų registras*, 2014-04-09, Nr. 2014-04253.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos ministro 2012-12-31 įsakymas Nr. V-1209 „Dėl psichiatrijos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios,* 2013, Nr. 1-15.
14. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 – 06 – 26 nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, Valstybė žinios, 2014, Nr. XII-964.
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-11-21 nutarimas Nr. 1408 „Dėl nacionalinės neįgaliųjų socialinės integracijos 2013–2019 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios,* 2012, Nr. 1408.

Mokslo darbai, pranešimai, ataskaitos straipsniai

16. Argentzell E., *Experiences of Everyday Occupation among People with Psychiatric Disabilities – Relationships to social interaction, the worker role and day centre attendance,* Lund: Lund University, 2012, prieiga per internetą https://lup.lub.lu.se/search/publication/2261587 (žiūrėta 2015-01-06).
17. Baltrušaitė M., Butkevičienė E., *Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviąją mediciną//Viešoji politika ir administravimas, Vol. 12 Nr. 1,2013, p. 94-107.*
18. Baltrušaitytė G. *Psichiatro-paciento santykiai pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje*. Sociologija. Mintis ir veiksmas 2003/1, p.102-115, prieiga per internetą: http://www.ku.lt/wp-content/uploads/2013/04/2003_nr_01_102-115.pdf (žiūrėta 2015-01-06).
19. Becker I., Vázquez-Barquero JL., *The European perspective of psychiatric reform//Acta Psychiatr Scand Suppl*., Vo;. 410, 2001, p. 8-14, prieiga per internetą: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11863056 (žiūrėta 2014-08-21)
20. Bijūnaitė R. *Užimtumo terapija psichikos sutrikimų turintiems asmenims, metodinė rekomendacija*, Vilnius, 2007, 92 p.
21. Bogdanova J., Večkienė P., *Tarpdisciplininės komandos patirtis psichiatrijos skyriuje//Socialinis darbas. Patirtis ir metodai*. 2009, Nr. 3(1), p. 23-43.

22. Bond G. R., et al., *Implementing supported employment as an evidence-based practice//Psychiatric Services*, Nr.52, 2001, p. 313–322 , prieiga per internetą: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239097 (žiūrėta 2014-10-06)
23. Butkevičienė R., Majerienė N., *Šeimos, auginančios vaikus, turinčius regos negalią: santykių su specialistais patirtis ir socialinio darbuotojo veiklos galimybės//Socialinis darbas*, Nr. 5 (1), 2006, p. 123-131.
24. Care and Treatment of the Mentally Ill in the United States: Historical Developments and ReformsThe ANNALS of the American Academy of Political and Social Science March, Vol. 484., Nr. 1, 1986, p. 12-27, prieiga per internetą http://ann.sagepub.com/content/484/1/12 (žiūrėta 2015-01-06).
25. Catty J. et al., *Day centres for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, Issue 1, prieiga per internetą: .http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001710.pub2/abstract (žiūrėta 2015-01-16)
26. Catty J., Burns T., *Mental health day centres: Their clients and role//Psychiatric Bulletin*, Nr. 25, 2001, p. 61-66, prieiga per internetą http://pb.rcpsych.org/content/pbrcpsych/25/2/61.full.pdf (žiūrėta 2015-01-16)
27. Chomentauskas G., *Nesaikingo alkoholio vartojimo neigiamos įtakos Lietuvos konkurencingumui mažinimo galimybių identifikavimas (ataskaita)*, 2008, prieiga per internetą: http://humanstudy.lt/wp-content/uploads/2013/12/Nesaikingas_alkoholio_vartojimas_tyrimas.doc (žiūrėta 2014-12-29)
28. Davidonienė O. Psichikos sveikatos politikos raida ir problemos, 2009, prieiga per internetą: http://ssvp2012.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/11_PSICHIATRIJA_2012.pdf (žiūrėta 2014-09-09)
29. Davidonienė O., *Psichikos sveikatos priežiūros raida//Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių bendrijos žurnalas „Globa“*, Nr. 4 (8), 2014, p. 7-9.
30. Diržytė A., Patapas A., Fedkovič U., *Statutinių darbuotojų subjektyvios gerovės ypatumai// Viešoji politika ir administravimas*, Nr. 2 (12), 2014, p. 307-317.
31. Dlouhy M., *Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems// BMC Health Services Research,* Vol. 14, Nr. 42, 2014, p. 8, prieiga per internetą: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-14-42.pdf (žiūrėta 2015 02 02)
32. Drake R., et al., *Introduction to community mental health care, in Oxford Textbook of Community Mental Health,* New York: Oxford University Press, 2011, p. 3-6, prieiga per

internetą: http://books.google.lt/books?id=v6Lmp8sUZf4C&pg=PA7&hl=lt&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false (žiūrėta 2015 01 19)

33. Dromantas M. *Komandinio darbo vaidmuo šiuolaikinėje darbo organizacijoje//Viešoji politika ir administravimas,* Nr. 22, 2007, p. 29-40, prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/en/mokslo_darbai/vpa/archyvas/dwn.php?id=241092 (žiūrėta 2014-12-12)
34. Dubodelova Ž., Mačiulaitis R., *Meno terapija kaip gydymo metodas asmenims, turintiems specialiųjų poreikių (psichikos sutrikimų)//Sveikatos mokslai*, Vol. 22, Nr. 4, 2012, p. 23-28.
35. Europos komisija. Europos paktas dėl psichinės sveikatos ir gerovės. ES aukščiausiojo lygio konferencija. Bendros pastangos siekiant psichinės sveikatos ir gerovės. Briuselis, 2008. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_lt.pdf (žiūrėta (2014-12-05)
36. Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktas, 2008, prieiga per internetą http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_lt.pdf (žiūrėta 2014-07-16).
37. Foerschner A. M., *The History of Mental Illness: From 'Skull Drills' to 'Happy Pills'//Student Pulse,* Nr. 2(09), 2010, prieiga per internetą: http://www.studentpulse.com/a?id=283 (žiūrėta 2014-09-10)
38. Gailienė D. *Užburtame rate: savižudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo.//Psichologija. Mokslo darbai.*, Nr. 31, 2005, p. 5-17.
39. Gailienė D., *Savižudybės Lietuvoje jau 20 metų niekam neįdomios,* 2013, prieiga per internetą: http://www.lrt.lt/naujienos/lietuvoje/2/28118/specialiste_savizudybes_lietuvoje_jau_20_metu_niekam_neidomios (žiūrėta 2015-09-09)
40. Germanavičius A., *Ar psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija liks tarp Europos Sąjungos politikos prioritetų?//Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrijos žurnalas „Globa“* , Nr.2, 2013, p. 3-6, prieiga per internetą: http://www.lspzgb.lt/images/user/globa%20Nr%203.pdf (žiūrėta 2014-12-12)
41. Germanavičius A., ir kt., *Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose (projekto ataskaita)*, Vilnius, 2005, 35 p., prieiga per internetą: https://www.hrmi.lt/uploaded/PDF%20dokai/psi_ataskaita_170x245.pdf (žiūrėta 2014 22 05)
42. Government of Ireland. *A Vision for Change. Report of the expert group on mental health policy*, 2006, 284 p., prieiga per internetą: http://www.irishpsychiatry.ie/Libraries/External_Events_Documents/vision_for_change_full_document.sflb.ashx (žiūrėta 2014 11 07)

43. Grabauskas V. ir kt. *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas 2012*, Kaunas: LSMU, 2013, p136 p., prieiga per internetą: http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/lithuania_annex1_national_prevalence_study_2012.pdf (žiūrėta 2015 02 02)
44. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Sveikatos priežiūros ištekliai, 2013 Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/html/spr.htm (žiūrėta 2015 01 16)
45. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija: Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. Kaunas: KMU spaustuvė, 2001.
46. Jakušovaitė I., Darulis Ž. *Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės//Medicina*, Nr. 40 (9), 2004, p. 825-832
47. Jungtinių Tautų Organizacija. Neįgaliųjų teisių konvencija, 2008. Prieiga per internetą: http://www.socmin.lt/public/uploads/1318_neigaliuju-teisiu-konvencija-lt200911061.pdf [žiūrėta 2015 01 15]
48. Knapp, M., et al., *Mental Health Policy and Practice across Europe*, Buckingham: Open University Press, 2007, 452 p., prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf (žiūrėta 2014 01 19)
49. Kriaučionienė V. ir kt., *Ekonominis lėtinių neinfekcinių ligų vertinimas (EConDA)//Visuomenės sveikata*, Nr.3(66), 2014, 128 p., prieiga per internetą: http://www.hi.lt/images/VS%202014%203(66)%20%20PRAKTIKAI%20Neinfekcines%20ligos.pdf (žiūrėta 2014-12-16)
50. Kriščiūnas A. ir kt. *Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija bei jos diegimo į praktiką patirtis//Slaugos mokslas*, Nr. 46, 2010, p. 1-7
51. Leopold, N et al., *Sustained partnership in primary care//Journal of Family Practice*, Nr. 42 (2), 1996, p. 129-137, prieiga per internetą: http://www.researchgate.net/publication/14594856_Sustained_partnership_in_primary_care (žiūrėta 2014-12-01)
52. Lietuvos statistikos departamentas. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 2009 -2013 m. Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=e6729112-922a-475f-b90c-716dab8a2f26 (žiūrėta 2015 02 02)
53. Lionis Ch., *Primary Care Mental Health in Greece//V bi-annual EFPC conference in Barcelona, 2014*, prieiga per internetą: http://www.euprimarycare.org/sites/default/files/presentation%20Christos%20Lionis.pdf (žiūrėta 2014-11-11)

54. Morrissey J.P., Goldman H. H., *Care and Treatment of the Mentally Ill in the United States: Historical Developments and Reforms//Annals of the American Academy of Political and Social Science, The Law and Mental Health: Research and Policy*, Vol. 484, 1986, p. 12-27, prieiga per internetą: http://www.jstor.org/discover/10.2307/1045181?sid=21106152834433&uid=3738480&uid=2&uid=4 (žiūrėta 2014-10-17)
55. Pasaulinės sveikatos organizacijos konstitucija. Ženeva, 1948
56. Perminas A., ir kt., *Progresuojančios raumenų relaksacijos ir relaksacijos su klasikine muzika galimybės mažinti psichofiziologinę įtampą// Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris*, Nr. 8, 2011, p. 83–97, prieiga per internetą: http://www.psyjournal.vdu.lt/wp/wp-content/uploads/2011/08/IJP_8_2011_53.pdf (žiūrėta 2015- 02 -10)
57. Piccinelli M., et al., *Focus on psychiatry in Italy//The British Journal of Psychiatry*, Vol 181, Nr. 6, 2002, p. 538-544, prieiga per internetą: http://bjp.rcpsych.org/content/181/6/538 (žiūrėta 2014-10-06)
58. Povilaitienė I., Maciūtė K., *Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje,* Vilnius: Všį „Globali iniciatyva psichiatrijoje“, 2005, prieiga per internetą: http://www.perspektyvos.org/images/failai/bendr_psi_sv_paslaugos.pdf (žiūrėta 2014-12-06).
59. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. Parengta Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir Lietuvos Respublikos lėšomis, 2007, prieiga per internetą: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Ataskaitos/BPD_vertinimo_ataskaitos/SAM_32.pdf (žiūrėta 2014-12-12)
60. PSO Europos ministrų konferencija psichikos sveikatos klausimais. Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija. Iššūkiai ir sprendimai. Helsinkis, Suomija, 2005 m. sausio 12-15 d., prieiga per internetą: http://www.lspzgb.lt/images/user/file/nuorod/Europos_deklaracija.doc (žiūrėta 20114-11-05)
61. Pūras D. , et al., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos Psichikos sveikatos politiką*. *Mokslo studija*, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2013, 151 p., prieiga per internetą: http://www.fsf.vu.lt/dokumentai/Naujienos_Mokslo_pasiekimai/MOKSLO_STUDIJA_issukiai_igyvendinant_Lietuvos_psichikos_sveikatos_politik%C4%85.pdf (žiūrėta 2014 – 06 – 22)
62. Pūras D., Šumskaitė E., *Psichikos negalią turinčių asmenų globa Lietuvoje: priklausomybė nuo paveldėtos paslaugų teikimo kultūros//Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika,* 2012, p. 87-96.
63. Purvinaitė R. M., *Meno terapijos įtaka gyvenimo kokybei sergant psichikos liga//Socialinis*

ugdymas, Nr. 7 (18), 2009, p. 52-63.

64. Republic of Bulgaria. *National social report of the Republic of Bulgaria 2011-2012.* Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7836&langId=en (žiūrėta 2015 02 02)
65. Sargautytė R., *Žmogus ir jo liga//Mokslas ir gyvenimas*, Vilnius: Vilniaus universitetas, 2002, prieiga per internetą: <http://ausis.gf.vu.lt/mg/nr/2002/02/02liga.html> (žiūrėta 2014 – 01 – 16)
66. Savičiūtė R., *Sveikatos ir socialinių veiksnių sąsajų tyrimas//Daktaro disertacija*, Vilnius, 2013, prieiga per internetą: http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2013~D_20130327_100653-19832/DS.005.0.01.ETD (žiūrėta 2014-0912)
67. Schene A. H., Faber A. M., *Mental health care reform in The Netherlands// Acta Psychiatr Scand Suppl.* Nr. 410, 2001, p.74-8i, prieiga per internetą: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11863055 (žiūrėta 2014-09-21)
68. Servetkienė V., *Gyvenimo kokybė Lietuvoje: subjektyvus situacijos vertinimas ir realybe// Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Nr. 4 (28), 2012, p. 20-35, prieiga per internetą: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2012~ISSN_1648-9098.N_4_28.PG_20-35/DS.002.0.01.ARTIC (žiūrėta 2015- 02- 02)
69. Sheth H. C., *Deinstitutionalization or Disowning Responsibility//International Journal of Psychosocial Rehabilitation,* Vol 13(2), 2009, p. 11-20, prieiga per internetą: http://www.psychosocial.com/IJPR_13/Deinstitutionalization_Sheth.html (žiūrėta 2015 -01 - 19)
70. Šinkariova L., *Psichikos sveikatos centro pacientų psichoanalitinio prisitaikymo ir suvokiamo socialinio palaikymo ryšys su jų dalyvavimu užimtumo grupėse*//*Tiltai,* Nr. 3, 2012, p. 147-160.
71. Šumskaitė E., *Psichikos sveikatos priežiūros deintitucionalizacija Lietuvoje: minimalūs pokyčiai „maksimalistinėse" organizacijose*//*Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika*, 2012, p. 89-99.
72. *Švietimo problemos analizė. Jaunimo psichinė sveikata ir savižudybės*, Nr. 2 (88), 2013, p. 8, prieiga per internetą: http://www.nmva.smm.lt/wp-content/uploads/2012/12/Jaunimo-psichin%C4%97-sveikata-ir-savi%C5%BEudyb%C4%97s.pdf (žiūrėta 2015- 02- 07)
73. Taormina R. J., Law C.M., *Approaches to preventing burnout: the effects of personal stress management and organizational socialization// Journal of Nursing Management*, Vol. 8, Issue 2, 2000, p. 89–99, prieiga per internetą: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2834.2000.00156.x/abstract (žiūrėta 2014-09-11)
74. Thornicroft G., Tansella M., *What Are the Arguments for Community Based Mental Health Care?,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003, 24 p., prieiga per internetą:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf (žiūrėta 2015-01-19)

75. Tjörnstrand C., et al., *Participation in day centres for people with psychiatric disabilities – a focus on occupational engagement*//*British Journal of Occupational Therapy*, Nr. 76(3), 2013, p. 144-150. Prieiga per internetą http://bjo.sagepub.com/content/76/3/144.full.pdf+html (žiūrėta 2014-12-06).
76. Turcanu G., et al. *Republic of Moldova. Health system review*. *Health Systems in Transition,* Vol. 14, Nr. 7, 2012, 151 p., prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf?ua=1 (žiūrėta 2015 01 15)
77. UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (UNICEF,CIS), *At home or in a home? Formal care adoption of children in Eastern Europe and Central Asia*, Geneva: UNICEF, 2010, prieiga per internetą: http://www.unicef.org/protection/Web-Unicef-rapport-home-20110623v2.pdf (žiūrėta: 2014-09-10)
78. Voronaja N., *Pirminis psichikos sveikatos priežiūros lygis: problemos ir sprendimo būdai*// *Nervų ir psichikos ligos*, Nr. 1 (45), 2010, p. 1-4.
79. Wahlbeck K., Huber M., *Access to Health Care for People with Mental Disorders in Europe,* Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009, prieiga per internetą: http://www.euro.centre.org/data/1240307367_27951.pdf (žiūrėta 2014-12-06).
80. WHO, *Data and statistics*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013 , prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics (žiūrėta 2014-12-13).
81. WHO, *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*, Geneva: World Health Organization, 2014, prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112830/1/9789241506793_eng.pdf (žiūrėta 2014-12-25).
82. WHO, *Mental hea Mental health atlas 2011*, Geneva: World Health Organization, 2011, p. 82, prieiga per internetą: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf (žiūrėta 2015-02-01)
83. WHO, *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options*, Geneva: World Health Organization, 2004, prieiga per internetą: .http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf (žiūrėta 2014-12-06).
84. Wittchen H. U., et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain*

in Europe 2010, European Neuropsychopharmacology, Nr. 21(9), 2011, p. 655–679, prieiga per internetą: http://www.ecnp.eu/~/media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf (žiūrėta 2014-09-11)

85. Žalioji knyga, *Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas,* Europos sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Europos komisija, Briuselis, 2005, prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_lt.pdf (žiūrėta 2014-08-20).

Knygos

86. Aleksienė V., Zvicevičienė S. *Lietuvių etnografija autistiškiems vaikams: ugdymo ir terapijos aspektai.* Vilnius, 2009, 168 p.

87. Bagdonas A. ir kt. *Skirtingi, bet lygūs visuomenėje ir darbuotėje*. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija, 2007, 477 p.

88. Bieliauskienė I., Gudaitė G., *Vyrų ir moterų terapinių veiksnių refleksijos: psichoterapijos veiksmingumo kokybinė analizė, Psichoterapijos veiksmingumas: terapiniai veiksniai ir subjektyviai išgyvenami pokyčiai*, 2014, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, p. 160-165.

89. Bitinas B., Rupšienė L., Židžiūnaitė V., *Kokybinių tyrimų medotologija,* Klaipėda: S. Jokudžio leidykla, 2008, 303 p.

90. Gailienė D. Savižudybių prevencijos Lietuvoje gairės//Savižudybių prevencijos idėjos. Vilnius: Tyto Alba, 2001, p. 9-30.

91. Germanavičius A., *Bendruomenės (socialinės) psichiatrijos pagrindai. Psichikos ligonių reabilitacija bendruomenėje* : vadovėlis. Vilnius : Biznio mašinų kompanija, 2008, 199 p.

92. Gorin S. S., *Prevention Practice in Primary Care*. New York: Oxford University Press, 2014, p. 336 https://books.google.lt/books?id=2kbbAgAAQBAJ&pg=PA229&lpg=PA229&dq=Gorin+Prevention+Practice+in+Primary+Care&source=bl&ots=pPjNBK4Odm&sig=8xfAOiUFPkdb1jhwF7lV-eiSwp8&hl=lt&sa=X&ei=uTgBVZTvM8L5ywOjzoLACg&ved=0CCsQ6AEwAQ#v=onepage&q=Gorin%20Prevention%20Practice%20in%20Primary%20Care&f=false (žiūrėta 2015-01-17)

93. Grabauskas V., *Socialiniai meno projektai – visuomenės sveikatos kontekstas//Menas žmogaus gerovei.* Vilnius: Všį Dailininkų sąjungos galerija, 2012, 105 p.

94. Gudaitė G. et al., *Psichoterapijos veiksmingumas: terapiniai veiksniai ir subjektyviai išgyvenami pokyčiai*, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2014, 270 p.

95. Jakušovaitė I., *Medicina ir filosofija*, Kaunas: KMU leidykla, 2001, 231 p.

96. Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas.* Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, 294 p.

97. Kardelis K., *Mokslinių tyrimų medotologija ir metodai,* Šiauliai: Lucilijus, 2007, 397 p.

98. Kasiulis J., Barvydienė V. *Vadovavimo psichologija*. Kaunas: VDU, 2003, 327 p.

99. Katzenbachas N. T., Smithas A. *Komandinis darbas*. Vilnius, 1993, 308 p.

100. Knox J. *The analytic Relationship: Integrating Jungian, Attavhment Theory and Developmental Perspectives. In. Jungian Psychoanalysis: Working in the Spirit of Carl Jung*. 2010, Ed. By Stein M. Chicago: Open Court, p.188-200. Prieiga per internetą: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1752-0118.2008.01098.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

101. Kriukelienė L. *Dailės terapija*, mokomoji knyga, Kaunas: Vitae litera, 2009, 165 p.

102. Kriščiūnas A. Psichikos ligos ir mes. Vilnius: Ciklonas, 2002, 130 p.

103. Lambertn M. J. Ogles M. B. *The aEfficacy and Effectivness of Psychoteraphy. In: Bergin and Garfields Handbook of psychoterapy and Behavior Change. Ed by M.J. Lambert*, New York: Wiley, 2004, p. 139-193.

104. Milašiūnas R., Laurinaitis E., *Psichoterapija*. Knyga profesionalams ir smalsiems. Vilnius: Vaistų žinios, 2008, 404 p.

105. Misevičius V. *Verslo etika ir bendravimo organizavimo pagrindai*. Kaunas: KTU, 2014, 216 p.

106. Myers D. G., *Socialinė psichologija*, Kaunas: Poligrafija ir informatika, 2008, 808 p.

107. Nacionalinis medicininės klasifikacijos centras. Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtasis pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija TLK-10-AM// Sisteminis ligų sąrašas. Vilnius, 2008, prieiga per internetą: http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/i

vadas.html (žiūrėta 2014-09-10).

108. Pikūnas J., Palujanskienė A., *Stresas.* Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras, 2005, 190 p.

109. Raymond W. L., Edwin M., *A Clinician's Guide to Using Light Therapy*, New York: Cambridge University Press, 2009, 172 p.

110. Survilienė R. *Menas žmogaus gerovei*. Vilnius: Všį Dailininkų sąjungos galerija, 2012, 117 p., prieiga per internetą: http://www.menasgerovei.lt/wp-content/uploads/2013/09/Menas-zmogaus-gerovei.pdf (žiūrėta 2015-02-21)

111. Thornicroft G., Tansella M., *The mental health matrix : a manual to improve services*, New York: Cambridge University Press, 1999, 291 p.

112. Tidikis R., *Socialinių mokslinių tyrimų medotologija,* Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, 626 p.

113. Undžienė D., *Biblioterapija visiems*. Mažeikiai, 2010, 52 p.

114. Valackienė A., Mikėnė S., *Sociologinis tyrimas: Metodologija ir atlikimo metodika,* Kaunas: Technologija, 2008, 202 p.

115. Vijeikienė B., Vijeikis J. *Komandinio darbo pagrindai*. Vilnius: Rosma, 2000, 136 p.

116. Žemaitienė N. ir kt. Sveikatos psichologija. Vilnius: Tyto Alba, 2011, 424 p.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

TYRIMO DALYVIŲ – PACIENTŲ, IŠSAMI CHARAKTERISTIKA

Kodas 1(A) – vyras, 52 m. amžiaus. Išsilavinimas aukštasis. Įgyta specialybė – inžinierius. Šiuo metu dar dirbantis, bet ne pagal specialybę. Dirba pagal patentą, daugiau lengvesnius darbus, dėl ligos pasekmių įtakos. Turi nustatytą dalinį neįgalumą. Nustatyta diagnozė: Schizoafektinis sutrikimas, mišrus tipas F25.2. Serga 5 metai. Psichiatrijos ligoninėje buvęs hospitalizuotas – 6 kartus. Praėjęs pilną, 30 darbo dienų, gydymo kursą Všį Alytaus poliklinikos Psichikos dienos stacionare.

Kodas 2(B) – moteris, 50 m. amžiaus. Išsilavinimas aukštesnysis, įgyta specialybė darželio auklėtoja. Darbinga, turinti darbą ir dirbanti iki šiol pagal specialybę. Pirmasis ligos epizodas pas gydytojus psichiatrus. Liga gydoma apie metai laiko, tačiau dėl negalavimų iki šiol lankėsi pas šeimos gydytoją. Nustatyta diagnozė: Pasikartojantis depresinis sutrikimas, vidutinio sunkumo depresijos epizodas F33.1. Psichiatrijos stacionaruose nesigydžiusi. Praėjusi pilną, 30 darbo dienų, gydymo kursą Všį Alytaus poliklinikos Psichikos dienos stacionare.

Kodas 3(C) – moteris, 40 m. amžiaus. Išsilavinimas – aukštasis, įgyta farmacininkės specialybė. Nedarbinga, turinti nustatytą neįgalumą. Visiškai nedirba 8 metus. Serga 15 metų. Nustatyta diagnozė: Pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų F33.2. Psichiatrijos stacionare gydžiusis 12 kartų. Praėjusi pilną, 30 darbo dienų, gydymo kursą Všį Alytaus poliklinikos Psichikos dienos stacionare.

Kodas 4(D) – moteris, 54 m. amžiaus. Išsilavinimas aukštasis, įgyta mokytojos specialybė. Nedarbinga, visiškai nedirba apie 5 metai. Turi nustatytą neįgalumą. Serga 20 metų. Nustatyta diagnozė: Pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų F33.2. Psichiatrijos stacionare gydžiusis 17 kartų. Praėjusi pilną, 30 darbo dienų, gydymo kursą Všį Alytaus poliklinikos Psichikos dienos stacionare.

Kodas 5(E) – vyras, 52 m. amžiaus. Išsilavinimas aukštesnysis, įgyta geodezisto specialybė. Darbingas ir dirbantis, tik ne pagal specialybę, dėl geresnio apmokėjimo ir darbo sąlygų. Serga apie 10 m. Nustatyta diagnozė: Pasikartojantis depresinis sutrikimas, vidutinio sunkumo depresijos epizodas F33.1. Psichiatrijos stacionaruose nesigydęs. Praėjęs pilną, 30 darbo dienų, gydymo kursą Všį Alytaus poliklinikos Psichikos dienos stacionare.

2 PRIEDAS

TYRIMO DALYVIŲ – PERSONALO, IŠSAMI CHARAKTERISTIKA

Kodas 1(F) – moteris, 35 m. amžiaus, pareigos - gydytoja psichiatrė. Išsilavinimas Aukštasis universitetinis. Darbo stažas – 5 metai. Pirmus du metus dirbusi Psichiatrijos klinikoje, paskutinius 3 metus Všį Alytaus poliklinikos Psichikos sveikatos centre ir Psichikos dienos stacionare.

Kodas 2(G) – moteris, 40 m. amžiaus, pareigos - medicinos psichologė. Išsilavinimas aukštasis universitetinis, įgyti bakalauro ir magistro moksliniai klinikinio psichologo laipsniai. Pagal specialybę dirbanti 10 metų. Darbo patirtis Všį Alytaus poliklinikos Psichikos sveikatos centre bei 3 m. Psichikos dienos stacionare.

Kodas 3(H) – moteris, 50 m. amžiaus, pareigos - psichikos sveikatos slaugytoja. Išsilavinimas aukštasis neuniversitetinis. Darbo stažas – 25 metai. Darbo patirtis stacionaro psichiatrijos skyriuje ir 9 m. Psichikos dienos stacionare. 6 m. dirbo Psichikos dienos stacionare, esančiame stacionarioje įstaigoje ir 3 m. Všį Alytaus poliklinikos Psichikos dienos stacionare.

Kodas 4(I) – moteris, 33 m. amžiaus, pareigos - socialinė darbuotoja. Išsilavinimas aukštasis universitetinis, įgyti bakalauro ir magistro socialinio darbo moksliniai laipsniai. Darbo stažas 10 metų. Darbo patirtis Všį Alytaus poliklinikos Psichikos sveikatos centre ir 3 m. Psichikos dienos stacionare.

Kodas 5(K) – moteris, 30 m. amžiaus, pareigos – užimtumo specialistė, vedanti meno veiklų užsiėmimus. Išsilavinimas aukštasis universitetinis, pedagoginė ir menų specializacija. Dirba 3 metus Všį Alytaus poliklinikos Psichikos dienos stacionare.

3 PRIEDAS

PERSONALO INTERVIU KLAUSIMAI

Prašau papasakokite, pasidalinkite savo darbine patirtimi, Psichikos dienos stacionare:

1. Kaip, jūsų nuomone, organizuojama pagalba – gydymas Psichikos dienos stacionare?
2. Kokiais principais, konkrečiai Jūs vadovaujatės, teikiant paslaugas Psichikos dienos stacionare?
3. Kokios būklės pacientai dažniausiai atvyksta gydytis į PDS?
4. Kaip keičiasi pacientų būklė gydymosi proceso metu?
5. Kuo skiriasi Psichikos dienos stacionaro paslaugos nuo kitų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų?