

PSICHIKOS SVEIKATOS PAGALBOS PO EKSTREMALIŲŲ ĮVYKIŲ SVARBA

Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakultetas
Vadybos institutas
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 274 0610
Elektroninis paštas birute.pitrenaite@mruni.eu

Vilma Miglinė

Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
Polocko g. 12-2, LT-01204 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 271 1244
Elektroninis paštas vilma.migline@gmail.com
Pateikta 2015 m. vasario 23 d., parengta spausdinti 2015 m. balandžio 7 d.

DOI:10.13165/SPV-15-1-8-04

Santrauka

Prognozuojama, kad per ateinančius dešimtmečius Europa neišvengiamai patirs labai svarbių gamtinių ir socialinių sukrėtimų, dėl kurių galimi ženklūs visuomenės gerovės, fizinės ir psichinės sveikatos sutrikimai. Todėl svarbu tinkamai tam pasiruošti, ugdant gebėjimą efektyviai prisitaikyti prie greitai kintančių saugumo sąlygų. Dėl geofizinės situacijos pokyčių siektinas tikslas būtų sukurti atsparias visuomenes, kurios gebėtų neutralizuoti bet kokio sukrėtimo poveikį ir laiku atsiguoti po jo. Karas, ginkluoti konfliktai, gamtinės bei technologinės katastrofos turi didelę psichologinę ir socialinę įtaką paveiktai populiacijai. Po kiekvieno pavojų sukėlusio įvykio emocinę traumą patiria daug žmonių. Stiprų emocinį sukrėtimą gali patirti ne tik fiziškai dalyvavusios įvykyje ir / ar patyrusios fizinės traumas aukos, bet ir jų artimieji ar net tiesiogiai su įvykiu nesusiję asmenys.

Šio straipsnio tikslas – atlikus mokslinės literatūros ir praktinių pavyzdžių analizę, nustatyti ekstremaliojo įvykio poveikio bei rizikos veiksnių įtaką nukentėjusiųjų ir pagalbą teikiančiųjų psichikos sveikatai ir pagrįsti prevencinių priemonių planavimo būtinumą.

Tyrimai rodo, kad vienas dažniausių psichikos sveikatos po ekstremaliojo įvykio sutrikimų yra potrauminio streso sindromas, kurio išsivystymą lemia įvairūs rizikos veiksniai. Tarp jų labai svarbūs yra socialiniai veiksniai. Psichologiniam atsparumui didelę įtaką daro suvokimas, kad susidarius ekstremaliajai situacijai žmonėms visokeriopą pagalbą suteiks ne tik artimieji, bet ir kompetentingos institucijos tinkamai pasirūpins fizinio ir psichologinio komforto atkūrimu. Todėl į ekstremaliųjų situacijų valdymo (ESV) planus turi būti įtrauktos ne tik fizinės pagalbos teikimo priemonės, bet ir numatyti psichosocialiniai aspektai.

Įvertinus tai, kad prognozuojant sudėtinga numatyti galimų ekstremaliųjų situacijų charakteristikas ir padarinius, svarbu, kad ESV planai būtų lankstūs, patikrinti ir nuolatos atnaujinami. Asmenys, kurie dalyvaus veiksmuose atsakant į ekstremaliuosius įvykius, privalo turėti aiškų supratimą apie savo vaidmenį. Planuojant atsako į ekstremaliuosius įvykius priemones, būtina užtikrinti psichikos sveikatos tarnybų prieinamumą ir psichosocialinę paramą nukentėjusioms bendruomenėms, atsižvelgiant į psichikos sveikatos sutrikimų išsivystymą lemiančius rizikos veiksniai. Todėl tikslinga sudaryti ilgalaikę bendruomenės psichikos sveikatos priežiūros sistemą po ekstremaliųjų įvykių.

Reikšminiai žodžiai: psichikos sveikata, ekstremaliosios situacijos, potrauminio streso sindromas, rizikos veiksniai, stresoriai, prevencija.

Įvadas

Per ateinančius dešimtmečius Europa neišvengiamai patirs labai svarbių gamtinių ir socialinių sukrėtimų. Prognozuojama, kad 2080 m. dėl klimato pokyčių galimi ženklūs visuomenės gerovės ir sveikatos sutrikimai, jeigu tam nebūs tinkamai pasiruošta¹. Šiame kontekste svarbiausia bus gebėti efektyviai prisitaikyti prie greitai kintančio pasaulio. Dėl geofizinės situacijos pokyčių siektinas tikslas būtų sukurti atsparias visuomenes. Tokios visuomenės turi gebėti neutralizuoti bet kokio sukrėtimo poveikį ir laiku atsigausti po jo². Taip šios visuomenės tampa saugesnės.

Kasmet milijonai žmonių pasaulyje susiduria su nelaimingais atsitikimais, ginkluotais konfliktais, technologinėmis bei gamtinėmis katastrofomis, o per juos išgyvenusieji patiria didelę grėsmę gyvybei, sunkias traumas, netenka artimųjų, bendruomenės narių, turto, namų, daiktų. Taip pat prie šio streso prisideda nutrūkusio bendravimo su šeima problemos, nuovargis ir miego sutrikimai, alkis, emocinė ir fizinė įtampa. Gamtinės kilmės nelaimės gali sunaikinti ištisas gyvenamąsias vietas, kuriose žmonės gyvena nuo gimimo. Nepriklausomai

¹ Ciscar, J. C.; Iglesias, A.; Feyen, L., et al. 2011. Physical and Economic Consequences of Climate Change in Europe. *Proceedings of the National Academy of Sciences of USA*. 108: 2678–2683.

² United Nations: Rio Declaration: Rio+20 – The Future We Want. 2012. *Rio de Janeiro: Rio 20 United Nations Conference on Sustainable Development*.

nuo nelaimės pobūdžio neigiamai paveikiamas didelis žmonių skaičius, o tai gali lemti ženkliai socialines permainas.

Pavojų gyvybei, sveikatai ir / ar turtui sukeltantys įvykiai turi didelę psichologinę ir socialinę įtaką nukentėjusiai populiacijai. Po kiekvieno ekstremaliojo įvykio (EĮ) atsiranda emocinę traumą patyrusių aukų. Kad būtų stipriai paveiktos, šios aukos nebūtinai turi fiziškai dalyvauti pačiame įvykyje. EĮ aukas galima būtų skirti į dvi grupes: tiesiogines ir netiesiogines. Tiesioginės aukos – tai tiesiogiai įvykyje dalyvavusieji, žuvusieji, sužeistieji, internautieji ar kitaip nukentėję žmonės. Netiesioginėms aukoms priskiriami tiesioginių aukų giminaičiai, draugai, EĮ liudininkai, kurie patys nepatyrė fizinių sužalojimų. Svarbu paminėti, kad net ir toli nuo įvykio vietos esanti likusi populiacijos dalis gali taip pat būti paveikta dėl informacijos sklaidos per žiniasklaidos priemones.

Vienas dažniausių psichikos sveikatos po EĮ sutrikimų yra potrauminio streso sindromas (PTSS). Tai būklė, apibūdinama individualiais išgyvenimais ar liudijimais po traumą sukeliančio įvykio ar įvykių, kurie yra arba gresia būti mirties arba rimto pažeidimo priežastis sau arba kitiems ir sukelia intensyvių pavojaus, baimės, bejėgiškumo jausmą su po to pasireiškiančiais įsibrovimo, vengimo, didelio susijaudinimo simptomais³.

Kaip parodė tyrimai po dešimt didžiųjų EĮ, PTSS patiria vidutiniškai 20 proc. išgyvenusiųjų⁴. Po EĮ į pasekmių likvidavimą įsitraukia daugybė tarnybų ir jose dirbančių žmonių, kurių psichikos sveikatai taip pat iškyla grėsmė. Didelio masto nelaimės lauke dirba įvairios gelbėtojų grupės: gaisrininkai, policininkai, statybininkai, medikai, paramedikai, savanoriai, paieškos ir gelbėjimo tarnybų personalas⁵. Įdomu, kad pagalbos teikėjams PTSS dažnis labai svyruoja – nuo 7 proc. tarp policininkų⁶ iki 46 proc. tarp savanorių⁷. Neseniai atliktų 28 tyrimų su įvairių rūšių gelbėtojais metaanalizė parodė, kad PTSS nustatomas vidutiniškai 10 proc. visų gelbėjimo darbuose dalyvaujančių asmenų⁸. Įvairiais moksliniais tyrimais nustatyta, jog traumuojamoji patirtis gali būti perduodama

³ American Psychiatric Association. 2013. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. Bookpoint US.

⁴ North, C. S.; Oliver, J.; Pandya, A. 2012. Examining a comprehensive model of disaster-related posttraumatic stress disorder in systematically studied survivors of 10 disasters. *American Journal of Public Health*. 102(10): e40–e48.

⁵ Penalba, V.; McGuire, H.; Leite, J. R. 2008. Psychosocial Interventions for Prevention of Psychological Disorders in Law Enforcement Officers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3.

⁶ Maia, D. B.; Marmar, C. R.; Metzler, T., et al. 2007. Post-traumatic Stress Symptoms in an Elite Unit of Brazilian Police Officers: Prevalence and Impact on Psychosocial Functioning and on Physical and Mental Health. *Journal of Affective Disorders*. 97(1): 241–245.

⁷ Mitchell, T. L.; Griffin, K.; Stewart, S. H., et al. 2004. We Will Never Ever Forget: The Swissair Flight 111 Disaster and its Impact on Volunteers and Communities. *Health Psychology*. 9(2): 245–62.

⁸ Berger, W.; Coutinho, E. S.; Figueira, I., et al. 2012. Rescuers at Risk: A Systematic Review and Meta-regression Analysis of the Worldwide Current Prevalence and Correlates of PTSD in Rescue Workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 47(6): 1001–1011.

iš kartos į kartą⁹. Taip pažeidžiama karta, kuri net nebuvo tiesiogiai susidūrusi su EĮ. Taigi ekstremaliųjų situacijų sukeltos psichologinės ir socialinės pasekmės gali ilgam neigiamai paveikti populiacijos psichikos sveikatą ir psichosocialinę gerovę. Todėl 2012 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) asamblėjoje priimtoje rezoliucijoje WHA 65.4 „Dėl psichikos sutrikimų globalinės reikšmės“ psichikos sveikatai užtikrinti pabrėžiama būtinybė kiekvienai šaliai turėti sveikatos ir socialinio sektoriaus koordinuotą veiksmų planą¹⁰, paskirti tarnybas, užtikrinančias psichologinę paramą po EĮ¹¹.

Šio straipsnio **tikslas** – nustatyti ekstremaliojo įvykio poveikio bei rizikos veiksnių neigiamą įtaką nukentėjusiųjų psichikos sveikatai ir pagrįsti prevencinių bei pagalbos priemonių planavimo būtinybę. Tikslui pasiekti nustatyti šie **uždaviniai**:

- išanalizuoti psichikos sveikatos ypatumus per ir po ekstremaliojo įvykio;
- identifikuoti pagrindinius rizikos veiksnius ir stresorius, lemiančius psichikos sveikatos sutrikimus;
- išanalizuoti mokslininkų ir tarptautinių organizacijų rekomendacijas dėl psichikos sveikatos sutrikimų prevencijos ir psichikos sveikatos paslaugų EĮ metu ir po jų;
- apibendrinus analizės rezultatus pateikti siūlymus psichikos sveikatos pagalbos planavimui tobulinti.

Uždaviniams įgyvendinti taikytas mokslinės literatūros, tarptautinių organizacijų strateginių ir rekomendacinio pobūdžio dokumentų, praktinių pavyzdžių analizės **metodas**.

1. Psichikos sveikata ir rizikos veiksniai po ekstremalaus įvykio

Psichikos sveikata yra bendrosios žmogaus sveikatos pagrindas. Kiekvienas žmogus savo gyvenime susiduria su įvairiomis stresinėmis situacijomis. Gyvenimo vystymosi cikle žmogų nuolatos lydi stresiniai gyvenimo įvykiai, tokie kaip brolių ar seserų gimimas, ankstyva tėvų mirtis, atskyrimas nuo šeimos, skrybys šeimoje, senėjimas, hospitalizacija, sunkios ligos diagnozė, išėjimas į pensiją ir daugybė kitų. Greta to žmogų nepalankiai gali veikti patirtos gamtinės katastrofos, žmogaus sukeltos tyčinės ar netyčinės nelaimės ir smurtiniai išpuoliai. Kiekvieno žmogaus atsakas į patirtą stresą priklauso nuo asmeninių (psichologinių, pažintinių, elgesio, emocinių, egzistencinių, dvasinių) savybių.

⁹ Yehud, R.; Hallig, S. L.; Grossman, R. 2001. Childhood Trauma and Risk for PTSD: Relationship to Intergenerational Effects of Trauma, Parental PTSD, and Cortisol Excretion. *Development and Psychopathology*. 13: 733–753.

¹⁰ World Health Organization. 2012. *Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level*.

¹¹ World Health Organization. 2013. *Mental Health Action Plan 2013–2020*.

Žmogaus organizmas natūraliai įgimtais mechanizmais kovoja su patirtu stresu, ir dauguma tokių reakcijų praeina savaime. Vis dėlto kai kurios jų užsitęsia, vystosi grėsmingos pasekmės psichikos sveikatai – tuomet būtina gydyti. Kokia bus žmogaus reakcija į stresą ir kaip jis susidoros su juo, priklauso nuo daugybės buvusių jau prieš patiriant stresinį įvykį, streso metu ir po jo veikusių veiksnių.

Kai kuriems išgyvenusiesiems po ekstremaliojo įvykio gali išsivystyti potrauminio streso sindromas, depresija ar nerimas. Moksliniais tyrimais nustatyta, jog PTSS yra susijęs su padidėjusiu bendruoju mirtingumu ir sergamumu įvairiomis lėtinėmis ligomis ir prisitaikymo sutrikimais¹². Būtent todėl po didelio masto katastrofų labai svarbu identifikuoti asmenis, turinčius padidėjusią psichikos sveikatos sutrikimų riziką, diagnozuoti šiuos sutrikimus ir juos gydyti.

1.1. Potrauminio streso sindromo epidemiologija po ekstremaliojo įvykio

Nemažai epidemiologinių PTSS tyrimų atlikta Šiaurės Amerikoje, Australijoje, kur PTSS dažnis bendrojoje populiacijoje siekė 6,8 proc.^{13,14}. Europoje tokių tyrimų būta mažiau. Vienas didesnių tyrimų atliktas 2008 m. mokslininko J. M. Darves-Bornozo ir bendraautorijų¹⁵. Buvo tiriamas PTSS dažnis bendrojoje populiacijoje šešiose Europos šalyse: Belgijoje, Italijoje, Ispanijoje, Olandijoje, Prancūzijoje ir Vokietijoje. Naudojant Pasaulio sveikatos organizacijos kompleksinį tarptautinį diagnostinį klausimyną, 2000 (angl. *The Composite International Diagnostic Interview – CIDI, 2000*), ištirta beveik 9000 asmenų. PTSS dažnis svyravo nuo 2,63 proc. Olandijoje iki 0,56 proc. Ispanijoje.

Mokslininkas S. Galea ir bendraatoriai 2005 m. apžvelgė MEDLINE, PsychINFO ir PILOTS duomenų bazėse publikuotus tyrimus apie PTSS epidemiologiją tarp patyrusiųjų EĮ nuo 1963 m. žemės nuošliaužos Šiaurės rytų Italijoje iki 2001 m. rugsėjo vienuoliktosios teroristinio išpuolio Niujorke¹⁶. Po žmogaus sukeltų technologinių nelaimių PTSS dažnis siekė nuo 25 iki 75 proc. per pirmuosius metus po įvykio. Tarp asmenų, dirbusių gelbėjimo operacijose, PTSS pasireiškimo po nelaimės dažnis svyravo nuo 5 iki 40 proc. PTSS daž-

¹² Boscarino, J. A. 2008. Prospective Study of PTSD and Early-age Heart Disease Mortality among Vietnam Veterans: Implications for Surveillance and Prevention. *Psychosomatic Medicine*. 70: 668.

¹³ Kessler, R. C.; Berglund, P.; Delmer, O., et al. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62(6): 593–602.

¹⁴ Creamer, M.; Burgess, P.; McFarlane, A. C. 2001. Post-traumatic Stress Disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*. 31(07): 1237–1247.

¹⁵ Darves-Bornoz, J. M.; Alonso, J.; de Girolamo, G., et al. 2008. Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*. 21(5): 455–462.

¹⁶ Galea, S.; Nandi, A.; Vlahov, D. 2005. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Oxford Journals Medicine Epidemiologic Reviews*. 27(1): 78–91.

niausiai išsivysto per pirmuosius metus po EĮ, o praėjus 18 mėnesių laipsniškai ima mažėti. Vėlesnę PTSS simptomų eigos trajektoriją lemia daugelis veiksnių: efektyvi psichikos sveikatos intervencija ankstyvosiose stadijose po EĮ, nukentėjusiųjų socialinė aplinka, individualus gebėjimas prisitaikyti ir kiti¹⁷.

1.2. Rizikos veiksniai ir stresoriai psichikos sutrikimams išsivystyti po ekstremaliojo įvykio

Potrauminio streso sindromui išsivystyti labai svarbus ne tik pats EĮ, bet ir rizikos veiksniai. Šiuo klausimu yra atlikta nemažai tyrimų. Nustatyti reikšmingiausi rizikos veiksniai: moteriškoji lytis, kaltės jausmas, pyktis, silpnesni gebėjimai prisitaikyti, anksčiau patirti traumuojamieji įvykiai, psichikos ligų anamnezė, socialinės paramos nebuvimas, blogi tarpusavio ryšiai su kitais šeimos nariais ar bendradarbiais, žiniasklaidos įtaka¹⁸. Daugeliu tyrimų nustatyta ir EĮ poveikio (ekspozicijos) stiprumo įtaka. Ilgiau trunkantys EĮ susiję su didesniu PTSS pasireiškimo dažniu¹⁹. Taip pat minima žemesnės socialinės ir ekonominės padėties, amžiaus, rasės ar etninės grupės ir įsidarbinimo padėties (dirba žmogus ar ne) įtaka PTSS raiškai²⁰.

Mokslininkų L. M. Duke ir J. J. Vasterlingo²¹ 2005 m. atliktame tyrime išskirti rizikos veiksniai, kurie turi įtakos – išsivystys ar ne – traumotam asmeniui lėtinė PTSS forma, gali būti skiriami į tris kategorijas:

- 1) veiksniai, susiję su pačiu TĮ: traumos pobūdis, intensyvumas;
- 2) individualios asmens savybės: amžius, lytis, intelektas, socioekonominė padėtis, psichikos sveikatos sutrikimų ir bendra medicininė anamnezė, asmenybės tipas;
- 3) peritrauminiai ir potrauminiai veiksniai: suvokta grėsmė savo gyvybei, peritrauminė disociacija, biologinis bei emocinis atsakas į traumą.

Nuo visų šių veiksnių sąveikos traumotam asmeniui: a) išsivysto PTSS, b) išsivysto simptomai, kurie neatitinka PTSS diagnostikos kriterijų, arba c) žmogus visiškai pasveiksta, jo fizinė bei psichikos sveikata yra patenkinama.

¹⁷ Wang, C. W.; Chan, C. L.; Ho, R. T. 2013. Prevalence and Trajectory of Psychopathology among Child and Adolescent Survivors of Disasters: a Systematic Review of Epidemiological Studies across 1987–2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 48(11): 1697–1720.

¹⁸ Ahern, J.; Galea, S.; Resnick, H., et al. 2002. Television Images and Psychological Symptoms after the September 11 Terrorist Attacks. *Psychiatry*. 65: 289–300.

¹⁹ Green, B. L.; Lindy, J. D.; Grace, M. C., et al. 1990. Buffalo Creek Survivors in the Second Decade: Stability of Stress Symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 60: 43–54.

²⁰ Trautman, R.; Tucker, P.; Pfefferbaum, B., et al. 2002. Effects of Prior Trauma and Age on Posttraumatic Stress Symptoms in Asian and Middle Eastern Immigrants after Terrorism in the Community. *Community Mental Health Journal*. 38: 459–74.

²¹ Duke, L. M.; Vasterling, J. J. 2005. Epidemiological and Methodological Issues in Neuropsychological Research in PTSD. In: Vasterling, J.J., Brewin, C.R. (Eds.) *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspective*. New York: The Guilford Press.

Įvairias stresines situacijas laikinai patiria dauguma žmonių, vėliau prasideda adaptacijos periodas ir galiausiai – grįžimas į įprastą būseną. Gana sunku nubrėžti ribą tarp normalaus atsako į EĮ ir tarp atsako, kuris lemia psichikos sveikatos sutrikimus. Šiems įtakos turi susipynę pirminiai ir antriniai stresoriai²². **Pirminiai stresoriai** – tai tiesiogiai ekstremaliosios situacijos sukelti stresoriai. **Antriniai stresoriai** – tai būklės ar įvykiai, kurie nėra tiesiogiai susiję su EĮ, ir šie paprastai užtrunka ilgiau. Kai kurie jų yra savarankiški, o kai kurie – užsitęsę, tokie kaip infrastruktūros sutrikimai po EĮ ir kt. (žr. 1 lentelę). Gausu įrodymų, jog tikimybė išsivystyti psichikos sveikatos sutrikimams didėja augant pirminių ir antrinių stresorių intensyvumui bei jiems trunkant ilgą laiką.

1 lentelė. Pirminiai ir antriniai stresoriai

Pirminiai stresoriai	Antriniai stresoriai
Fizinis sužalojimas	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalizacija - Operacija - Atskyrimas nuo tėvų (pvz., vaikams hospitalizacijos metu) - Įprastos rutinos netekimas - Darbo netekimas - Socialinio gyvenimo netekimas - Nerimas dėl sveikatos - Sveikatos priežiūros stoka - Sunkumai, susiję su finansinių kompensacijų išmokėjimu
Gamtiniai EĮ (uraganai, štormai, tornadai, potvyniai, žemės drebėjimai, cunamiai)	<ul style="list-style-type: none"> - Evakuacija - Pastogės netekimas - Mokyklų uždarymas - Sugriautos darbovietės - Materialinių vertybių praradimas - Atskyrimas nuo artimųjų - Darbo netekimas - Gyvenimas laikinose prieglaudose - Bendruomenės praradimas - Problemos, susijusios su namų atstatymu - Resursų trūkumas - Ekonominės problemos - Sunkumai, susiję su finansinių kompensacijų išmokėjimu - Gyvybiškai svarbių paslaugų stoka

²² Lock, S.; Rubin, G. J.; Murray, V., et al. 2012. Secondary Stressors and Extreme Events and Disasters: a Systematic Review of Primary Research from 2010–2011. *PLoS Currents*. 4.

Technologinio pobūdžio EĮ (branduolinių, cheminių, biologinių medžiagų pasklidimas)	<ul style="list-style-type: none"> - Vietovės stigmatizacija - Evakuacija - Priverstinis persikraustymas į kitą vietą - Gyvenimas laikinose prieglaudose - Ekonominės problemos - Sunkumai, susiję su finansinių kompensacijų išmokėjimu - Darbo netekimas - Bendruomenės netekimas - Verslų bei mokyklų uždarymas - Baimė susirgti onkologine liga - Ilgalaikis poveikis sveikatai
---	--

S. Lockas ir bendraautorai 2012 m. straipsnyje apžvelgia 253 tyrimus, spausdintus 2010–2011 m. (naudojantis MEDLINE, Embase ir PsychINFO duomenų bazėmis), nagrinėjančius antrinius stresorius po ekstremaliųjų įvykių²³. Jie antrinius stresorius suskirstė į šias grupes:

1) ekonominiai stresoriai – tai stresas, atsirandantis praradus santaupas ar netekus darbo, pajamų, stokojant finansinės paramos. Šio stresoriaus poveikis nustatomas jau nuo 10 sav. po EĮ ir tęsiasi iki 32 mėn.²⁴;

2) stresas, susijęs su problemomis, kylančiomis sprendžiant kompensacijų išdavimo klausimus. Dažniausiai tai būna draudimo ar finansinių išmokų klausimai. Žmonės mažai išmano kreipimosi dėl kompensacijos tvarkos procedūras, institucijų vaidmenis ir atsakomybę. Ypač neigiamai veikia, jei kreipimasis dėl kompensacijos net nebuvo nagrinėtas, užtruko ar buvo atmestas^{25, 26};

3) stresas, susijęs su pastatų atstatymu. Traumuojamąjį poveikį psichikos sveikatai turi gyvenimas laikinose prieglaudose (stovyklose, bendrabučiuose). Pagalbos stoka atstatant namus kai kuriuos žmones veikia kaip stiprus stresorius²⁷;

4) stresas, sukeltas netekus nuosavybės. Dauguma nukentėjusiųjų per EĮ praranda automobilius, namų apyvokos daiktus, drabužius. Užsitęsęs šių daiktų įgijimo periodas taip pat turi neigiamą poveikį nukentėjusiojo psichikos sveikatai²⁸;

²³ Lock, S., *et al*, *supra* note 20, p. 4.

²⁴ Ehrlich, M.; Harville, E.; Xiong, X., *et al*. 2010. Loss of Resources and Hurricane Experience as Predictors of Postpartum Depression Among Women in Southern Louisiana. *Journal of Women's Health*. 19(5): 877–884.

²⁵ Wind, T. R.; Fordham, M.; Komproe, I. H. 2011. Social Capital and Post-Disaster Mental Health. *Global Health Action*. 4: 1654–9880.

²⁶ Carroll, B.; Balogh, R.; Morbey, H., *et al*. 2010. Health and Social Impacts of a Flood Disaster: Responding to Needs and Implications for Practice. *Disasters*. 34(4): 1045–63.

²⁷ Wickrama, K. A. S.; Wickrama T. 2011. Perceived Community Participation in Tsunami Recovery Efforts and the Mental Health of Tsunami-Affected Mothers: Findings from a Study in Rural Sri Lanka. *International Journal of Social Psychiatry*. 57(5): 518–27.

²⁸ Zhang, Z.; Shi, Z.; Wang, L., *et al*. 2011. One Year Later: Mental Health Problems among Survivors in Hard-Hit Areas of the Wenchuan Earthquake. *Public Health*. 125(5): 293–300.

5) su sveikatos būkle susiję stresoriai. Antriniamis stresoriams priskiriami rūpesčiai dėl savo ar artimųjų sveikatos, medicinos pagalbos teikimo ar vaistų prieinamumo^{29, 30};

6) stresas, susijęs su švietimo įstaigomis. Kai kurie tyrimai atskleidžia neišsprendžiamą poveikį psichikos sveikatos būklei, jeigu reikia keisti mokyklą ar universitetą³¹;

7) stresas, susijęs su situacijos pateikimu žiniasklaidoje. Labai intensyvus EĮ nušvietimas žiniasklaidoje gali būti susijęs su padidėjusia psichikos sveikatos sutrikimų rizika³²;

8) šeimoje kylantys stresoriai. Šeimos funkcionavimo pokyčiai gali būti problemiški. Antriniamis stresoriams priskiriama santykių nutraukimas, sumažėjusi partnerio socialinė parama, konfliktai tarp tėvų, pakitusi santuokinė padėtis ir sumažėjęs intymumas tarp partnerių³³;

9) neišsprendžiamai psichikos sveikatą veikia ir tokie socialiniai stresoriai kaip nutrukę santykiai su draugais, bendradarbiais³⁴;

10) stresoriai, atsirandantys netekus įprastų laisvalaikio užsiėmimų. Miego trūkumas, nelikę laisvalaikio užsiėmimai taip pat gali prisidėti prie psichikos sveikatos sutrikimų³⁵;

11) pasaulėžiūros ir savivokos sukeltas stresas. Sumažėjęs nepriklausomybės jausmas, sumenkėjusi savivertė, prarasti tikėjimas ateitimi ir tikslai – dažnai po EĮ pasitaikantys antriniai stresoriai³⁶.

²⁹ Ehrlich, M.; Harville, E.; Xiong, X., *et al.* 2010. Loss of Resources and Hurricane Experience as Predictors of Postpartum Depression Among Women in Southern Louisiana. *Journal of Women's Health*. 19(5): 877–884.

³⁰ Kilmer, R. P.; Gil-Rivas, V. 2010. Responding to the Needs of Children and Families after a Disaster: Linkages Between Unmet Needs and Caregiver Functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*. 80(1):135–142.

³¹ Davis, T. E.; Grills-Taquechel, A. E.; Ollendick, T. H. 2010. The Psychological Impact from Hurricane Katrina: Effects of Displacement and Trauma Exposure on University Students. *Behavior Therapy*. 41(3): 340–349.

³² Lau, J. F. T.; Yu, X.; Zhang, J., *et al.* 2010. Psychological Distress among Adolescents in Chengdu, Sichuan at 1 Month after the 2008 Sichuan Earthquake. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 87(3): 504–523.

³³ Cepeda A.; Saint Onge J. M.; Kaplan, C., *et al.* 2010. The Association Between Disaster-Related Experiences and Mental Health Outcomes Among Drug Using African American Hurricane Katrina Evacuees. *Community Mental Health Journal*. 46(6): 612–620.

³⁴ Wind, T. R.; Fordham, M.; Komproe, I. H. 2011. Social Capital and Post-Disaster Mental Health. *Global Health Action*. 4: 1654–9880.

³⁵ Irmansyah I.; Dharmono S.; Maramis, A., *et al.* 2010. Determinants of Psychological Morbidity in Survivors of the Earthquake and Tsunami in Aceh and Nias. *International Journal of Mental Health Systems*. 4: 1752–4458.

³⁶ Ehrlich, M.; Harville, E.; Xiong, X., *et al.* 2010. Loss of Resources and Hurricane Experience as Predictors of Postpartum Depression Among Women in Southern Louisiana. *Journal of Women's Health*. 19(5): 877–884.

Šios vienuolika stresorių grupių apima tokias pragmatiškas sritis kaip ekonominės problemos ar resursų praradimas. Kiti antriniai stresoriai yra daugiau psichologiniai ar socialiniai. Jie atspindi EĮ paveiktų žmonių pačių savęs ar pasaulio aplinkos suvokimą.

Apibendrinant galima pasakyti, kad kiekvienas EĮ sukelia pirminius stresorius, kurie daro tiesioginį poveikį nukentėjusiojo psichikos sveikatai. Besitęsiantys pirminiai stresoriai gali tapti antriniais. Antrinius stresorius gali sukelti ir pats ekstremalusis įvykis. Šie antriniai stresoriai sustiprina pirminių stresorių poveikį ir taip pat gali sukelti psichikos sveikatos sutrikimus. Psichikos sveikatos būklę veikia ne tik pirminiai ir antriniai stresoriai, bet ir kiti gyvenimo įvykiai, taip pat psichikos sveikatos būklė iki EĮ³⁷. Būtent todėl psichosocialinio atsako planavimas turėtų būti šių planų integrali dalis, kuri būtina užtikrinant efektyvų ir koordinuotą atsaką visuomenės psichikos sveikatai įvykus EĮ. Planavimas psichikos sveikatos srityje padeda maksimaliai išnaudoti sistemos galimybes, personalo ir kitus išteklius teikiant psichikos sveikatos pagalbą išgyvenusiesiems, ESV darbuotojams ir bendruomenei³⁸.

2. Psichikos sveikatos sutrikimų dėl ekstremaliųjų įvykių prevencija ir pagalbos teikimas po jų

Daugelis organizacijų ir valstybės institucijų turi ekstremaliųjų situacijų valdymo planus (ESVP). Psichosocialinio atsako planavimas turėtų būti šių planų integrali dalis, kuri būtina užtikrinant efektyvų ir koordinuotą atsaką visuomenės psichikos sveikatai įvykus EĮ. Psichikos sveikatos pagalba išgyvenusiesiems jau turi būti pradėta teikti prieglaudose ar maisto išdavimo punktuose, kur renkasi nukentėjusieji po EĮ. Dažnai šios veiklos būna koordinuojamos Raudonojo Kryžiaus ar kitų organizacijų kartu su socialines paslaugas teikiančiomis organizacijomis, todėl svarbu, kad vietinės psichikos sveikatos institucijos bendradarbiautų ir su nevyriausybinėmis organizacijomis, kurios teiktų psichikos sveikatos pagalbą. Ilgalaikė psichikos sveikatos pagalba turėtų būti integruota į kitas programas, skirtas išgyvenusiesiems EĮ. Psichikos sveikatos paslaugos išgyvenusiesiems taip pat gali būti teikiamos ligoninėse ar kitose medicinos įstaigose. Taigi planuojant psichikos sveikatos pagalbos teikimą svarbi koordinacija ir integracija su kitomis valstybinėmis institucijomis ir bendruomeninėmis organizacijomis³⁹.

³⁷ Lock, S., *supra* note 20, p. 4.

³⁸ New Jersey Department of Human Services, Division of Mental Health and Hospitals. *Mental Health/Emergency Disaster Plan*. Newark, NJ: 1991.

³⁹ Hiley-Young, B.; Meyers, D. 1996. *Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals*. DIANE Publishing.

Deja, dažnai į ekstremaliųjų situacijų operacijų centro (ESOC) sudėtį nebūna numatyta įtraukti psichikos sveikatos specialisto, tačiau rekomenduojama, kad bent jau ekstremaliųjų situacijų valdymo planuose (ESVP) būtų numatytas psichikos sveikatos specialistas, kuris išmanytų katastrofų psichikos sveikatą ir galėtų priimti sprendimus dėl psichikos sveikatos teikimo EĮ metu ir po jo. Jis taip pat turėtų išmanyti, kaip veikia psichikos sveikatos sistema šalyje ir kaip vyksta tarpinstitucinis bendradarbiavimas. Psichikos sveikatos specialistas turėtų būti atsakingas už prioritetų nustatymą, resursų paskirstymą, veiksmų koordinavimą su kitomis tarnybomis ir patarimų teikimą ESOC vadovui⁴⁰.

Dažniausiai stokojama psichikos sveikatos specialistų, kurie teiktų pagalbą EĮ metu⁴¹. PSO siūlo keletą būdų, kaip pagerinti psichikos sveikatos priežiūros prieinamumą⁴². Pirmiausia siūloma psichiatrijos praktinį dėstymą įtraukti į medicinos studentų studijų programą. Labai efektyvios yra ir trumpos psichikos sveikatos edukacinės programos nespecialistams: socialiniams darbuotojams, slaugytojoms ir kitiems medicinos įstaigų darbuotojams. Taip pat siūloma praplėsti psichikos pagalbos teikimą įtraukiant savanorius, šeimos narius ir kitų sektorių darbuotojus: mokytojus, policininkus ar religinius lyderius. Taip psichikos sveikatos priežiūra integruojama į visuomenės sveikatos sistemą⁴³.

Ypač svarbu, kad ESVP būtų lankstūs, patikrinti ir nuolatos atnaujinami. Tam reikalingi adekvatūs išteklių ir pasirengimas. Labai svarbu, kad asmenys, kurie dalyvaus veiksmuose atskaitant į EĮ, turėtų aiškų supratimą apie savo vaidmenį ekstremaliojo įvykio metu⁴⁴. Vienas geriausių pavyzdžių, kad EĮ planavimas ir pasirengimas yra efektyvus, galėtų būti Kamaishi miesto Japonijoje moksleivių išsigelbėjimas nuo 2011 m. smogusio galingo cunamio. Katastrofos metu visi mokykloje buvę vaikai buvo sėkmingai evakuoti, o mokykla netrukus buvo nušluota nuo žemės paviršiaus. Vėliau paaiškėjo, kad evakuacija buvo sėkminga būtent todėl, kad nuo 2005 m. bendradarbiaujant su profesoriumi T. Katada moksleiviams ir personalui buvo nuolat vykdomi mokymai ir treniruotės⁴⁵.

⁴⁰ Hiley-Young, B.; Meyers, D. 1996. *Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals*. DIANE Publishing.

⁴¹ Murthy, R. S. 2005. Human Resources for Mental Health: Challenges and Opportunities in Developing Countries. *International Psychiatry*. 2: 5–7.

⁴² World Health Organization. Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia [žiūrėta 2014-06-02]. <http://www.who.int/mental_health/resources/tsunami/en/index1.html>.

⁴³ Jacob, K. S.; Sharan, P.; Mirza, I., et al. 2007. Mental Health Systems in Countries: Where are We Now? *The Lancet*. 370(9592): 1061–1077.

⁴⁴ Bisson, J. I.; Cohen, J. A. 2006. Disseminating Early Interventions following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 19: 583–95.

⁴⁵ Yun, N. Y.; Hamada, M. 2011. A Comparative Study on Human Impacts caused by the 2011 Great East Japan Earthquake and Disaster Mitigation. In *International Symposium on Engineering Lessons Learned from the*.

Vienas arčiausiai Lietuvos įvykusių teigiamo planavimo ir pasirengimo EĮ pavyzdžių galėtų būti Švedijos pavyzdys po 1994 m. įvykusios Estijos keleivinio kelto „MV Estonia“ katastrofos. Švedijos ligoninių ir psichikos sveikatos centrų specialistai veikė labai operatyviai. Ligoninės Stokholmo srityje buvo pasirengusios teikti neatidėliotiną pagalbą EĮ metu, nes per prieš pat nelaimę vykusias pratybas kaip tik buvo imituotas panašus incidentas Baltijos jūroje. Pratybose įgyti psichosocialiniai įgūdžiai buvo pritaikyti padedant nukentėjusiesiems tikroje katastrofoje. Švedijos Ersta miesto psichiatrijos klinikoje buvo pradėtos kurti krizės įveikimo grupės nukentėjusiųjų ar žuvusiųjų giminaičiams⁴⁶. Tai tik keletas pavyzdžių, patvirtinančių, kad svarbu ne tik turėti ekstremaliųjų situacijų planus, bet ir mokėti juos taikyti praktiškai. Vien tik ESVP turėjimas toli gražu neužtikrina, kad, susidarius ekstremaliajai situacijai, jie veiks sklandžiai.

2.1. Psichikos sveikatos pagalbos prieinamumas po ekstremaliojo įvykio

Sveikatos apsaugos sistemos atsakas į psichikos sveikatos problemas po EĮ turi būti aktyvus, tačiau tam gali kilti įvairių kliūčių. C. Feltono⁴⁷ straipsnyje nagrinėjamas psichikos sveikatos problemų sprendimas, kreipiantis pagalbos į specialistus. Telefonu buvo apklausti 2752 Niujorke gyvenantys suaugusieji praėjus 6 mėn. po rugsėjo 11-osios įvykių. Respondentų buvo klausiama, ar kreipėsi į specialistus dėl emocinių problemų, ar dėl problemų, susijusių su alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimu 6 mėn. iki ir po įvykio. Taip pat jie buvo vertinami dėl tikėtinos PTSS diagnozės. 15 proc. apklaustųjų buvo nustatytas galimas PTSS arba depresija. Tiriamųjų, turinčių minėtų sutrikimų, grupėje daugiau buvo moterų, 25–45 m. amžiaus žmonių arba žmonių, praėityje turėjusių psichikos sveikatos sutrikimų, taip pat nesusituokusiųjų ir neturinčių sveikatos draudimo. Iš visų apklaustųjų 9 proc. kreipėsi pagalbos dėl psichikos sveikatos problemų per 6 mėn. po rugsėjo 11-osios įvykių. Net 64 proc. apklaustųjų, turinčių galimą PTSS ar depresiją, nesikreipė tokios pagalbos, nepaisant to, kad net 70 proc. jų pažymėjo sumažėjusius kasdienės veiklos funkcinis gebėjimus.

Minėtame tyrime analizuoti ir su pagalbos dėl psichikos sveikatos problemų teikimu susiję veiksniai. Specialistai daugiau konsultavo tuos asmenis, kurių metinės pajamos buvo didesnės nei 30 tūkst. dolerių, kurie buvo kreipęsi į psichikos sveikatos specialistus iki rugsėjo 11-osios įvykių, turėjo nuolatinį gydytoją arba buvo blogesnės bendros sveikatos būklės. Šis tyrimas atskleidė, kad psichikos sveikatos pagalba po EĮ teikiama nepakankamai, nors ir po rugsėjo 11-osios įvykių Niujorke buvo įgyvendintas Laisvės projektas (angl. *Liberty Project*). Tai pre-

⁴⁶ Brandänge, K.; Gustavsson, J. P. 2000. After the MV Estonia Ferry Disaster A Swedish Nationwide Survey of the Relatives of the MV Estonia Victims. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2(1): 63.

⁴⁷ Felton, C. 2002. Project Liberty: a Public Health Response to New Yorkers' Mental Health Needs Arising From the World Trade Center Terrorist Attacks. *Journal of Urban Health*. 79(3): 429–433.

cedento neturinti programa, kurios tikslas buvo šviesti visuomenę apie reakcijas į traumuojamąjį įvykį, teikti nemokamus su krize susijusius patarimus ir siųsti specializuoto psichikos sveikatos gydymo būtent tuos žmones, kuriems jo reikia.

Įdomus radinys yra tas, jog turintieji fizinės sveikatos problemų sulaukė daugiau pagalbos dėl psichikos sveikatos sutrikimų. Tai aiškintina tuo, kad jie jau turi ryšį su sveikatos apsaugos sistema ir lengviau prieina prie psichikos sveikatos tarnybų⁴⁸. Be to, fizinės sveikatos problemos ženkliai sumažina funkcinius kasdienės veiklos gebėjimus ir skatina ieškoti pagalbos. Kartu aiškintini ir radiniai, jog asmenys, anksčiau turėję emocinių problemų, taip pat dažniau konsultavosi dėl psichikos sveikatos sutrikimų su specialistais po rugsėjo 11-osios įvykių. Šiame tyrime buvo nustatyti ir trukdžiai kreiptis pagalbos. Apklaustieji nurodė, jog jiems trūko žinių, kaip tą pagalbą gauti, buvo susirūpinę dėl psichinės negalios stigos, nurodė pinigų ar laiko stoką. Dalis apklaustųjų nurodė altruistines priežastis – jie nesikreipė pagalbos, nes esą kitiems šios pagalbos reikėję labiau nei jiems patiems. Kiti pateikė ir papildomus paaiškinimus. Dažniausiai respondentai teigė, kad kreipiasi pagalbos į šeimos narius ar draugus, dalis apklaustųjų pateikė ir retesnes priežastis: jautėsi per daug sugniuždyti, nepasitikėjo psichikos sveikatos specialistais ar bijojo pokalbio apie rugsėjo 11-osios vykius. Be abejo, šie tyrimo duomenys nė kiek nesumenkina Laisvės projekto programos pasiekimų, kuri suteikė patarimų 91 tūkst. žmonių⁴⁹.

Psichikos sveikatos pagalbos prieinamumas buvo pakankamai efektyvus ir Švedijoje po 1994 m. Estijos keleivinio kelto „MV Estonia“ katastrofos. Vienoje psichiatrijos klinikoje buvo pradėtos kurti krizių grupės nukentėjusiųjų ar žuvusiųjų giminaičiams⁵⁰.

2004 m. kovo 11 d. teroristai susprogdino bombas keturiuose Madrido (Ispanija) priemiestiniuose traukiniuose. Žuvo 191 žmogus, o dar 1,5 tūkst. buvo sužeisti. Po įvykio buvo manoma, kad vaikams ir paaugliams nėra didelio psichosocialinės pagalbos poreikio, tačiau kai pagalbos komanda aktyviai pradėjo lankyti netoli įvykio vietos esančias mokyklas, vizitų į psichikos sveikatos centrus skaičius ryškiai išaugo. Paveiktiems vaikams dviejuose labiausiai nukentėjusiuose regionuose buvo įkurti „popietiniai“ centrai, kurie veikė dar vienerius metus po įvykio⁵¹.

⁴⁸ Felton, C. 2002. Project Liberty: a Public Health Response to New Yorkers' Mental Health Needs Arising From the World Trade Center Terrorist Attacks. *Journal of Urban Health*. 79(3): 429–433.

⁴⁹ Felton, C., *supra* note, 45, p. 429–433.

⁵⁰ Brandänge, K.; Gustavsson, *supra* note, 44, p. 63.

⁵¹ Boiling, R.; Ehrlin, Y.; Forsberg, R., *et al.* 2007. KAMEDO Report 90: Terrorist Attacks in Madrid, Spain, 2004. *Prehospital and Disaster Medicine*. 22(03): 252–257.

2.2. Bendrieji psichikos sveikatos pagalbos teikimo principai ekstremaliųjų situacijų metu

Žmogaus teisių pažeidimas teikiant psichosocialinę pagalbą nuo EĮ nukentėjusiesiems, negebėjimas specifiskai veikti skirtingose kultūrose, atsižvelgiant į etninius ir kultūrinius nukentėjusiųjų skirtumus, gali didinti psichikos sveikatos problemas. Taigi visos psichikos sveikatos intervencinės programos turi būti kuriamos vadovaujantis tarptautinėmis gairėmis ir dokumentais, būtinai atsižvelgiant į žmogaus teises. Būtent todėl įvairios tarptautinės agentūros ir organizacijos vis labiau sutaria dėl geros praktikos principų teikiant medicinos ir psichosocialinę pagalbą nukentėjusiesiems nuo įvairių EĮ. 2007 m. buvo paskelbtos vadinamosios IASC⁵² gairės apie psichikos sveikatą ir psichosocialinę pagalbą esant ekstremaliosioms situacijoms. Šias gaires parengė praktikai iš skirtingų geografinių regionų, disciplinų ir sektorių. Tai atspindi bendrą profesionalų sutarimą ir susivienijimą tikslui pasiekti. Pagrindinė šių gairių idėja – tai būtinybė ankstyvoje ekstremaliojo įvykio fazėje užtikrinti socialinę paramą, siekiant užtikrinti psichikos ir psichosocialinės sveikatos gerovę. Šiose gairėse taip pat rekomenduojamos atskiros psichologinės ir psichiatrinės intervencijos specifinėms problemoms spręsti.

Minėtos gairės remiasi šiais pagrindiniais principais:

- žmonių teisėmis ir lygybe;
- nukentėjusiųjų įtraukimu;
- siekiu pirmiausia nepakenkti;
- vietinių resursų mobilizavimu;
- bendruomenės ir įvairių tarnybų integruotu atsaku į ekstremaliąją situaciją;
- daugiasluksne psichosocialine pagalba esant ekstremaliosioms situacijoms (nuo bendruomeninės psichosocialinės paramos iki specializuotos pagalbos).

Taigi ekstremaliųjų įvykių metu tiek medicinos, tiek visuomenės sveikatos pagalba turi būti teikiama laikantis tarptautinės humanitarinės teisės ir etikos normų. Tokias normas daugiau nei 200 nevyriausybinų organizacijų yra patvirtinę kaip „Sferos projektą“⁵³. Šiame projekte pateikiami minimalūs reikalavimai teikiant humanitarinę pagalbą, jis išverstas į daugiau kaip 20 kalbų. „Sferos projekto“ standartą sudaro 12 požymių, kurie suskirstyti į socialinės ir psichologinės intervencijos rodiklius.

⁵² IASC. 2007. *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.

⁵³ Sphere Project. 2004. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project.

Teikiant pagalbą turi būti laikomasi šių socialinės intervencijos rodiklių:

- 1) nukentėjusieji turi gauti patikimą informaciją apie EĮ ir su juo susijusios pagalbos teikimą;
- 2) įprasti kultūriniai ir religiniai ritualai neturi būti nutraukti arba kuo greičiau atkurti;
- 3) vaikai ir paaugliai kuo greičiau turi grįžti į mokyklas, kai tik tai įmanoma (atkūrus resursus);
- 4) suaugusieji ir paaugliai turi būti įtraukti į gelbėjimo darbus;
- 5) izoliuoti asmenys, tokie kaip atsiskyre ar našlaičiai likę vaikai, našlės ir našliai, vyresni žmonės turi būti įtraukti į socialines veiklas;
- 6) turi būti suorganizuota tarnyba, padedanti susijungti žmonėms ir šeimoms;
- 7) jeigu nukentėjusieji paliko savo gyvenamąją vietą, turi būti organizuojami laikini būstai, siekiant išlaikyti šeimų narius ir bendruomenes kartu;
- 8) turi būti tariamasi su bendruomene, kur įkurdinti religines vietas, mokyklas, vandens išdavimo punktus ir sanitarinius įrenginius;

Teikiant pagalbą turi būti laikomasi šių psichologinės intervencijos rodiklių:

- 1) asmenims, kuriems pasireiškė ūminis psichikos sutrikimas po EĮ, turi būti suteikta pirmoji psichologinė pagalba;
- 2) ūminiai psichiatriniai sutrikimai turi būti gydomi pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose būtinųjų vaistų sąrašuose turi būti pagrindinių psichiatrinių vaistų;
- 3) asmenims, sergantiems psichiatrinėmis ligomis, turi būti užtikrintas nenutrūkstamas gydymas;
- 4) sudaromi ilgalaikiai ir bendruomenę orientuoti psichologinės pagalbos planai.

Teikiant humanitarinę pagalbą negalima skirstyti žmonių pagal jų tautybę, rasę, religiją, socialinę grupę ar politines pažiūras. Bet kokia diskriminacija yra griežtai draudžiama. Humanitarinės pagalbos esmė yra padėti žmonėms – tiek, kiek jiems reikia, pirmenybę teikiant skubiausiems atvejams. Resursai skirstomi pagal principą, kad „vienoda kančia reikalinga vienodos pagalbos“⁵⁴. Teikiančioms humanitarinę pagalbą organizacijoms būtina laikytis neutralumo principo – neįsitraukti į politinius, rasinius, religinius ar ideologinius prieštaravimus. Šios organizacijos turi veikti autonomiškai. Pagalbą teikiančios organizacijos turi pačios priiminėti sprendimus – tai pats efektyviausias būdas veikti.

⁵⁴ Thurer D. 2007. Dunant's Pyramid: Thoughts on the „Humanitarian Space.“ Intl Rev Red Cross., 89: 47–61.

2.3. Ekstremaliųjų situacijų valdyme dalyvaujančių institucijų kompetencijos

Katastrofų medicinos ir visuomenės sveikatos srityje labai svarbu paskirstyti kompetencijas ir išsiugdyti personalą, kuris turėtų gebėjimų, įgūdžių ir žinių dalyvauti visame EĮ valdymo cikle⁵⁵. Įvairių sričių specialistai turi būti išskirti į skirtingus kompetencijų lygius katastrofų medicinos visuomenės sveikatos srityje. Šios kompetencijos siejasi su jų numatomu vaidmeniu įvykus katastrofai. Kai kurios organizacijos, kaip antai Katastrofų medicinos ir visuomenės sveikatos nacionalinis centras JAV, tokias kompetencijas suskirstė hierarchine tvarka į piramidę. Piramidės pagrindą sudaro institucijos, organizacijos ir agentūros, kuriose dirba sveikatos specialistai, privalantys turėti katastrofų medicinos žinių. Aukštesnį lygį sudaro sveikatos disciplinos ir profesijos, kurios reikalingos specialių žinių ir gebėjimų. Piramidės viršūnėje esti labai savitos kompetencijos, kurias privalo turėti sveikatos apsaugos darbuotojai, sudarantys įvairias atsako į EĮ komandas. Taigi ši piramidė rodo kompetencijų pasiskirstymą nuo pagrindinių iki labai specializuotų. Efektyvus pasiruošimas, atsakas ir atsikūrimas po EĮ reikalingi gerai suplanuotų ir integruotų patyrusių specialistų pastangų, galinčių pritaikyti savo žinias ir įgūdžius esant kritinėms situacijoms⁵⁶.

EĮ sukelia pažeistos populiacijos dezintegraciją ir sutrikdo normalų jos funkcionavimą. EĮ žalos mastas visuomenėje yra labai glaudžiai susijęs su pasirengimu galimam pavojingam įvykiui. Visuomenės pasirengimas, reagavimas ir atsigavimo / atsikūrimo procesai po patirtos nelaimės vyksta jų bendruomenės, šalies sociopolitiniame ir kultūriniame kontekste. Kai kurios kultūrinės grupės, šalys dažnai nesiruošia tokiems įvykiams dėl finansavimo stokos. Taigi kai kurių bendruomenių nariai yra nepakankamai pasiruošę ekstremaliosioms situacijoms. Lyginant su besivystančiomis šalimis, išsivysčiusios šalys linkusios geriau pasirengti galimiems EĮ iš anksto, taip sušvelnindamos nelaimės mastą. Psichikos sveikatos programos nuo pat pradžių privalo nusitaikyti į ilgalaikį psichikos sveikatos paslaugų vystymą. Tradiciškai daugiau dėmesio skiriama greitai ir trumpalaikiai psichikos sveikatos sutrikimų korekcijai ūminėje EĮ fazėje. Ilgalaikiai tikslai, koreguojant psichikos sveikatos sutrikimus, pabrėžiami ir PSO pranešime, skirtame psichikos sveikatai⁵⁷. Šiame dokumente taip pat akcentuojama konsultavimosi ir bendradarbiavimo tarp vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų svarba; psichikos sveikatos intervencijų integravimas į pirmi-

⁵⁵ Walsh, L.; Subbarao, I.; Gebbie, K., et al. 2012. Core Competencies for Disaster Medicine and Public Health. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 6(1): 44–52.

⁵⁶ Subbarao, I.; Lyznicki, J. M.; Hsu, E. B., et al. 2008. A Consensus-based Educational Framework and Competency Set for the Discipline of Disaster Medicine and Public Health Preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2(1): 57–68.

⁵⁷ WHO. 2003. *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: World Health Organization.

nės sveikatos priežiūrą (PSP), priėjimo prie psichikos sveikatos paslaugų visiems užtikrinimas, vengiant vertikalųjų tarnybų kūrimo, skirtų specialioms populiacijoms; asmenų, dirbančių PSP, mokymas ir priežiūra bei situacijos stebėseną.

Ilgalaikiai tikslai reikalingi pradinės situacijos analizės apie psichikos sveikatos tarnybas EĮ zonoje. Analizė turi apimti esamų resursų ištyrimą, tokių kaip visuomeninės organizacijos, religinės institucijos, tradiciniai gydytojai. Tai gali padėti intervencijoms pradinėje fazėje ir suformuoti bendrą atsaką psichikos sveikatai gerinti EĮ zonoje. Didžiosios tarptautinės direktyvos nurodo, kad psichikos sveikatos tarnybos turi būti integruotos į PSP tarnybas^{58, 59}. PSP tarnyba yra pagrindinis taškas sveikatos apsaugos sistemoje, kur konsultuojami pacientai. Pagrindinis PSP tikslas yra ligų profilaktika, dažniausių ligų gydymas ir esamų sveikatos problemų valdymas. Priklausomai nuo šalies sveikatos apsaugos sistemos PSP tarnyboje pagrindinį vaidmenį gali atlikti gydytojas, slaugytojas, sveikatos priežiūros darbuotojas ar netgi bendruomenės nariai. Visuomenės psichikos sveikatos centrai ir psichikos sveikatos tarnybos prie didžiųjų ligoninių turi vadovauti mokymams ir priežiūrai, kurie yra būtini sėkmingam psichikos sveikatos integravimui į PSP.

PSO duomenimis, 70 proc. šalių turi nacionalines psichikos sveikatos programas, 55 proc. turi tam tikrų priemonių gydyti psichikos sutrikimams PSP įstaigose ir 62 proc. turi bendruomeninių tarnybų psichikos sveikatos problemoms spręsti⁶⁰. Tačiau reikia atsižvelgti į tai, kad plano ar patalpų turėjimas dar nereiškia, kad bus lėšų ir kad tas planas bus įgyvendintas⁶¹.

Išvados ir siūlymai

Prisitaikant prie nuolat kintančios saugumo aplinkos ir mokantis iš patirties, ieškoma ir pasiūloma vis daugiau modelių, kaip reaguoti į neigiamai psichikos sveikatą veikiančius įvykius. Visuomenės atsakas į šiuos įvykius formuojamas naudojant medicininius, idėjinius, juridinius, religinius ir kitokius įrankius, taikomus pasitelkiant atitinkamas institucijas ir / ar neformalias socialinės komunikacijos struktūras. Požiūris į ekstremaliųjų įvykių sukeltus psichikos sveikatos sutrikimus labai kito. Kitados šie nukrypimai buvo laikyti labai retais, ir tik XX a. pabaigoje šis požiūris pasikeitė. Potrauminis stresas ir po jo išsivystęs

⁵⁸ IASC-RG. 2010. *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Israeli Journal of Psychiatry. Geneva: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.

⁵⁹ WHO & Wonca. 2008. *Integrating mental Health into Primary Care: A Global Perspective*. Geneva: World Health Organisation.

⁶⁰ WHO. 2005. *Health and climate change: The Now and How. A Policy Action Guide*, World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen: World Health Organization.

⁶¹ Petersen, I.; Lund, C.; Stein, D. J. 2011. Optimizing Mental Health Services in Low-income and Middle-income Countries. *Current Opinion in Psychiatry*. 24(4): 318–323.

nuolatinis patologinis atsakas į šį stresą mokslo pripažinti kaip dažnas reiškiny. Tačiau šie sutrikimai tebekelia daug prieštaringų diskusijų ir vertinimų. Pasigirsta nuomonių, kad reikia radikaliai keisti požiūrį į potrauminio streso sindromą ir vertinti jį ne mediciniu, bet politiniu ir makrosocialiniu požiūriu.

Planuojant atsako į ekstremaliuosius įvykius priemones, būtina užtikrinti psichikos sveikatos tarnybų prieinamumą ir psichosocialinę paramą nukentėjusioms bendruomenėms. Įvairios tarptautinės agentūros ir organizacijos vis geriau sutaria dėl geros praktikos principų teikiant medicinos ir psichosocialinę pagalbą nukentėjusiems nuo įvairių EĮ. Šie principai sudaro palankias sąlygas plėtoti gerą patirtį, išvengti diskriminacijos ir kitų žmogaus teisių pažeidimų teikiant humanitarinę pagalbą.

Dėl ekstremaliųjų situacijų neapibrėžtumo svarbu, kad ekstremaliųjų situacijų valdymo planai būtų lankstūs, patikrinti ir nuolatos atnaujinami. Tam reikalingi adekvatūs išteklių ir pasirengimas. Asmenys, kurie dalyvaus veiksmuose atsakant į EĮ, turi aiškiai suvokti ir būti tinkamai pasiruošę vykdyti jiems nustatytas užduotis tokių įvykių metu. Pasirengimo ekstremaliosioms situacijoms planuose turėtų būti įvertintas psichikos sveikatos ir psichosocialinės paramos poreikis, numatyta, kokios tarnybos užtikrins psichologinę paramą žmonėms, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų (tiek buvusių iki ekstremaliojo įvykio, tiek sukeltų EĮ) bei gelbėjimo veiksmus atliekantiems darbuotojams ir savanoriams.

EĮ žalos mastas visuomenėje yra labai glaudžiai susijęs su pasirengimu pavojingiems įvykiams. Psichikos sveikatos sutrikimams išsivystyti labai svarbus ne tik pats EĮ, bet ir rizikos veiksniai. Visuomenės pasirengimas, reagavimas ir atsigavimo / atsikūrimo procesai po patirtos masinės nelaimės vyksta jų bendruomenės, šalies sociopolitiniame ir kultūriniame kontekste. Efektyviai veiklai užtikrinti tikslinga sudaryti ilgalaikę bendruomenės psichikos sveikatos priežiūros sistemą po EĮ, atsižvelgiant į konkrečios bendruomenės/ visuomenės bei jų aplinkos charakteristikas. Katastrofų medicinos ir visuomenės sveikatos srityje paskirstyti kompetencijas ir išsiugdyti personalą, kuris turėtų gebėjimų, įgūdžių ir žinių dalyvauti visame EĮ valdymo cikle. Įvairių sričių specialistai turėtų paskirstyti pagal kompetencijų lygius katastrofų medicinos visuomenės sveikatos srityje. Šios kompetencijos siejasi su jų numatomu vaidmeniu įvykus nelaimėi.

Literatūra

1. Ahern, J.; Galea, S.; Resnick, H., *et al.* 2002. Television Images and Psychological Symptoms after the September 11 Terrorist Attacks. *Psychiatry*. 65: 289–300.
2. American Psychiatric Association. 2013. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. Bookpoint US.

3. Berger, W.; Coutinho, E. S.; Figueira, I., *et al.* 2012. Rescuers at Risk: A Systematic Review and Meta-regression Analysis of the Worldwide Current Prevalence and Correlates of PTSD in Rescue Workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 47(6): 1001–1011.
4. Bisson, J. I.; Cohen, J. A. 2006. Disseminating Early Interventions following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 19: 583–95.
5. Boiling, R.; Ehrlin, Y.; Forsberg, R., *et al.* 2007. KAMEDO Report 90: Terrorist Attacks in Madrid, Spain, 2004. *Prehospital and Disaster Medicine*. 22(03): 252–257.
6. Boscarino, J. A. 2008. Prospective Study of PTSD and Early-age Heart Disease Mortality among Vietnam Veterans: Implications for Surveillance and Prevention. *Psychosomatic Medicine*. 70: 668.
7. Brandänge, K.; Gustavsson, J. P. 2000. After the MV Estonia Ferry Disaster A Swedish Nationwide Survey of the Relatives of the MV Estonia Victims. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2(1): 63.
8. Carroll, B.; Balogh, R.; Morbey, H., *et al.* 2010. Health and Social Impacts of a Flood Disaster: Responding to Needs and Implications for Practice. *Disasters*. 34(4): 1045–63.
9. Cepeda A.; Saint Onge J. M.; Kaplan, C., *et al.* 2010. The Association Between Disaster-Related Experiences and Mental Health Outcomes Among Drug Using African American Hurricane Katrina Evacuees. *Community Mental Health Journal*. 46(6): 612–620.
10. Ciscar, J. C.; Iglesias, A.; Feyen, L., *et al.* 2011. Physical and Economic Consequences of Climate Change in Europe. *Proceedings of the National Academy of Sciences of USA*. 108: 2678–2683.
11. Creamer, M.; Burgess, P.; McFarlane, A. C. 2001. Post-traumatic Stress Disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*. 31(07): 1237–1247.
12. Darves-Bornoz, J. M.; Alonso, J.; de Girolamo, G., *et al.* 2008. Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*. 21(5): 455–462.
13. Davis, T. E; Grills-Taquechel, A. E.; Ollendick, T. H. 2010. The Psychological Impact from Hurricane Katrina: Effects of Displacement and Trauma Exposure on University Students. *Behavior Therapy*. 41(3): 340–349.
14. Duke, L. M.; Vasterling, J. J. 2005. Epidemiological and Methodological Issues in Neuropsychological Research in PTSD. *In: Vasterling, J.J., Brewin, C.R. (Eds.) Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspective*. New York: The Guilford Press.
15. Ehrlich, M.; Harville, E.; Xiong, X., *et al.* 2010. Loss of Resources and Hurricane Experience as Predictors of Postpartum Depression Among Women in Southern Louisiana. *Journal of Women's Health*. 19(5): 877–884.
16. Ehrlich, M.; Harville, E.; Xiong, X., *et al.* 2010. Loss of Resources and Hurricane Experience as Predictors of Postpartum Depression Among Women in Southern Louisiana. *Journal of Women's Health*. 19(5): 877–884.
17. Ehrlich, M.; Harville, E.; Xiong, X., *et al.* 2010. Loss of Resources and Hurricane Experience as Predictors of Postpartum Depression Among Women in Southern Louisiana. *Journal of Women's Health*. 19(5): 877–884.

18. Felton, C. 2002. Project Liberty: a Public Health Response to New Yorkers' Mental Health Needs Arising From the World Trade Center Terrorist Attacks. *Journal of Urban Health*. 79(3): 429–433.
19. Galea, S.; Nandi, A.; Vlahov, D. 2005. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Oxford Journals Medicine Epidemiologic Reviews*. 27(1): 78–91.
20. Green, B. L.; Lindy, J. D.; Grace, M. C., et al. 1990. Buffalo Creek Survivors in the Second Decade: Stability of Stress Symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 60: 43–54.
21. Hiley-Young, B.; Meyers, D. 1996. *Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals*. DIANE Publishing.
22. IASC. 2007. *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
23. IASC-RG. 2010. *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Israeli Journal of Psychiatry. Geneva: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
24. Irmansyah I.; Dharmono S.; Maramis, A., et al. 2010. Determinants of Psychological Morbidity in Survivors of the Earthquake and Tsunami in Aceh and Nias. *International Journal of Mental Health Systems*. 4: 1752–4458.
25. Yehud, R.; Hallig, S. L.; Grossman, R. 2001. Childhood Trauma and Risk for PTSD: Relationship to Intergenerational Effects of Trauma, Parental PTSD, and Cortisol Excretion. *Development and Psychopathology*. 13: 733–753.
26. Yun, N. Y.; Hamada, M. 2011. A Comparative Study on Human Impacts caused by the 2011 Great East Japan Earthquake and Disaster Mitigation. In *International Symposium on Engineering Lessons Learned from the*.
27. Jacob, K. S.; Sharan, P.; Mirza, I., et al. 2007. Mental Health Systems in Countries: Where are We Now? *The Lancet*. 370(9592): 1061–1077.
28. Kessler, R. C.; Berglund, P.; Delmer, O., et al. 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62(6): 593–602.
29. Kilmer, R. P.; Gil–Rivas, V. 2010. Responding to the Needs of Children and Families after a Disaster: Linkages Between Unmet Needs and Caregiver Functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*. 80(1):135–142.
30. Lau, J. F. T.; Yu, X.; Zhang, J., et al. 2010. Psychological Distress among Adolescents in Chengdu, Sichuan at 1 Month after the 2008 Sichuan Earthquake. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 87(3): 504–523.
31. Lock, S.; Rubin, G. J.; Murray, V., et al. 2012. Secondary Stressors and Extreme Events and Disasters: a Systematic Review of Primary Research from 2010–2011. *PLoS Currents*. 4.
32. Maia, D. B.; Marmar, C. R.; Metzler, T., et al. 2007. Post-traumatic Stress Symptoms in an Elite Unit of Brazilian Police Officers: Prevalence and Impact on Psychosocial Functioning and on Physical and Mental Health. *Journal of Affective Disorders*. 97(1): 241–245.

33. Mitchell, T. L.; Griffin, K.; Stewart, S. H., *et al.* 2004. We Will Never Ever Forget: The Swissair Flight 111 Disaster and its Impact on Volunteers and Communities. *Health Psychology*. 9(2): 245–62.
34. Murthy, R. S. 2005. Human Resources for Mental Health: Challenges and Opportunities in Developing Countries. *International Psychiatry*. 2: 5–7.
35. New Jersey Department of Human Services, Division of Mental Health and Hospitals. *Mental Health/Emergency Disaster Plan*. Newark, NJ: 1991.
36. North, C. S.; Oliver, J.; Pandya, A. 2012. Examining a comprehensive model of disaster-related posttraumatic stress disorder in systematically studied survivors of 10 disasters. *American Journal of Public Health*. 102(10): e40–e48.
37. Penalba, V.; McGuire, H.; Leite, J. R. 2008. Psychosocial Interventions for Prevention of Psychological Disorders in Law Enforcement Officers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
38. Petersen, I.; Lund, C.; Stein, D. J. 2011. Optimizing Mental Health Services in Low-income and Middle-income Countries. *Current Opinion in Psychiatry*. 24(4): 318–323.
39. Sphere Project. 2004. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project.
40. Subbarao, I.; Lyznicki, J. M.; Hsu, E. B., *et al.* 2008. A Consensus-based Educational Framework and Competency Set for the Discipline of Disaster Medicine and Public Health Preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2(1): 57–68.
41. Thurer D. 2007. Dunant's Pyramid: Thoughts on the „Humanitarian Space.“ *Intl Rev Red Cross*, 89: 47–61.
42. Trautman, R.; Tucker, P.; Pfefferbaum, B., *et al.* 2002. Effects of Prior Trauma and Age on Posttraumatic Stress Symptoms in Asian and Middle Eastern Immigrants after Terrorism in the Community. *Community Mental Health Journal*. 38: 459–74.
43. United Nations: Rio Declaration: Rio+20 – The Future We Want. 2012. *Rio de Janeiro: Rio 20 United Nations Conference on Sustainable Development*.
44. Walsh, L.; Subbarao, I.; Gebbie, K., *et al.* 2012. Core Competencies for Disaster Medicine and Public Health. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 6(1): 44–52.
45. Wang, C. W.; Chan, C. L.; Ho, R. T. 2013. Prevalence and Trajectory of Psychopathology among Child and Adolescent Survivors of Disasters: a Systematic Review of Epidemiological Studies across 1987–2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 48(11): 1697–1720.
46. WHO & Wonca. 2008. *Integrating mental Health into Primary Care: A Global Perspective*. Geneva: World Health Organisation.
47. WHO. 2003. *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: World Health Organization.
48. WHO. 2005. *Health and climate change: The Now and How. A Policy Action Guide, World Health Organization Regional Office for Europe*. Copenhagen: World Health Organization.
49. Wickrama, K. A. S.; Wickrama T. 2011. Perceived Community Participation in Tsunami Recovery Efforts and the Mental Health of Tsunami-Affected Mothers: Findings from a Study in Rural Sri Lanka. *International Journal of Social Psychiatry*. 57(5): 518–27.

50. Wind, T. R.; Fordham, M.; Komproe, I. H. 2011. Social Capital and Post-Disaster Mental Health. *Global Health Action*. 4: 1654–9880.
51. Wind, T. R.; Fordham, M.; Komproe, I. H. 2011. Social Capital and Post-Disaster Mental Health. *Global Health Action*. 4: 1654–9880.
52. World Health Organization. 2012. *Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level*.
53. World Health Organization. 2013. *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
54. World Health Organization. Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia [žiūrėta 2014-06-02]. <http://www.who.int/mental_health/resources/tsunami/en/index1.html>.
55. Zhang, Z.; Shi, Z.; Wang, L., et al. 2011. One Year Later: Mental Health Problems among Survivors in Hard-Hit Areas of the Wenchuan Earthquake. *Public Health*. 125(5): 293–300.

Significance of Mental Health Support after Disasters

Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Vilma Miglinė

Vilnius City Public Health Bureau, Lithuania

Summary. *It is forecasted that in the coming decades, Europe will inevitably be affected by very important natural and social upheavals, which can significantly affect public welfare, physical and mental health disorders. That is why it is important to prepare properly. In this context, the emphasis is to be able to effectively adapt to a rapidly changing world. Because of geophysical situation changes, a target would be to create a resistant society, which would be able to neutralize any upheaval impact and timely recover from it. War, armed conflicts, natural and technological disasters have a major psychological and social impact on the affected population. After each disaster, many people experience emotional trauma. Strong emotional upheaval can be experienced not only by those directly involved in the event and/or physical trauma victims, but also by their relatives or even an event unrelated individuals.*

The purpose of this article is to analyze the current scientific literature, highlight the negative impact on the mental health of the risk factors during the emergency and substantiate the necessity to plan mental health related preventive measures.

One of the most common mental health problems after a disaster is a post-traumatic stress disorder (PTSD). Various factors may increase the risk of the development of the PTSD. Social factors play a significant role among them. Psychological resistance is strongly influenced by the perception that during emergency, support to the victims will be provided not only by family, but also by the competent authority which will properly take care of the physical and psychological comfort reset. That is why the emergency plans should include not only search, rescue and other means related to saving lives and physical health, but also means related to psychosocial support services.

It is hardly possible to develop precise scenarios/prognosis of a disaster. Therefore, flexibility, regular checking and update are essential requirements for emergency management planning. Individuals who participate in actions in response to an emergency must have a clear understanding of their role. When planning a response to the disaster, it is necessary to ensure the availability of mental health services and psychosocial support to the affected communities, according to the risk factors, which influence the development of mental health disorders. Therefore, it is extremely important to create a long-term community-based mental health care system for response during and recovery after disasters.

Keywords: *mental health, disaster, post-traumatic stress disorder, risk factors, stressors, prevention.*

Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos instituto profesorė, socialinių mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: viešasis saugumas, e. sveikata, suinteresuotųjų vadyba, socialinės technologijos viešajam valdymui.

Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė, Doctor of Social Sciences, Professor at the Institute of Management, Faculty of Politics and Management, Mykolas Romeris University. Research interests: public safety, e.Health, stakeholder management, social technologies in public sector.

Vilma Miglinė, Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro visuomenės sveikatos stiprinimo vyriausioji specialistė, prevencinių programų koordinatorė.

Vilma Miglinė, Senior public official for public health promotion and coordination of preventive programs at Vilnius City Public Health Bureau.