



Kuriame
Lietuvos ateitį

2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

Jaunimo psichikos sveikatos stiprinimas Lietuvoje

Tyrimo ataskaita

Tyrimas atliktas įgyvendinant projektą „Lietuvos jaunimo organizacijų tarybos dalyvavimo viešojo valdymo sprendimų priėmimo stiprinimas“

Turinys

Įvadas.....	3
1. Jaunimo psichikos sveikatos samprata.....	4
2. Jaunimo psichikos sveikatos situacija Lietuvoje.....	6
3. Psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje.....	12
4. Jaunimo psichikos sveikatos stiprinimo empirinis tyrimas (interviu ir fokus grupė)	18
4.1. Empirinio tyrimo metodika.....	18
4.2. Empirinio tyrimo rezultatai.....	21
Išvados.....	25
Rekomendacijos	28
Literatūros sąrašas	31

Įvadas

Psichikos sveikata išskiriama kaip viena esminių sveikatos sudedamųjų dalių ir suvokiama kaip geros savijautos būseną, kurioje individas suvokia savo gebėjimus, gali susidoroti su įprastomis stresinėmis situacijomis, produktyviai ir našiai dirbti bei įnešti savo indėlį į bendruomenę (Galderis, 2015 cit. iš Gaudiešiūtė, Kavaliauskaitė, 2020), tačiau įvairių tarptautinių organizacijų (PSO, UNICEF, OECD ir kt.) atlikti tyrimai atskleidžia, jog gerėjant pragyvenimo lygiui, ilgėjant prognozuojamai gyvenimo trukmei ir t.t., psichikos sveikatos sutrikimai ir (ar) sunkumai išlieka problemine sritimi, o viena jautriausių sunkumus patiriančių grupių – vaikai ir jaunimas.

Siekiant identifikuoti esamą jaunimo psichikos sveikatos situaciją Lietuvoje, atsižvelgiant į jiems teikiamų paslaugų kompleksiskumą ir galimai patiriamų sunkumų ir dirgiklių šaltinius, šiame tyrime psichikos sveikata bus analizuojama integruojant paauglystės ir suaugusiųjų psichikos sveikatos rodiklius bei atskiroms grupėms teikiamų paslaugų apžvalgą.

Tikslas – išnagrinėti jaunimo psichikos sveikatos situaciją Lietuvoje ir pasiūlyti priemones, formuojančias palankią jaunimo psichikos gerovei aplinką.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti jaunimo psichikos sveikatos raiškos turinį.
2. Apžvelgti jaunimo psichikos sveikatos situaciją Lietuvoje .
3. Identifikuoti psichikos sveikatos paslaugas Lietuvoje, jų teikime dalyvaujančias organizacijas ir jų tarpusavio ryšius.
4. Atlikti empirinį jaunimo psichikos sveikatos situacijos Lietuvoje tyrimą.
5. Remiantis atlikta analize, pateikti rekomendacijos institucijoms, kaip stiprinti jaunimo psichikos sveikatą Lietuvoje.

Tyrimo metu naudoti metodai: mokslinės literatūros analizė, teisės aktų ir dokumentų analizė, antrinių statistinių duomenų analizė, pusiau struktūrizuotas interviu, grupinės diskusijos (fokus grupės).

1. Jaunimo psichikos sveikatos samprata

PSO duomenimis, bent 1 iš 4 žmonių nors kartą gyvenime patiria psichikos sveikatos sutrikimą, bet dauguma asmenų, gavę specialistų pagalbą, pasijunta geriau, todėl svarbu, kad ji būtų suteikta laiku, priimtinu būdu ir patenkintų individualius asmens poreikius (Sveikatos apsaugos ministerija, 2020). Tačiau svarbu tai, kad pati sąvoka „psichikos sveikatos sutrikimas“ apima klinikinių simptomų grupės ar elgesio pakitimus, tačiau jaunimas susiduria ir su psichikos sveikatos sunkumais (vadinamomis elgesio ar psichikos problemos), kurie neatitinka tarptautinės ligų klasifikacijos klinikinės diagnozės slenksčio, tačiau panašiai kaip ir sutrikimai yra reikšmingi dėl patiriamo distreso, problemų funkcionuojant socialiniame, darbo ar šeimos kontekste (Gaudiešiūtė, Kavaliauskaitė, 2020), todėl psichikos sveikatos klausimas turi būti analizuojamas platesniame, nei jaunimo psichikos sutrikimų kontekste.

Remiantis OECD (2019), gerai veikiančios psichikos sveikatos sistemos principais, tam reikalingos paslaugos ir aplinka turėtų apimti:

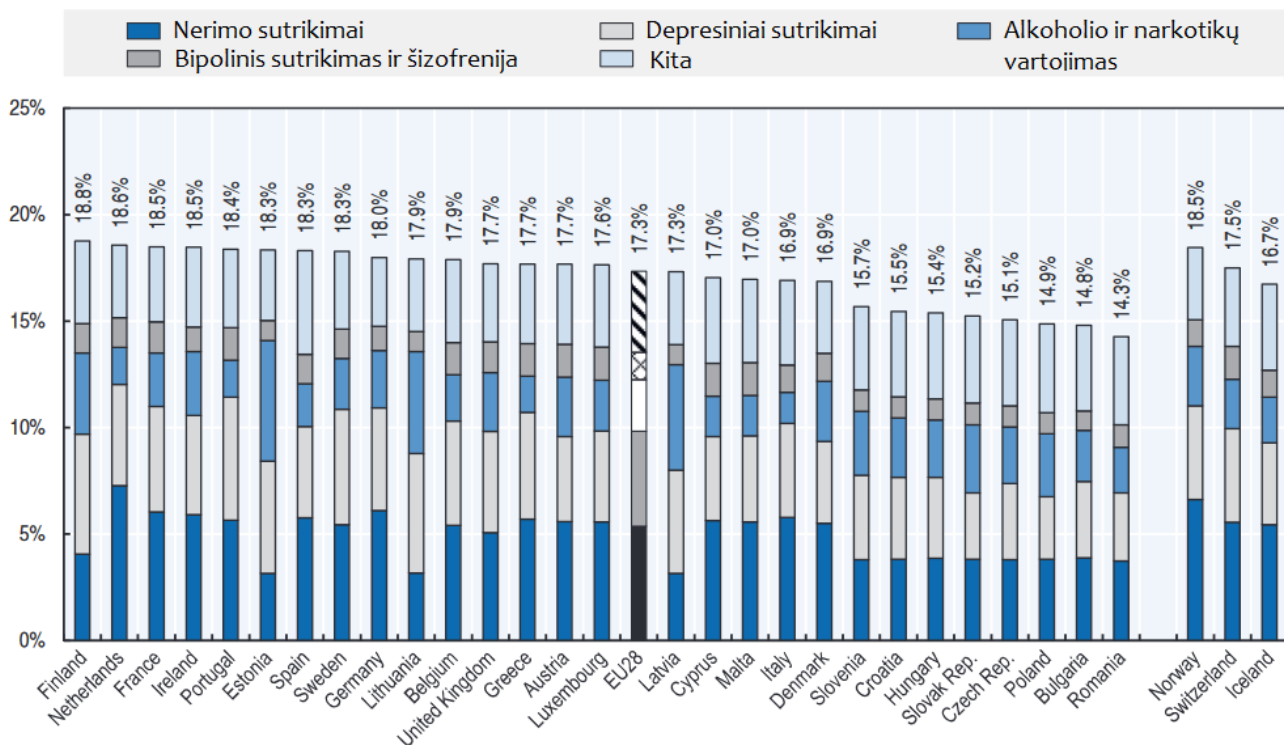
1. susitelkimą į individą, patiriantį psichikos ir elgesio sutrikimą;
2. prieinamas, aukštos kokybės psichikos sveikatos paslaugas;
3. integruotą, tarpsektorinį požiūrį į psichikos sveikatą;
4. psichikos ir elgesio sutrikimų prevenciją ir psichologinės gerovės stiprinimą;
5. stiprią lyderystę ir gerą valdymą;
6. į ateitį nukreiptą ir inovatyvų požiūrį.

Šių principų įgyvendinimas turėtų užtikrinti (i) psichikos sveikatai palankią aplinką mokyklose ir darbovietėse, (ii) reikiamo dėmesio ir paslaugų asmeniui, susiduriančiam su sunkumais, prieinamumą ir tinkamumą, (iii) pagerintų asmens sveikatos būklę bei sumažintų psichikos sveikatos stigmą.

Kitas svarbus aspektas - dėl esamo psichikos sveikatos kompleksiško, tiek jaunimo, tiek kitų grupių psichikos gerovės vertinimas yra sudėtingas ir labiau remiasi rodikliais, atspindinčiais atskirų psichikos problemų pasekmes (pvz. savižudybių skaičius, diagnozuotų psichikos sutrikimų skaičius ir t.t.), kas nesudaro sąlygų priimti įrodymais grįstus savalaikius sprendimus, kurie sukurtų tinkamą jaunimo psichikos sveikatai formuotis aplinką.

Atlikti OECD (2018) tyrimai atskleidžia, jog informacijos apie psichikos sveikatos problemų paplitimą visose ES šalyse trūksta ir turimi gyventojų apklausų duomenys dažnai apsiriboja keletu specifinių psichikos sveikatos sutrikimų analize. Sveikatos metrikos ir vertinimo institutas (IHME), remdamasis įvairiais duomenų šaltiniais ir prielaidomis, pateikia įvairių psichikos sveikatos sutrikimų paplitimo visose įtariamose grupėse įvertinimus, kuriais remiantis daugiau nei kas šeštas žmogus ES šalyse turi psichikos sveikatos ir (ar) elgesio sutrikimų (1 pav.). Lietuvoje įvairių rūšių sutrikimus patiria

17,9 proc. gyventojų (dažniausi depresijos bei alkoholio ir narkotikų sukelti elgesio sutrikimai), kas yra 0,6 proc. daugiau nei ES vidurkis, bet realus su psichikos problemomis susiduriančių asmenų skaičius gali būti gerokai didesnis.



1 pav. Psichikos sveikatos ir (ar) elgesio sutrikimai EU šalyse

Šaltinis: IHME, 2018 cit. iš OECD/EU (2018, p. 22)

Analizuojant 14-29 m. jaunimo psichikos sveikatos situaciją susiduriama su šios problemos kompleksiskumo problema. Visų pirma, jaunimo psichikos sveikata dažniausiai analizuojama integruojanti vaikų (paauglių) ir jaunų suaugusiųjų psichikos sveikatos klausimus, jaunimo psichikos sveikatos neišskiriant kaip atskiro studijų objekto. Antra, sergamumas psichikos ligomis, nustatyti elgesio sutrikimai ir pan., neapima visų psichikos sveikatos aspektų. Trečia, sveikatos problemos formuojasi dar vaikystėje arba paauglystėje, tačiau vaikai iki 10 m. amžiaus patys dar negali atpažinti ir aiškiai nusakyti savo emocinės, psichikos sveikatos būklės, o 10–18 m. amžiaus jaunuoliai gali būti linkę užsisklęsti ir likti be pagalbos (UAB „Civitta“, 2017). Tad itin svarbu identifikuoti su kokiomis psichikos sveikatos problemomis susiduria jaunimas, kas jas sukelia bei kokios priemonės galėtų būti taikomas siekiant jų išvengti arba suteikti pagalbą, o analizuojant jaunuolių psichikos sveikatos stiprinimą, psichikos sveikatos sutrikimų rizikos veiksniai turėtų būti skirstomi į tris grupes: (i) biologinius (genetinis polinkis, fizinės ligos ir kt.); (ii) psichologinius (santykiai su tėvais / globėjais,

bendraamžiais, mokymosi krūvis ir kt.); (iii) socialinius (skurdas, smurtas, visuomenės grupių netolerancija ir kt.) (UAB „Civitta“, 2017, p. 20).

2. Jaunimo psichikos sveikatos situacija Lietuvoje

Analizuojant vaikų ir paauglių psichikos sveikatą svarbu paminėti, jog pagal bendrus vaikų gerovės vertinimo rezultatus Lietuva užima tik 33 vietą iš 38 šalių, o pagal geros psichikos sveikatą užima tik 36 poziciją (UNICEF, 2020). Atlikti 2018 m. tyrimai (PSO, 2020) atskleidžia, jog Lietuvoje penkiolikmečiai patiria daug skirtingų emocinių, psichologinių bei socialinių dirgiklių (1 lent.) ir ypatingai jautri sritis – patyčios. Lietuva pagal 11, 13 ir 15 metų amžiaus vaikų statistiką patenka į tarp valstybių, kuriose daugiausia vaikų patiria patyčias, arba patys tyčiojosi iš kitų tiek gyvai, tiek internetinėje erdvėje sąrašą. Taip pat didelė dalis jaunuolių jaučia įtampą, spaudimą mokykloje ir kitus dirgiklius. Tik 24 proc. merginų ir 44 proc. vaikinų savo sveikatą vertina labai gerai.

1 lentelė. Paauglių sveikata ir savijauta Lietuvoje

Penkiolikmečiai Lietuvoje:		Merginos proc.	Vaikinai proc.
Savo sveikatą įvertino kaip labai gerą		24	44
Kelis kartus per savaitę jaučia sveikatos sutrikimus		50	27
Dažniau nei kartą per savaitę:	yra blogos nuotaikos	31	15
	jaučiasi irzlūs	39	23
	yra nervingi	42	23
Per pastarąsias 30 d.:	vartojo alkoholį	34	31
	buvo girti	19	22
	rūkė	27	31
	vartojo kanapes	5	10
per pastaruosius porą mėnesių mažiausiai du kartus mokykloje susidūrė su patyčiomis, kai:	patyrė patyčias ¹	21	26
	tyčiojosi kitų atžvilgiu ²	15	30
per pastaruosius porą mėnesių mažiausiai du kartus internete susidūrė su patyčiomis	patyrė patyčias ³	16	29
	tyčiojosi kitų atžvilgiu ⁴	14	31
Jaučia stiprų šeimos palaikymą		65	69
Jaučia stiprų bendraamžių palaikymą		67	55
Jaučia mokytojų palaikymą		28	40
Jaučia spaudimą dėl krūvio mokykloje		70	54

Šaltinis: sudaryta autorių pagal PSO, 2020

¹ Pirma vieta tarp visų šalių

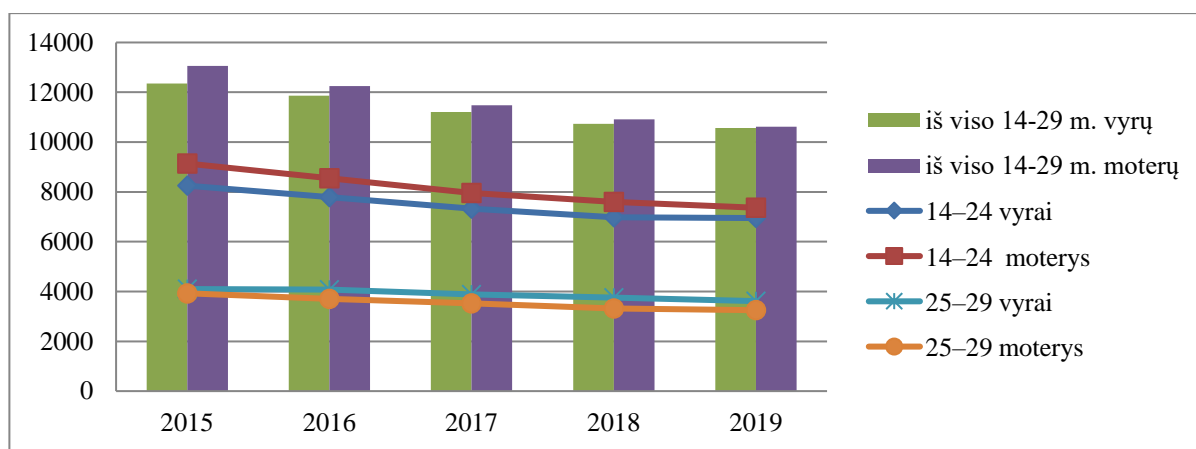
² Pirma vieta tarp visų šalių

³ Pirma vieta tarp visų šalių

⁴ Trečia vieta tarp visų šalių (Lietuvą „lenkia“ Latvija ir Ukraina)

Jaunimo sveikata. Analizuojant jaunimo sveikatos rodiklius, išskirtina, jog Statistikos departamento duomenimis (2020) 2019 m. sergančių 14–29 metų amžiaus asmenų skaičius buvo 822 220, iš kurių 356 429 vyrai ir 465 783 moterys (bendras jaunimo skaičius 507 533), tad vidutiniškai vienas jaunuolis sirgo 1,62 karto. Dažniausios 2015-2019 m. buvo kvėpavimo sistemos ligos (20,63proc.), virškinimo sistemos ligos (11,37proc.) bei sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikri išorinių poveikių padariniai (10,35proc.).

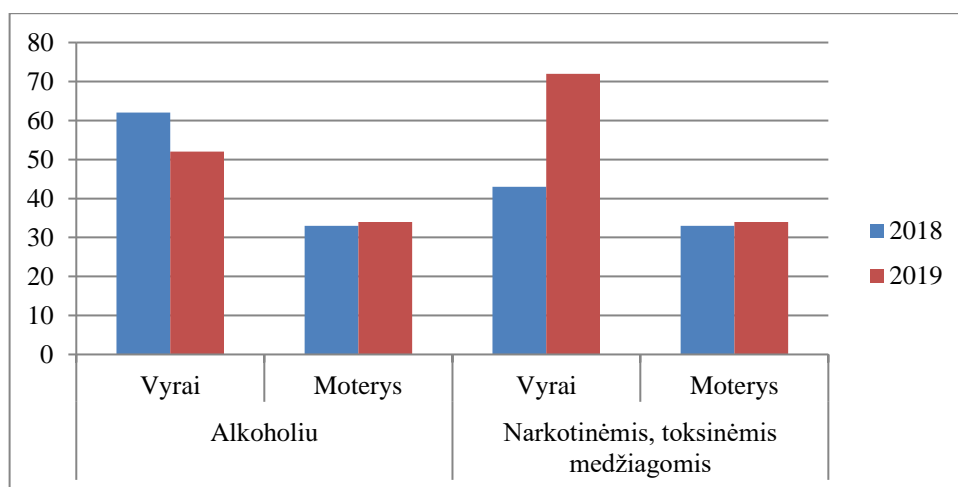
Nustatyti psichikos ir elgesio sutrikimai 2015-2019 m. sudarė 2,62proc. nuo visų diagnozuotų ligų. Jų pasiskirstymas pagal lytį ir amžiaus grupes pateiktas 2 pav., iš kurio matoma, jog šie sutrikimai įprastai diagnozuojami 14-24 m. amžiaus jaunimui, ir sergančių šiomis ligomis skaičius, nepriklausomai nuo lyties, panašėja.



2 pav. Sergančių 14–29 metų amžiaus asmenų skaičius. Ligų grupė: Psichikos ir elgesio sutrikimai

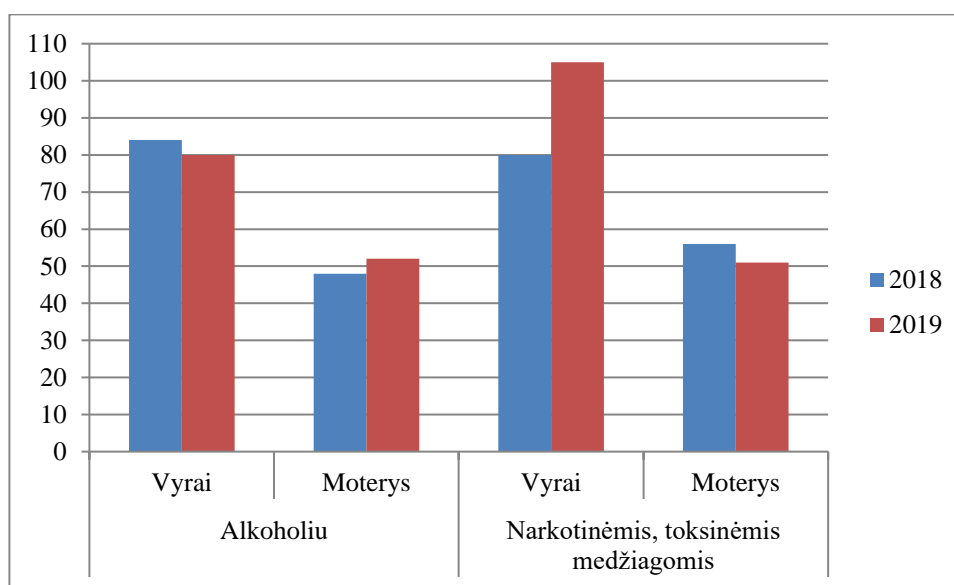
Šaltinis: Statistikos departamentas (2020)

Analizuojant jaunimo sveikatą, itin aktualu jų vartojamo alkoholio, tabako ir narkotinių medžiagų statistika, nes tai sąlygoja bendrą jų sveikatos būseną bei gali sukelti ilgalaikes pasekmes. Kaip pateikta 1 lent., apie 1/3 penkiolikmečių prisipažįsta per pastarąsias 30 dienų naudoję alkoholį, o Statistikos departamento duomenimis, per 2018-2019 m. Lietuvoje užregistruoti 363 vaikai, kurie užregistruoti pirmą kartą vartoję alkoholį, narkotines, toksines medžiagas (3 pav.) ir 556 vaikai, piktnaudžiaujantys šiomis medžiagomis (4 pav). Taip pat analizuojant jų įpročius išskirtina, kad rūkantys 15-24 m. asmenys, įprastai surūko nuo 6 iki 10, arba nuo 15 iki 20 cigarečių per parą, kas parodo, jog tai yra nuolatinis jų įprotis (Statistikos departamentas, 2020).



3 pav. Vaikai, pirmą kartą užregistruoti piktnaudžiaujantys alkoholiu, narkotinėmis, toksinėmis medžiagomis

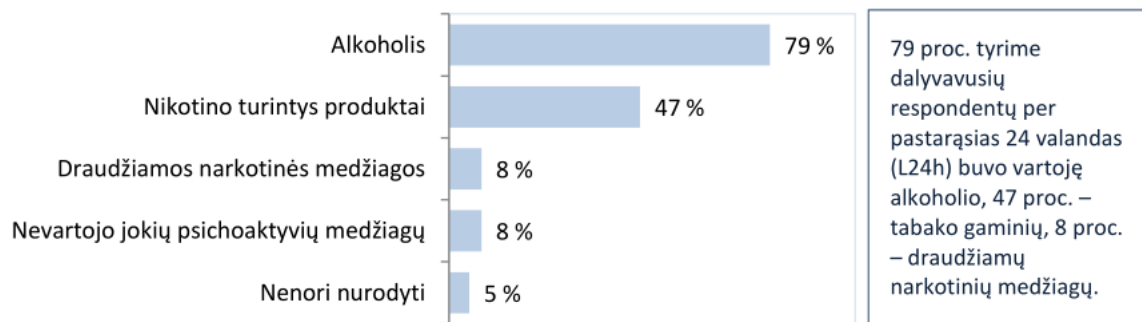
Šaltinis: Statistikos departamentas (2020)



4 pav. Vaikai, užregistruoti piktnaudžiaujantys alkoholiu, narkotinėmis, toksinėmis medžiagomis

Šaltinis: Statistikos departamentas (2020)

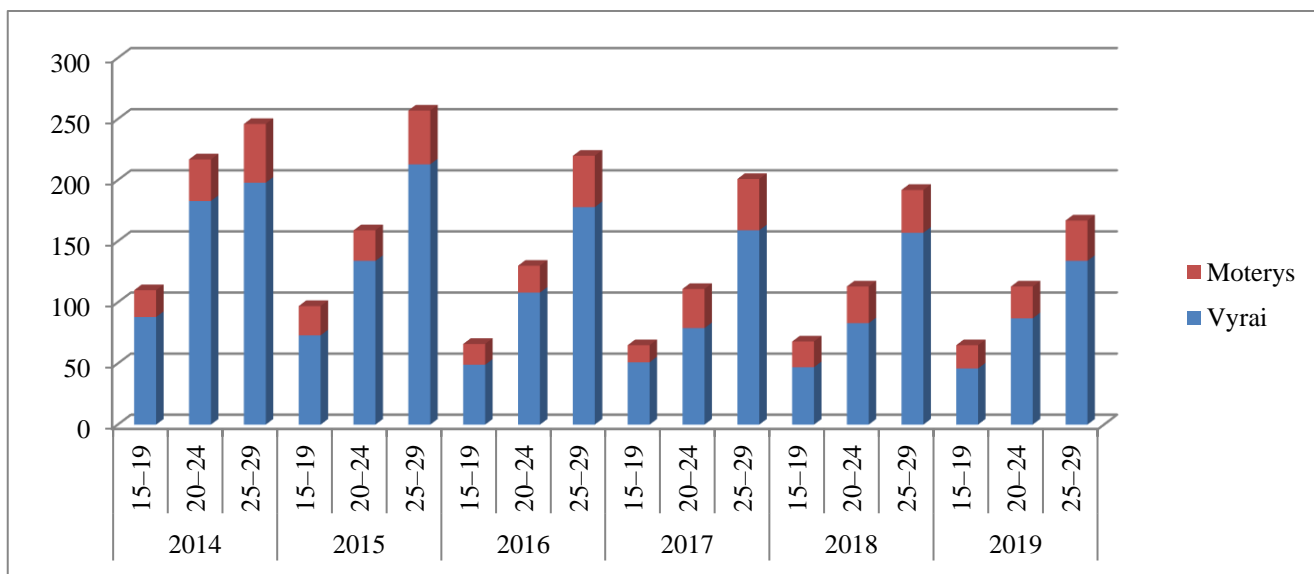
2017 m. atlikto tyrimo, kuriame buvo apklausiami Lietuvos naktinių pasilinksminimo vietų lankytojai (69proc. respondentų nuo 18 iki 29 m.), rezultatai atskleidžia, kad dažniausiai naudojamos medžiagos Lietuvoje yra alkoholis ir nikotino turintys produktai (5 pav.). Ir nors Eurobarometro (2011), psichoaktyviųjų medžiagų prieinamumas Lietuvoje mažesnis nei ES šalių vidurkis, tačiau net 49 proc. respondentų nurodė, jog draudžiamų narkotinių medžiagų įsigyti yra paprasta (Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, 2018)



5 pav. Psichoaktyvių medžiagų vartojimas

Šaltinis: Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (2018)

Jaunimo mirtingumas. Nors jaunimo mirtingumas lyginant 2014 ir 2019 m. kasmet mažėjo (sumažėjo nuo 573 iki 345), tačiau tai kasmet sudaro apie 0,07 proc. nuo viso jaunimo, ir didžiausias mirtingumas yra tarp 25-29 m. amžiaus jaunimo, ypač vyrų (6 pav.).

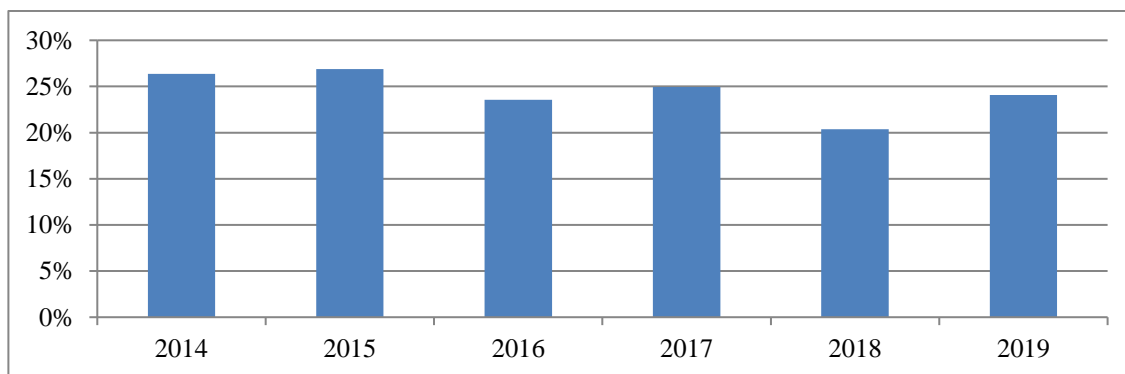


6 pav. 15–29 metų amžiaus asmenų mirtingumas Lietuvoje

Šaltinis: Statistikos departamentas (2020)

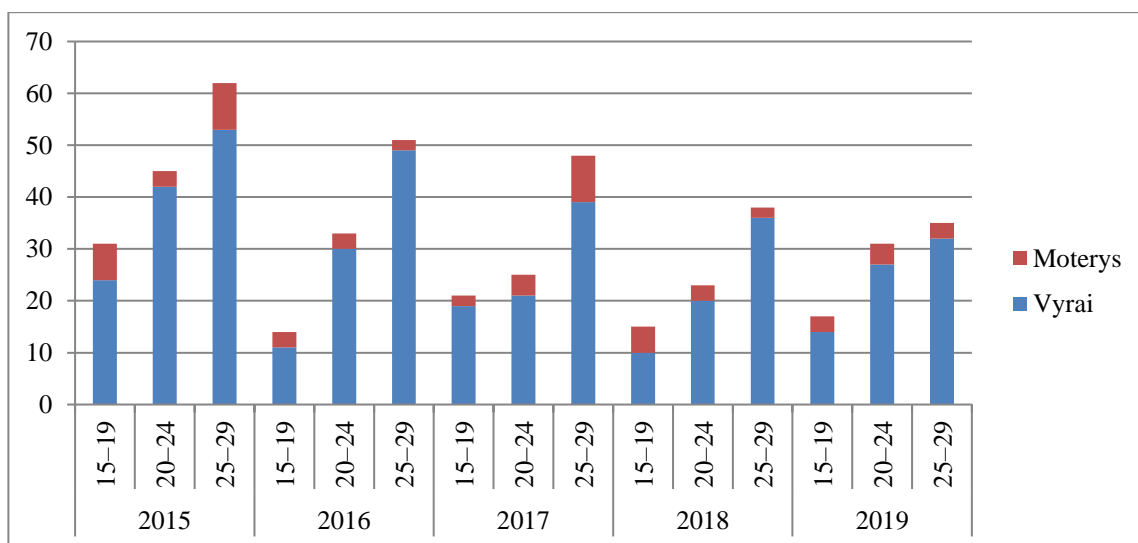
PSO (2017) duomenimis savižudybė yra pirma pagal svarbumą paauglių mirties priežastis tarp mažas ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse ir pagal 2 pagal svarbumą paauglių mirties priežastis tarp didelės pajamas gaunančiose šalyse. Bendras mirčių dėl savižudybės procentas tarp 10–19 metų paauglių 2017 m., šalyse priklausančioms PSO, buvo 15 proc. tuo tarpu Lietuvoje jis viršijo net 20 proc. ir Lietuvos savižudybių statistika buvo antra pagal blogumą PSO šalyse.

Remiantis statistikos departamento (2020) duomenimis, ši situacija negerėja ir 2019 m. tarp 15-29 m. jaunuolių, 2014-2019 m. savižudybės vidutiniškai sudarė 24,36 proc. (7 pav.) nuo visų mierties priežasčių, o daugiausia jų buvo įvykdyta tarp 25-29 m. vyrų (8 pav).



7 pav. 15–29 metų amžiaus asmenų mirtingumo dėl tyčinių susižalojimų (savižudybės) procentas nuo visų mirčių

Šaltinis: sudaryta autorių remiantis Statistikos departamento (2020) duomenimis



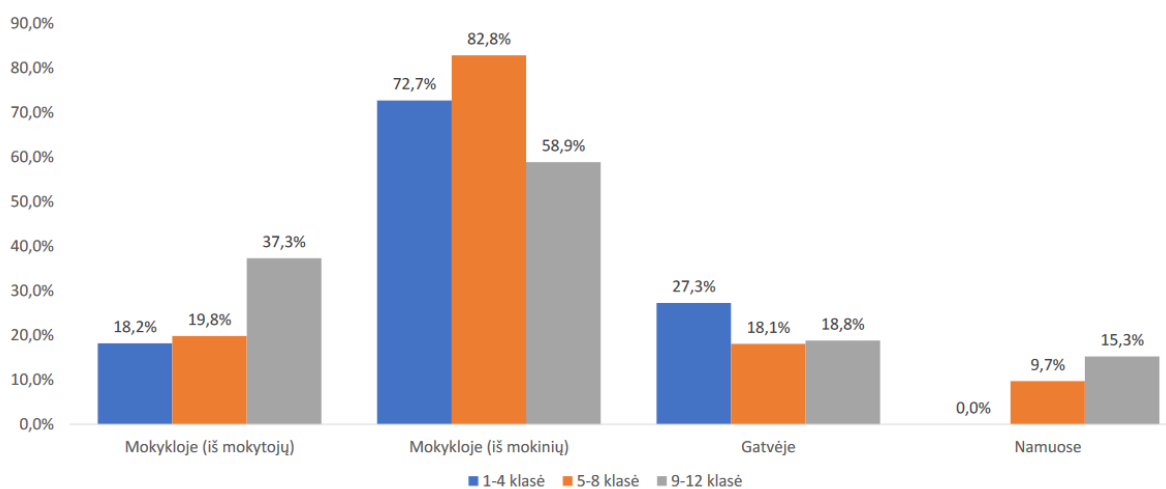
8 pav. 15–29 metų amžiaus asmenų mirtingumas Lietuvoje: tyčiniai susižalojimai (savižudybė)

Šaltinis: Statistikos departamentas (2020)

Valstybinio psichikos sveikatos centras (2017) pastebi, jog tiek artimųjų, tiek „vartininkų – profesionalų“, savo darbinėje veikloje dažnai susiduriančių su krizėje esančiais asmenimis (pvz., šeimos gydytojų, policininkų, socialinių darbuotojų), gebėjimas atpažinti ir rimtai vertinti savižudybės krizės ženklus yra ribotas (visose amžiaus grupėse). Remiantis jų tirtais atvejais, psichikos sveikatos specialistai arba neatpažino savižudybės rizikos, arba pagalbos teikimas nebuvo pakankamai efektyvus,

kad užkirstų kelią savižudybei (prieš mirtį 76 proc. nusižudžiusių lankėsi pas gydytoją (36 proc. atvejų – pas šeimos gydytoją, beveik 40 proc. lankėsi pas psichiatrą), 27 proc. susidūrė su teisėsauga, 18 proc. gavo socialinę pagalbą, tačiau savižudybės rizika nebuvo pastebėta ar tinkamai į tai reaguota. Kalbant apie jaunimo savižudybes, tai dar sudėtingesnė tema, nes šiame procese dalyvauja dar daugiau skirtingų institucijų.

Smurtas. Statistikos departamento duomenimis (2020), kas 10-as dėl smurto artimoje aplinkoje nukentėjęs – vaikas iki 18 metų amžiaus, tačiau smurto sąvoka apima daug platesnį problemų lauką, dėl kurios nėra fiksuojamos šioje statistikoje. Lietuvos moksleivių sąjungos (2018) atlikto tyrimo duomenimis, 25 proc. mokinių patys arba jų draugai susiduria su smurtu (fiziniu, psichologiniu, seksualiniu, nepriežiūra). Dažniausia smurtas patiriamas mokykloje iš kitų mokinių bei iš mokytojų (9 pav.). Svarbu pastebėti ir tai, jog atitinkamai, 33 proc. mokytojų susiduria su smurtu patys arba susiduria jų kolegos, o smurtautojais, naudojančiais prieš juos psichologinį smurtą, įvardijami mokiniai.



9 pav. Moksleivių, patiriančių smurtą, nurodomos smurto aplinkybės

Šaltinis: Lietuvos moksleivių sąjunga (2018)

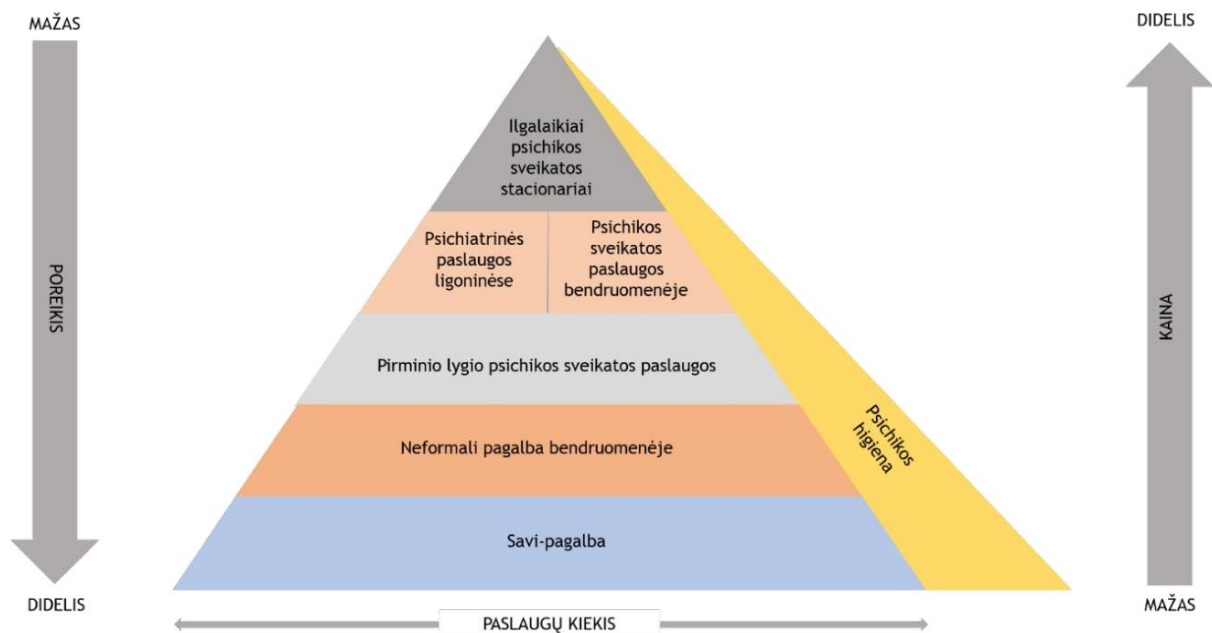
MOSTA tyrimas atskleidžia, kad patyčių paplitimo mastas yra panašus tiek didžiųjų miestų, tiek regionų mokyklose, tačiau skirtumai pastebimi vertinant skirtingas švietimo įstaigas: gimnazijose ir vidurinėse mokyklose patyčias paplitusiu reiškiniu laiko ketvirtadalis moksleivių, profesinėse mokyklose ši dalis kone dvigubai didesnė – net 42 proc. Labai svarbu ir tai, kad tyrimas rodo, jog mokytojai patyčias pastebi gerokai rečiau nei moksleiviai, ypač profesinėse mokyklose, kuriose mokytojai patyčias laiko paplitusiu reiškiniu net 3,5 karto rečiau nei mokiniai (STRATA, 2017), kas kelia klausimus apie tai, kiek mokyklos bendruomenė geba jas atpažinti ir daryti poveikį.

Tiriant 11 – 14 m. paauglių patiriamą socialinį nerimą, net 26,2proc. jų įvardija patyrę bent vienos rūšies smurtą, kuris dažniausia pasireiškia kaip emocinis apleistumas arba emocinis smurtas. Šios trauminės patirties buvimas yra susijęs su vėliau patiriamu aukštesniu socialinio nerimo lygiu bei gebėjimų reflektuoti paauglystėje prastesniais rodikliais, kas sąlygoja ir tolimesnę asmenybės vystymąsi (Skabeikytė ir kt. 2019, p. 92). MOSTA duomenimis, „mokinių, besimokančių probleminėse mokyklose, gamtamokslio rezultatai net 55 taškais mažesni nei kitų mokyklų moksleivių. Tai reiškia, kad mokiniai, susiduriantys su patyčiomis, žinių lygiu nuo bendraamžių atsilieka maždaug pusantrų metų” (STRATA, 2017).

Apibendrinat jaunimo psichikos sveikatos situacija Lietuvoje svarbu pažymėti, kad didelė dalis jaunimo (įskaitant vaikus) jaučia nuolatinį stresą ir kitus dirgiklius darančius neigiamą poveikį jų psichikos gerovei, taip pat itin aktualūs jaunimo patyčių, žalingų įpročių, savęs žalojimo ir kiti klausimai, kas sąlygoja tolimesnę jų raidą ir gali sukelti negrįžtamą žalą jų sveikatai ar net gyvybei. Tad siekiant užtikrinti tinkamų ir savalaikių paslaugų jiems teikimą svarbus jaunuolių, patiriančių psichikos sveikatos problemas, atpažinimas ir paslaugas teikiančių organizacijų tinklo veikla bei prevencinės priemonės.

3. Psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje

PSO rekomenduoja organizuoti sveikatos priežiūrą piramidės principu (10 pav.) ir atsižvelgdamos į naujausius ekonominius skaičiavimus, užsienio šalys vis daugiau investuoja į pirminio lygio psichikos sveikatos paslaugas ir jų kokybę, nes teigiama, jog būtent šios grandies stiprinimas duoda didžiausią grąžą (VšĮ Investuok Lietuvoje, 2018). Vis gi – jos įprastai yra skirtos esamoms problemoms šalinti, o ne prevencijai, todėl remiantis šia piramide, pagrindinės sritys, į ką turėtų būti kreipiamas dėmesys tai savi-pagalba bei neformali pagalba bendruomenėje asmeniui, susiduriančiam arba esančiam rizikoje susidurti su psichikos sveikatos problemomis. Nors šios psichikos sveikatos sritys nėra „institucionalizuotos“, visgi labai svarbu tai, kokį vaidmenį šiame procese įgyvendinta tiek valstybės lygmens institucijos, tiek savivaldybės lygmeniu veikiančios įstaigos (sveikatos biurai, mokyklos ir neformaliojo ugdymo įstaigos bei kt.) vykdydamos įvairias prevencines programas, suteikdamos informaciją jaunimui (ir jų tėvams) psichikos sveikatos ir kitais su tuos susijusiais klausimais, gebėdamos atpažinti galimas rizikas bei sunkumus patiriančius asmenis, o esant poreikiu juos nukreipdamos į kitas atitinkamas institucijas.



10 pav. Psichikos sveikatos organizavimo priemonės

Šaltinis: PSO, cit iš. VšĮ Investuok Lietuvoje (2018)

Analizuojant paslaugų prieinamumą ir esamą infrastruktūrą Lietuvoje, galima paminėti, kad:

- PSO (2017) Lietuvoje 100 tūkst. gyventojų tenka 15,86 psichologų ir 18,45 psichiatrai, iš kurių 3,17 vaikų psichiatrai.
- Švietimo mokslo ir sporto ministerijos duomenimis (2019) bendrojo ugdymo mokyklose dirbo 2,3 tūkst. pagalbą mokiniui teikiančių specialistų (socialinių pedagogų, specialiųjų pedagogų, psichologų, socialinių darbuotojų). Tačiau šimtui mokinių vidutiniškai teko vos 0,7 specialisto. Taip pat 74 proc. švietimo pagalbą teikiančių specialistų dirba miestuose, todėl, pavyzdžiui, mieste vienam psichologui tenkant 1751 vaikui, kaime teko 15763 vaikai;
- ES šalyse tiesioginėms ir netiesioginėms išlaidoms susijusioms su psichikos sveikatos problemomis vidutiniškai skiriama 4,1 proc. nuo BVP, tačiau Lietuvoje išlaidoms susijusioms su psichikos sveikatos problemomis skiriama tik 2,64 proc. nuo BVP (OECD, 2018);
- Įstaigos ir organizacijos, dalyvaujančios savižudybių prevencijoje, teikiančios pagalbą su savižudybės rizika ir kitomis psichikos sveikatos problemomis susijusiems asmenims skirtingos funkcijų pobūdžiu, žmogiškaisiais ištekliais bei netolygiai pasiskirsčiusios šalies teritorijoje bei nėra vienos atsakingos už asmens palydėjimą organizacijos (11 pav.), todėl ypač svarbus tinkamas visos sistemos koordinavimas, informacijos dalijimasis tarp sistemos dalyvių ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas (Valstybės kontrolė, 2017).

tik priemonių parengimui, bet ir jų taikymui ir rezultatų stebėsenai ilguoju laikotarpiu. Taip pat pastebėtina, jog šiose veiklose aktyviau įtraukiamos ir dalyvauja įvairios viešojo sektoriaus institucijos, o nevyriausybinių organizacijų veikla apsiriboja veikimu atskirose srityse bei nėra išnaudojamas jų galimas potencialas teikiant paslaugas ir (ar) įgyvendinant psichikos sveikatos programas.

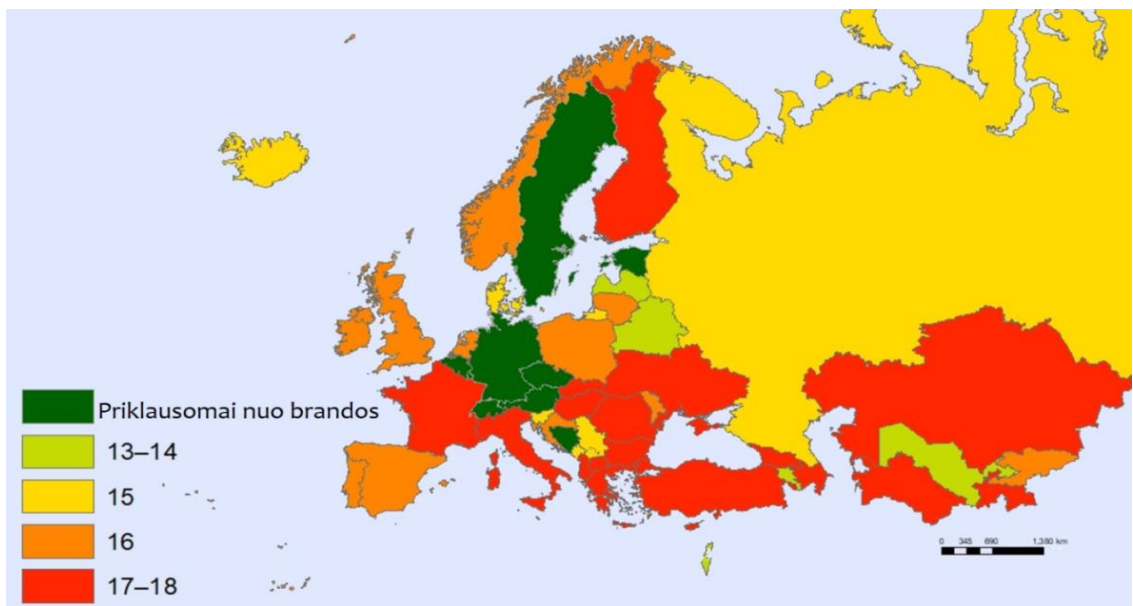
Analizuojant paslaugas jaunimui, kaip tikslinei grupei, paminėtina nuo 2014 metų pradėta vykdyti „Adaptuoto ir išplėsto jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų“ (JPSP) teikimo modelio įdiegimo programa (projekto vykdymas baigėsi 2018-2019 metais, o nuo 2020 metų pradėtos JPJPP tęstinumo procedūros). Šio projekto tikslas – „sukurti ir įdiegti jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų modelį Lietuvoje, kurio pagrindinė funkcija – per paslaugų teikimo protokolus apjungti į vieningą tinklą jau egzistuojančius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus ir gerinant jų bendradarbiavimą teikti efektyvesnes jaunimui pritaikytas sveikatos priežiūros paslaugas taip užtikrinant sveikatos netolygumų mažinimą.“ Įgyvendinant projektą, buvo įkurti 12 JPSP koordinacinių centrų (Elektrėnuose, Gargžduose, Klaipėdoje, Vilniuje, Varėnoje, Ukmergėje, Šakiuose, Plungėje, Pasvalyje, Jonavoje, Biržuose ir Rokiškyje)⁷, kurie konsultuoja ir nukreipia jaunimą pas tinkamus specialistus su sveikata susijusiais klausimais, konsultuoja ir koordinuoja specialistus dėl jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir kt.

Nepaisant to, Lietuvoje net ir tose savivaldybėse kur diegiamas JPJPP susiduriama su šių paslaugų prieinamumo apribojimais:

1. Psichikos sveikatos centre nemokamų psichologo konsultacijų skaičius ribojamas (iki 5 konsultacijų per metus), o už papildomas psichologo konsultacijas reikia sumokėti, kas neužtikrina paslaugų tęstinumo. Taip pat dėl specialistų trūkumo dalyje įstaigų susiformuoja laukiančiųjų eilės.

2. Kaip ir didelėje dalyje kitų šalių (12 pav.) susiduriama su problema, jog paaugliams leidžiama naudotis sveikatos (įskaitant psichikos sveikatos) paslaugomis be tėvų tik nuo 16 m. PSO duomenimis (2019), mažiau nei 25proc. šalių leidžia paaugliams naudotis sveikatos paslaugomis pagal brandą be tėvų sutikimo, o 13-14 m. asmenys jas gali gauti tik keletoje šalių, tad esant jaunesniam nei 16 m. susiduriama su rizika esant tam tikroms aplinkybėms ir nesant tėvų palaikymui laiku negauti reikiamos pagalbos ir to pasekoje didėjančiomis psichikos sveikatos problemomis.

⁷ Išsamesnė informaciją apie kiekvieno iš šių centrų vykdomas veikas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklapyje: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/programos-ir-projektai/norvegijos-paramos-programa/aktualijos-1/vilniuje-ivyko-jaunimui-palankiu-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modeli-diegianciu-savivaldybiu-atstovu-susitikimas>



12 pav. Šalių, kuriose leidžiama paaugliams naudotis sveikatos paslaugomis pagal brandą be tėvų sutikimo

Šaltinis: PSO (2019)

Remiantis šiais tyrimais, pažymėtina, jog kalbant apie institucionalizuotą pagalbą išskirtinos problemos yra tai, jog:

1. Šioje srityje veikia daug skirtingo lygmens institucijų, kurių funkcijos tarpusavyje persipynusios ir dažnu atveju nėra vienos institucijos, kuri būtų atsakinga už vienos konkrečios psichikos sveikatos srities kuravimą. Kitas svarbus aspektas tai, kad dažnu atveju vykdomos psichikos sveikatos veiklos nėra pagrindinė ar prioritetinga atsakingų institucijų veikla (Valstybės kontrolė, 2017).

2. Nėra vieningos stebėsenos sistemos, kuri leistų įvertinti, kiek asmenų (įskaitant jaunimą) kokiomis paslaugomis naudojami bei koks jų realus poreikis. Pavyzdžiui, PSO duomenimis (2017) nėra duomenų kiek ambulatorinių paslaugų įstaigų teikia paslaugas adaptuotas vaikams ir paaugliams, kiek kartų vaikų ir paauglių kreipiasi į ambulatorines įstaigas (įskaitant paslaugas, susijusias su raidos sutrikimais) bei kitas alternatyvias organizacijas dėl psichikos sveikatos pagalbos ir koks šių alternatyvių įstaigų indėlis.

3. Apribojimai jaunesniam nei 16 metų jaunimui gauti sveikatos paslaugas bei nemokamų šių paslaugų apimtis apriboja galimybes jaunimui gauti profesionalią psichikos sveikatos pagalbą, todėl labai svarbūs kiti savi-pagalbos ir pagalbos bendruomenėje aspektai.

Siekiant didinti paslaugų prieinamumą, skatinti informacijos apie psichikos sveikatą sklaidą, įgyvendinat JPJPP projektą, buvo sukurtas portalas sveikatostinklas.lt, kur jaunuoliai gali rasti įvairios patikimos informacijos apie sveikatą bei užduoti anonimiškai klausimus patikimiems sveikatos

specialistams. LR Sveikatos apsaugos ministerija, bendradarbiaujant su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, taip pat kuruoja tinklapį pagalbasau.lt, kurioje vienoje vietoje galima rasti aktualią ir patikimą informaciją apie emocinę sveikatą bei prieinamą psichologinę pagalbą bei sukūrė nemokamą savi-pagalbos mobiliąją aplikaciją „Pagalba sau“ bei siūlo naudotis kitomis mobiliomis aplikacijomis. Kas itin aktualu - šie tinklapiai nukreipia į įvairias institucijas ir organizacijas, galinčias suteikti detalesnę informaciją, vykdančias įvairius mokymus ir konsultacijas su psichikos sveikatos problemomis susiduriančiais arba su jais dirbančiais ar kitais susijusiais asmenims ir t.t.

Taip pat Lietuvoje veikia pagalbos lininių tinklas (Jaunimo linija, Vaikų linija ir kitos), teikiančios emocinę pagalbą telefonu ir internetu (<http://www.klausau.lt/internetas>), kurie suteikia pagalbą skirtingo amžiaus ar su skirtingomis problemomis susiduriančiam jaunimui krizinėmis situacijomis, tačiau:

- šių organizacijų veikla nukreipta į jau esamų problemų „sušvelninimą“ o ne nuolatinę pagalbą ar prevenciją, tad labai svarbu kaip parama jaunimui suteikiama toje aplinkoje, kurioje jis kasdien veikia: mokykla, darbovietė ir pan.;

- šių linijų teikiamų paslaugų apimtys, lyginant su paslaugų paklausa yra nepakankamos, nes net didinant teikiamų paslaugų apimtį bei tam skiriamus resursus, jos pajėgios atsakyti tik į dalį kreipimusi (2 lent.). Taip pat išauga tokių kreipimosi formų kaip gyvi pokalbiai internete („chatai“) ir kt. poreikis, kurios siūlytų alternatyvius konsultacijų būdus (ypatingai atsižvelgiant į paslaugų teikimą karantino kontekste).

2 lentelė. Pagalbos linijų suteiktų konsultavimo paslaugų apimtys

	Metai	Atsilieptų skambučių proc.	Skambučių sk.	Pokalbių internete sk.	Laiškų sk.
Jaunimo linija	2018	72	42940	2249	1102
	2019	70	48841	2858	1022
Vaikų linija	2018	75 ⁸	161336	1282	1093
	2019	56,5	176949	2126	812

Šaltinis: sudaryta autorių remiantis Jaunimo linijos (2020) ir Vaikų linijos (2019; 2020) duomenimis

2019 m. atliktas tyrimas atskleidžia, kad 48,2 proc. gyventojų nenorėtų gyventi psichikos negalią turinčio asmens kaimynystėje, o 45,2 proc. nenorėtų kartu dirbti. Tai ne tik daro neigiamą emocinį poveikį, bet ir kelia realią žalą psichikos sveikatai, mažina galimybes kreiptis medicininės, socialinės, teisinės ir kitos pagalbos, neigiamai veikia santykius su aplinkiniais (Valstybinis psichikos sveikatos

⁸ Ataskaitoje nurodyta $\frac{3}{4}$

centras, 2019) tad būtinos neformalios ir neinstitucionalizuotos pagalbos priemonės bei su jaunimu dirbančių asmenų gebėjimų atpažinti galimas psichikos problemas ugdymas.

Pagrindinės priemonės, kuriomis siekiama suformuoti neformalią bendruomenės pagalbą tai mokymai mokytojams, pozityvios tėvystės kursai ir t.t., tačiau jos yra fragmentiškos ir labiau siejamos su atskirų programų ar projektų vykdymu (Vaikų emocinės gerovės metų priemonių planas, Visuomenės sveikatos biurų veikla įgyvenami projektai ir t.t.). Pavyzdžiui, per 2019 m. ir 2020 m. I pusmetį Visuomenės sveikatos biurų organizuotuose darbuotojų kompetencijos psichikos sveikatos srityje didinimo mokymuose sudalyvavo 2513 dalyviai iš 125 įmonių, o mokyklų darbuotojų kompetencijos psichikos sveikatos srityje didinimo mokymuose – 1760 mokyklos darbuotojų iš 150 mokyklų, tačiau nurodoma, jog „mokymai aktualūs dirbantiems su vaikais specialistams, kuriems tenka spręsti sudėtingas kompleksines situacijas, kylančias dirbant su vaikais ar paaugliais“ (Sveikatos apsaugos ir darbo ministerija, 2020), neakcentuojant to kaip visuotinai svarbaus ir visiems su vaikais ir jaunimu dirbantiems asmenims reikalingų kompetencijų ugdymo. Taip pat išskirtinis dėmesys turėtų būti skirtas ne tik specialistų, bet ir paties jaunimo psichikos sveikatos raštingumo didinimui, atsižvelgiant į jų skirtingus psichologinės raidos ypatumus bei iššūkius su kuriais galimai susiduriama skirtingose aplinkose (mokykla, universitetas, darbovietė, šeima ir t.t.).

4. Jaunimo psichikos sveikatos stiprinimo empirinis tyrimas

4.1. Empirinio tyrimo metodika

Atsižvelgiant į nagrinėjamos temos kompleksiskumą bei siekiant kuo išsamiau atskleisti nagrinėjamo tyrimo objekto ypatumus, buvo pasitelktas kokybinis tyrimo metodas, kuris leidžia, išsamiau ir detaliau suformuoti tiriamojo dalyko vaizdą, geriau suvokti nagrinėjamą reiškinį (R. Tidikis, 2003). Pagal W. G. Bailey (1995), pagrindinis skirtumas tarp kiekybinio ir kokybinio metodo yra apimties ir gilumos aspektuose: kiekybinis orientuojasi į platesnę tiriamųjų imtį, nes siekia parodyti socialinio reiškinio išplitimą, o kokybiniu tyrimu norima atskleisti tą patį socialinį reiškinį, remiantis informantų „akimis ir mintimis“, atskleisti objekto santykį su kitais, problematikos gylį.

Kokybinio tyrimo metodologija grindžiama fenomenografinio tyrimo strategija, kurios pradininkas F. Marton (1986). Fenomenografija padedada išsiaiškinti kaip informantai patiria, suvokia, konceptualizuoja ir interpretuoja reiškinius ar juos supantį pasaulį (Marton, 1986). Fenomenografijos tyrimai, (angl. *developmental phenomenography*) pastaraisiais metais ypač paplito sprendžiant viešosios

politikos srities problemas. Kaip pastebi V. Žydžiūnaitė ir S. Sabaliauskas (2017) fenomenografijos tyrimai padeda aiškiau suvokti ir atskleisti sąlygas geresniam realybės suvokimui.

Vienas iš efektyvesnių kokybinių tyrimo metodų yra interviu (R. Tidikis, 2003). Šiame tyrime naudotas *pusiau struktūruotas interviu*, kai tyrėjas turi pasirengęs klausimus-temas, kurias jis pateikia informantui. Nėra nustatytos griežtos klausimų sekos ir klausimų formuluotės, tyrėjas laisvai užduoda papildomus klausimus, jis gali paprašyti paaiškinti tai, kas jam nesuprantama, gilintis į respondentų pasakymus, klausti to, kas pasakyta, prasmės, kreipti kalbą jam reikiama linkme, susiformuoti asmeninį pokalbio palaikymo stilių. Toks interviu užtikrina, kad komunikacija tarp tyrėjo ir respondento vyktų laisvai, svarbu, kad būtų kartu aptarti rūpimi klausimai-temos.

Taip pat, šiame tyrime taikytas fokusuotų grupių diskusijos⁹ (angl. *focus group*) metodas, ypač tinkantis nustatyti ir apibūdinti problemas, jas analizuoti ir kelti naujas idėjas. Taip pat, tyrimo dalyviai, išreiškdami nuomonę ir girdėdami kitų atsakymus, gali papildyti, komentuoti ar kitaip reaguoti į kitų tyrimo dalyvių nuomonę, išvalgas. Šioje sąveikoje galima aiškiau atskleisti nagrinėjamo klausimo įvairovę ar rasti naujumą aptariamai problemai, taip sukuriama informacija, kurią nelabai galima gauti naudojant kitus duomenų rinkimo metodus (Patton, 2001). Panašius akcentus išryškina ir kiti metodologai, pažymėdami, kad iš dalyvių sąveikos galima labiau apčiuopti problematikos esmę, pagrįsti bei sukurti naujų idėjų (Gaižauskaitė, Valavičienė, 2016).

Empirinis tyrimas atliktas 2020 m. rugsėjo-lapkričio mėnesiais.

Empirinio tyrimo informantai. Pagal M. Q. Patton (2001), tyrėjui, atliekančiam kokybinį tyrimą, turi labiau rūpėti ne imties dydžio problema, o kuo informatyvesnių duomenų surinkimas. Literatūroje yra siūlomi įvairūs kokybinio tyrimo imties dydžiai – pagal J. Nielsen (2003), „teorija, kuri paaiškina 85proc. tiriamo objekto problemų, gali būti sukurta turint mažesnę negu penkių dalyvių imtį“; J. Neal (2005) pasisako šio skaičiaus padidinimą iki 15; kiti autoriai siūlo neprisirišti prie dydžio, bet atsižvelgti į renkamų duomenų informatyvumą – į tyrimą nauji imties vienetai įtraukiami tol, kol pradeda mažėti gaunamų duomenų informatyvumas (cit iš Bitinas ir kt., 2008). Planuojant kokybinio tyrimo etapus buvo pasirinkta tikslinė netikimybinė tyrimo imtis:

- pusiau struktūruoto interviu respondentų atranka buvo vykdoma atsižvelgiant į respondentų esamas ir buvusias pareigas bei profesines kompetencijas, galimų respondentų sąsajas /ryšius su jaunimo politikos formavimu ir įgyvendinimu bei jaunimo psichikos sveikata. Pusiau struktūruoto interviu ekspertų sąrašas bei jų atrankos pagrindimas pateiktas 7 lentelėje, o ekspertams atsitiktine tvarka suteikti kodai IP1, IP2 ir t.t.

⁹ V. Žydžiūnaitė ir S. Sabaliauskas (2017) vadina sutelktųjų grupių diskusijos metodu.

• fokusuotos grupės diskusijos respondentais buvo pasirinkti Lietuvos jaunimo organizacijų tarybos alumni nariai, aktyviai dalyvavę ir vis dar dalyvaujantys jaunimo politikos veiklose. Siekiant detaliau išanalizuoti jauni įtraukimą, buvo organizuotos 2 fokusuotos grupių diskusijos, kurių dalyvių sąrašas pateiktas 8 lentelėje. Diskusijų dalyviams atsitiktine tvarka suteikti kodai FP1, jei dalyvavo pirmoje grupėje ir FP2, jei dalyvauta antroje grupėje.

7 lentelė. Pusiaus struktūruoto interviu ekspertai

Ekspertas	Profesinė patirtis jaunimo politikos ar darbo su jaunimu srityse
Ignas Rubikas	LR Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos departamento Psichikos sveikatos skyriaus vedėjas
Laura Masiulienė	LR Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos departamento Psichikos sveikatos skyriaus patarėja
Jolanta Sakalauskienė	LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Lygių galimybių, moterų ir vyrų lygybės skyriaus vedėja (Jaunimo skyriaus vedėja nuo 2013 iki 2020 m.)
Dalia Bagdžiūnaitė	Vyriausybės strateginės analizės centro (STRATA) vyriausioji politikos analitikė, viešosios politikos inovacijų skatinimo projekto „Policy Lab“ vadovė
Darius Stonys	Lietuvos jaunimo organizacijų tarybos (LiJOT) valdybos narys, atsakingas už jaunimo sveikatą; LKJBS „Žingsnis“ pirmininkas (2016-2018)
Asta Tiškutė	Palangos atviros jaunimo erdvės darbuotoja (anksčiau JRD vyriausioji specialistė atsakinga už jaunimo politikos įgyvendinimo savivaldybėse stebėseną ir vertinimą, jaunimo reikalų koordinatorių konsultavimą bei kitas regioninės jaunimo politikos sritis)
Neringa Kurapkaitienė	Mykolo Romerio universiteto Edukologijos ir socialinio darbo instituto lektorė, edukologijos mokslų daktarė, Jaunimo tyrėjų tinklo narė
Karilė Levickaitė	VšĮ Psichikos sveikatos perspektyvos direktorė, psichologė
Jonas Laniauskas	Jaunimo reikalų departamento (JRD) prie LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos direktorius (anksčiau Vilniaus miesto savivaldybės Jaunimo reikalų koordinatorius)

8 lentelė. Fokus grupių dalyviai

Fokus grupė Nr. 1.	Fokus grupė Nr. 2.
Silvija Telksnytė	Elena Sinkevičiūtė
Jurgita Juodišytė	Gerda Vaičiūnaitė
Aistė Eidukaitytė	Klaudijus Melys
Tadas Vadvilavičius	Kontantinas Rečkovas
Alina Batulevičienė	Skaistė Aleksandravičiūtė
Raimonda Bogužaitė	Aidas Gediminas

4.2. Empirinio tyrimo rezultatai

Priežastys lemiančios esamą nepalankią jaunimo psichikos sveikatą Lietuvoje

Priemonės daugiau orientuotos į intervenciją, ne prevenciją. Kalbėdami apie esamos jaunimo psichikos sveikatos priežastis, tyrimo metu apklausti informantai teigė, kad tai labai kompleksinė problema (IP5, IP8, FP1). Psichikos sveikata tiesiogiai susijusi su jauno žmogaus biologija, psichologija, socialine aplinka ir visos šios sritys turi įtaką psichikos sveikatos gerovei (IP8).

Daugiau *dėmesio yra skiriama pasekmėms (intervencijai), bet ne priežastims*, kurios kyla iš šeimos, jaunuolio ankstyvosios vaikystės, mokyklos aplinkos (FP1). Tiesioginių rodiklių skirtų stebėti psichikos sveikatą nėra, o labiau remiamasi klinikiniais atvejais (depresija sergančiųjų skaičius, savižudybių skaičius ir t.t.) (IP8), kurie indikuoja labiau pasekmes.

Turėtų būti skiriamas dėmesys vaikų ikimokykliniam periodui, tėvystės įgūdžiams. Mažai dėmesio pirminei prevencijai, kai formuojamos psichinės sveikatos pagrindai – t.y. ankstyvuoju ikimokyklinio periodo laikotarpiu (vaikams iki 5 metų) ir su tuo labai susiję yra ikimokyklinės įstaigos veikla, tėvų (ankstyvoji tėvystė) ugdymas, pagalba jaunai šeimai (IP1, IP2, FP2). Svarbi yra mamos psichologinė savijauta nėštumo metu, mažai skiriama dėmesio pogimdyvinei depresijai (IP1, IP2).

Jauniems žmonėms trūksta gebėjimų rūpintis savo sveikata, menkas žinojimas apie psichikos sveikatą, stigmatizacija. Jauniems žmonėms *trūksta gebėjimų rūpintis savo sveikata* (IP5), ekspertai pažymėjo, kad visuomenėje egzistuoja menkas raštingumas ir stigmatizavimas dalykų, susijusių su psichikos sveikata. Visuomenėje daug kalbama apie depresiją ar nerimą, bet stokojama tikrojo suvokimo apie tai (IP1, IP2). Madingos temos, daug kalbama, bet tai kartais ir klaidina jaunas žmones (IP5). Populiari nuomonė, kad jei asmuo kreipiasi į psichologą, jis yra rimtai sergantis psichine liga, jei tai moksleivis, gali tapti patyčių objektu. Tėvai nesupranta, kam jiems ar jų vaikams reikalinga psichologinė pagalba ir t.t. Didelis trūkumas žinių ir gebėjimų atpažinti savo psichologinės savijautos signalus.

Skirtingose mokyklose labai skirtingos patirtys, skirtinga programų kokybė. Prevencinės programos *mokyklose*, vaikų švietimas yra labai skirtingas skirtingose savivaldybėse, trūksta įrodymais grįstų programų, taip pat stokojama ir žmogiškųjų pajėgumų, psichologai ar socialiniai pedagogai apkrauti darbu, nespėja arba jų trūksta (IP1, IP2). Kita vertus, mokykloje psichologas labiau padedantis mokymosi procese, bet ne padedantis iš esmės spręsti psichologines problemas, labiau nukreipiantis toliau, kur ieškoti pagalbos (IP7).

Stokojama tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir nuoseklumo. Vertindami vykdomas programas, informantai atkreipė dėmesį, kad stokojama tarpinstitucinio bendradarbiavimo (IP3, IP4),

programos stokoja tęstinumo, prioritetai kaitaliojami (tai savižudybių prevencija, tai patyčios ir pan.), kas neleidžia dirbti nuosekliai, pilnai išnaudojant jau turimą įdirbį (IP4).

Visuomenės sveikatos biurai daug dirba su lytinio švietimo klausimais tai sietina ir su psichine sveikata, rekomenduotina, kad šie biurai ir daugiau dirbtų ir taptų kompetencijų centrais dirbant su jaunimo psichine sveikata (IP9).

Kilus problemoms, jauni žmonės labiau pasitiki bendraamžiais. Informantai pažymėjo, kad dažnai jauni žmonės *mano, kad tik bendraamžiai juos gali suprasti* (IP6), *moksleiviai dažnai nepasitiki mokyklos aplinkos personalu* (psichologais, soc.pedagogais, mokytojais) dėl konfidencialumo, dėl paslaugos kokybės, paaugliai nemato savęs psichinės sveikatos gerinimo paslaugų klientais, reikalingas papildomas veiksnys (motyvacija, „palydintis“ asmuo, kuriuo pasitikima) pasinaudoti paslaugomis (IP1, IP5).

Jauno žmogaus aplinka (mokykla, bendruomenė) galėtų būti labiau įgalinama padėti spręsti problemas. Atsižvelgdami į PSO rekomendacijas bei užsienio valstybių (Jungtinė Karalystė) patirtis, informantai (IP5, FP1, FP2) akcentavo, kad Lietuvoje per mažai dirbama su jauno žmogaus aplinka, t.y. reikalingas jaunimo aplinkos (bendruomenės) stiprinimas ir ugdymas rūpintis savimi ir aplinkiniais, gebėjimų ugdymas atpažinti jauno žmogaus bręstančias problemas ir motyvuoti bei „palydėti“ link atitinkamų paslaugų.

Mokykla labiau orientuota į moksleivio aukštus mokymosi rezultatus, bet ne į jo laimės jausmą. Kalbėdami apie mokyklos aplinką, informantai (IP1, FP1) atkreipė dėmesį, kad mokykla savo veikla siekia aukštų mokslo rezultatų, o vaiko psichinė sveikata, gera savijauta lieka antru klausimu. Turėtų būti orientacija į sėkmę, gyvenimo įgūdžius, o ne kiekybinius rodiklius. Dabar labiau orientuojamasi į moksleivio ateities ekonominį augimą, bet ne į jo laimę (IP1). Jaunimo orientavimas į karjerizmą, tada nebelieka pasitenkinimo gyvenimu. Negali visi jauni žmonės pasiekti aukštų rezultatų, gauti aukščiausių atlyginimų. Tai svarbus veiksnys neleidžiantis gyventi savo gyvenimo, pažinti savęs (IP7).

Ribotas paslaugų prieinamumas paaugliams, sergantiems psichikos ligomis. Ekspertų nuomone, viena iš problemų yra, kalbant apie sėkmingą intervenciją ir antrinę (ir vėlesnę) prevenciją, jaunimas nėra išskiriama kaip grupė, nes jaunam asmeniui, kuris yra 15-16 metų susirgus psichikos liga, vaikų psichiatrai sako, kad tam tikri aspektai yra labiau būdingi suaugusiam ir nelabai geba su jais dirbti, bet suaugusiųjų psichiatrai teigia, kad yra vaikų psichiatrijos aspektų, kuriems reikia specifinio dėmesio (IP7). Psichoterapeutai ir psichologai dažniausiai dirba privačioje praktikoje (jaunam žmogui per brangu), lieka tik psichiatro pagalba intervencijai, o paskui, psichikos sveikatos palaikymui paslaugų nėra (IP8).

Ekspertų įvardinti **barjerai jaunimui pasinaudoti psichologinės pagalbos paslauga:**

1) *paslaugos prieinamumas* a) specialistų (pvz. vaikų psichiatrai, psichologų) trūkumas (didžiuosiuose miestuose tarsi pakanka, bet į mažesnius net ir važinėja (pvz. iš Vilniaus į Druskininkus) (IP2, IP5, FP1, FP2); nėra mechanizmų, kurie leistų jaunuoliui pasinaudoti paslauga kokybiškai (aukštos kvalifikacijos specialistai, pakankamas konsultacijų skaičius pokyčiui pasiekti ir pan.) (savivaldybėse numatytos tik 5 anoniminės konsultacijos, kurių per mažai, psichoterapeuto paslaugos yra jaunimui per brangios (IP8)).

b) psichologinė parama telefonu ar el. priemonėmis nepakankama ekstremaliomis situacijomis (pvz. jaunimo linijos poreikis per pandemiją ženkliai išaugo).

2) *nepakankamas jaunimo raštingumas* – atpažinimas ženklų, kad reikalinga profesionali pagalba, žinojimas į ką kreiptis ir specialisto pasiekiamumas (FP1, FP2); stigma (teik suvokiama, tiek socialinė, kad ir aplinkiniai taip galvoja) ir patyčių baimė, nepasitikėjimas psichologu, socialiniu pedagogu (IP4).

3) ne visada yra sąlygos mokykloje užtikrinti konfidencialumą, kad mokinys lankosi pas psichologą (FP1);

4) jaunas žmogus iki 16 m. be tėvų sutikimo negali kreiptis į psichologą (IP2, IP4), yra atvejų, kai tėvai nesutinka; yra mažai žemo slenksčio anoniminių paslaugų teikimo jauniems žmonėms galimybių (IP8).

Atkreiptas dėmesys, kad šioje srityje veikiančių NVO potencialas yra nepakankamai įvertintas, jos neįtraukiamos sprendžiant sprendimus ar teikiant paslaugas (IP8).

Veiksmai ir priemonės prisidedantys gerinant jaunimo psichikos sveikatą

Ekspertai pažymėjo, kad svarbu plėsti paslaugų šeimai paketą, skiriant didesnę dėmesį ankstyvosios tėvystės (kol vaikams sueina 5 metai) įgūdžiams, tėvų švietimui ir ugdymui apie psichinę sveikatą (IP1, IP2).

Labai svarbios yra *jaunimo erdvės, kur gali būti kuriamas pasitikėjimo santykis su jaunimu* (IP7). *Mokykla* yra vieta, kur pasiekiami visi vaikai, šioje terpėje galima daryti sisteminius pokyčius (IP3). Turėtų būti atnaujinamas bendrojo ugdymo turinys, vykdomos „stipresnės“ prevencinės programos, daugiau švietimo apie psichikos sveikatą (IP1). Svarbus yra ankstyvasis galimos ligos atpažinimas, nes paprastai esami rimtesni sutrikimai iki 25 metų išryškėja (IP1).

Pagal informantus, reikia daugiau psichologo etatų mokyklose, kurie dirbtų ne tik su mokiniais, bet ir mokytojais (FP1). Gali būti privaloma net kartą per metu ateiti mokytojui konsultacijai, tam, kad tai būtų įprasta praktika. Stiprinti pasitikėjimą psichologais ir socialiniais pedagogais, mokinti užtikrinti konfidencialumą.

Reikia ir daugiau šviesti tiek moksleivius, tiek mokytojus ir apie jaunimo psichikos sveikatą, ir apie psichologo veiklą. Dalis mokytojų nesupranta, kad jaunas žmogus negeba susitvarkyti su savo emocijomis dėl paauglystės brandos, atpažinti psichologines problemas, jam reikia pagalbos (FP1).

Prevencijai mokyklose trūksta specialistų (psichologai dirba su jau esamais atvejais, daugiau intervencija, nespėja skirti laiko ir prevencijai), todėl prevencijai, net ir antrinei ar tretinei galėtų talkinti mokytojai ar kiti darbuotojai, jaunimo lyderiai - klasių seniūnai, jaunimo organizacijų atstovai ir pan. (IP1, FP2), kurie galėtų ne tik šviesti ar dalintis savo patirtimi, bet ir atpažinus ženklus, „palydėti“ jauną žmogų pas specialistą ar kaip kitaip padėti (IP5, FP2). Gali būti organizuojamas „paslaugų mobilumas“ (IP8).

Apskritai, informantų (IP1, IP2, IP5, IP6, FP2) buvo pažymėta, kad reikia apmokytų žmonių (gebančių atpažinti psichikos sveikatos negalavimo požymius ir žinančių kokių veiksmų imtis) visose vietose, kur yra didesnė jaunų žmonių koncentracija ir gali būti užmezgamas kontaktas: mokykla, atviri jaunimo centrai, neformalaus ugdymo vietos, jaunimo NVO, aukštosios mokyklos, biblioteka, užimtumo tarnyba ir t.t.

Jaunas žmogus daug įtampos patiria dėl ateities, profesijos pasirinkimo, suteikiant konsultacijas dėl profesijos pasirinkimo, dėmesio reikėtų skirti ir jaunuolio psichikos sveikatai (FP2).

Ekspertų (IP2, IP1) atkreiptas dėmesys, kad vykdoma daug įvairių prevencinių programų skirtingose mokyklose, kurių kokybė labai skiriasi. Situaciją gerintų, jeigu būtų taikomas vieningas paslaugų kokybės standartas, kuris būtų pagrįstas įrodymais. Nes šiuo metu visos savivaldybės gali pasirinkti, centralizavimas galėtų padėti. Be to ir programų tęstinumas turėtų būti užtikrintas (IP4). Atkreiptas dėmesys ir į glaudesnio tarpinstitucinio bendradarbiavimo spragas – Stiprinti bendradarbiavimą tarp specialistų, savivaldybių lygmenyje galėtų būti bendradarbiavimas glaudesnis, kiek to neriboja asmens duomenų apsauga (IP6, IP8)).

Reikalingas glaudesnis bendradarbiavimas su NVO, nes vykdo šias programas ir mato realią situaciją; taip pat keistis gerąja patirtimi (IP4). Svarbu įtraukti ir patį jaunimą kuriant sprendimus (IP4).

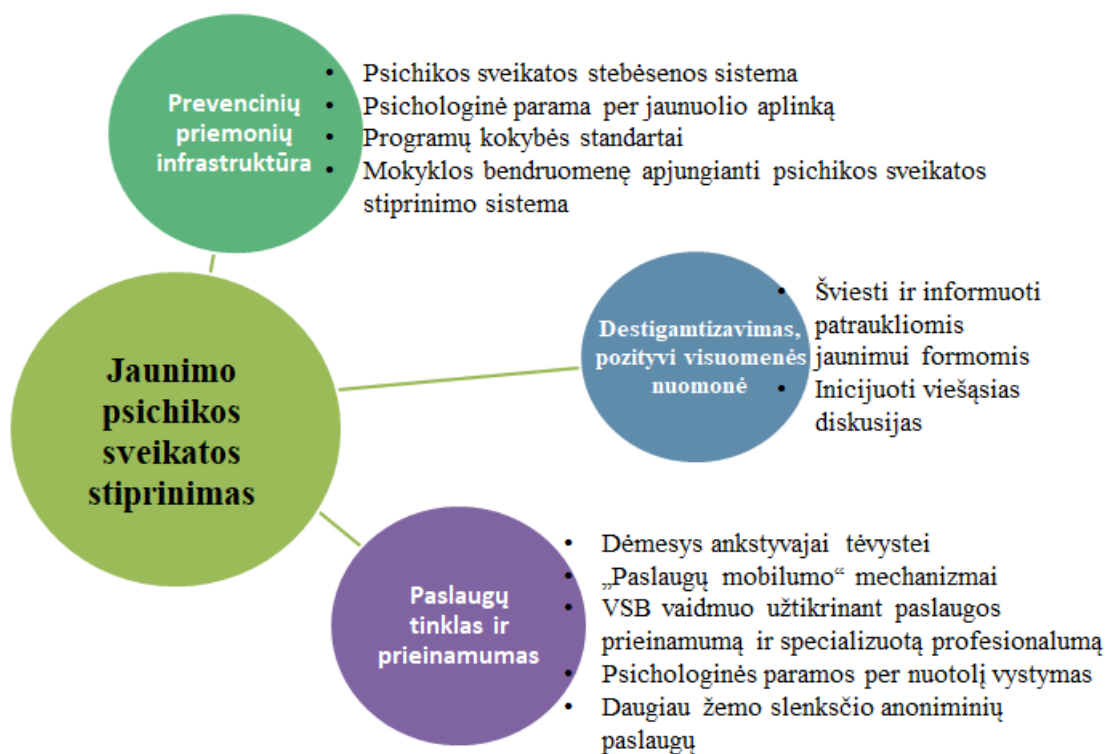
Informantai pažymėjo, kad svarbu yra šviesti jaunas žmones, ugdyti jų kritinį mąstymą, nes dažnai gyvena „informaciniame burbule“, besistengdami išpildyti įsivaizduojamus socialinius vaidmenis, tai kelia įtampą (IP4); gebėjimus atpažinti savo psichologinės sveikatos pokyčio ženklus, rūpintis sveikata (FP1, FP2).

Gali būti tiek formalusis (pvz. Suomija), tiek neformalusis švietimas apie psichikos sveikatą (IP8). Šviesti reikia pasitelkiant jaunimo lyderius, „influencerius“ jaunimui patraukliais kanalais (pvz. socialiniai tinklai).

Reikia diskusijų dėl mokykloje aukštinamų mokymosi rezultatų, kurie orientuoti labiau į kiekybinius rodiklius, o ne į vaiko psichikos sveikatą. Tikimasi, kad gerai besimokydamas ir karjerą darys, tačiau negebėdamas spręsti gyvenimo iššūkių, rūpintis savo sveikata, nebus produktyvus ir darbo rinkoje. Apie tai galėtų būti inicijuojamos jaunimo organizacijų diskusijos (IP1, IP2).

Svarbu didinti žemo slenksčio paslaugų prieinamumą jauniems žmonėms (IP8). Nepamiršti asmenų, kurie turi sunkias psichikos sveiktos sutrikimus (tretinio lygmens negvildenama). Stiprinti įtraukųjį ugdymą, kai asmuo turintis specialiuosius poreikius ar mokymosi sunkumus yra priimamas mokinių, su juo moka dirbti mokytojai ir t.t. (IP8).

Apibendrinant respondentų atsakymus, galima identifikuoti pagrindines jaunimo psichikos sveikatos stiprinimo kryptys (13 pav.), kuriomis remiantis turėtų būti formuluojamos rekomendacijos institucijoms, formuojančios sveikatos politiką Lietuvoje bei įgyvendinančioms atskiras psichikos sveikatos programas.



13 pav. Jaunimo psichikos sveikatos stiprinimo kryptys

Šaltinis: sudaryta autorių

Išvados

1. Jaunuolio psichikos sveikatos gerovė priklauso nuo jauno žmogaus fiziologinių ir psichologinių savybių, socialinės aplinkos bei kitų veiksnių, todėl psichikos sveikatos stiprinimui būtinas sisteminis požiūris ir kompleksiniai sprendimai. Dėl esamo psichikos sveikatos kompleksiško, jos gerovės vertinimas yra sudėtingas ir Lietuvoje labiau remiasi atskirų sričių į pasekmes orientuotus rodiklius (pvz. savižudybių skaičius, depresija sergančiųjų skaičius ir t.t.), o tai nesudaro sąlygų priimti įrodymais grįstus savalaikius sprendimus.

2. Tarptautinių tyrimų duomenimis Lietuva pagal bendrus vaikų gerovės vertinimo rezultatus užima tik 33 vietą, o pagal geros psichikos sveikatą užima tik 36 poziciją iš 38 šalių. Taip pat Lietuva įvardijama kaip viena didžiausioje rizikoje esančių šalių pagal jaunimo mirtingumo dėl tyčinių susižalojimų (savižudybių) skaičių, kuris kasmet sudaro daugiau nei 20 proc. nuo visų 15–29 metų amžiaus asmenų mirčių. Jaunų žmonių psichikos sveikatos statistika atskleidžia, jog Lietuvoje kelis kartus per savaitę sveikatos sutrikimus jaučia 50 proc. merginų ir 27 proc. penkiolikmečių vaikų, jie patiria daug skirtingų emocinių, psichologinių bei socialinių dirgiklių: patiria patyčias arba patys tyčiojosi iš kitų mokymosi institucijose ir internete, jaučia įtampą ir irzlumą, spaudimą dėl krūvio mokykloje ir t.t., o visi šie psichikos sveikatai poveikį darantys dirgikliai identifikuojami ir jaunesnėse amžiaus grupėse, tad analizuojant jaunimo psichikos sveikatos gerinimo priemones ir (ar) prevencines veiklas jos turi būti nukreiptos ir į jaunesnius asmenis.

3. Analizuojant tarpžinybinio bendradarbiavimo tinklą, išskirtina, kad Lietuvoje nėra suformuota jaunuolio palydėjimo sistema, kuri užtikrintų pagalbos jaunimui paslaugų tęstinumą ir jo psichikos sveikatos stebėseną bei koordinuotą esamą organizacijų tinklą suteikiant pagalbą konkrečiam asmeniui. Pagrindinės tai sąlygojančios priežastys specialistų, kurių veiklos sritis būtų orientuota būtent į jaunimo psichikos sveikatos problemas, stygius ir jau minėtas sistemos kompleksškumas bei organizacijų, dalyvaujančių sprendžiant atskiras jaunimo psichikos sveikatos problemas, funkcijų įvairovė.

4. Lietuvoje vyrauja *negatyvus požiūris* į psichikos sveikatos negalavimus patiriančius asmenis (48,2 proc. gyventojų nenorėtų gyventi psichikos negalią turinčio asmens kaimynystėje, o 45,2 proc. nenorėtų kartu dirbti); atitinkamai, jauni žmonės vengia gilintis į savo psichikos sveiktos sunkumus ar temas susijusias su asmeninės psichikos sveikatos gerove.

5. Empirinio tyrimo rezultatų analizė leidžia teigti, kad Lietuvoje didesnis dėmesys skiriamas psichikos sveikatos negatyvioms pasekmėms (intervencijai), bet ne priežastims, kurios kyla iš jaunuolio ankstyvosios vaikystės, jo šeimos, mokyklos aplinkos. Ypatingai mažai dėmesio ankstyvajai prevencijai

- jaunos šeimos ankstyvosios tėvystės ugdymui, mamos savijautai nėštumo metu ir po, ikimokyklinės įstaigos veiklai stiprinant vaikų psichikos sveikatos atsparumą.

6. Empirinio tyrimo rezultatų analizė leido išskirti jaunimui pasinaudoti psichologinės pagalbos paslauga barjerus:

6.1. *Ribotas paslaugos prieinamumas* a) specialistų (vaikų psichiatrai, psichologų) trūkumas; nėra mechanizmų, užtikrinančių galimybes jaunuoliui pasinaudoti paslauga kokybiškai (pakankamas konsultacijų skaičius pokyčiui pasiekti; aukštos kvalifikacijos specialisto (pvz. psichoterapeuto) paslaugos yra jaunimui per brangios ir t.t.); b) pagalbos telefonu (emocinė parama) ar el. priemonėmis nepakankama ekstremaliomis situacijomis (pvz. jaunimo linijos poreikis per pandemiją ženkliai išaugo).

6.2. Jauni žmonės *baiminasi stigmatos* susijusios su psichikos sveikata, patyčių, nepasitiki psichologu, socialiniu pedagogu.

6.3. *Jaunimui nepakanka gebėjimų* (i) atpažinti psichikos sveikatos negalavimus, juos įsisąmoninti ir (ii) kreiptis į atitinkamus specialistus.

6.4. Bendrojo ugdymo *mokykloje* ne visada yra sąlygos užtikrinančios konfidencialumą, kad mokinys lankosi pas psichologą.

6.5. *Teisiniai apribojimai* - jaunas žmogus iki 16 m. be tėvų sutikimo neturi galimybės kreiptis į psichologą.

Rekomendacijos

1. Siekiant stiprinti psichikos sveikatą, svarbu yra plėtoti *prevencinių priemonių infrastruktūrą*:

1.1. Formuoti jaunimo *psichikos sveikatos stebėsenos sistemą paremtą tarpžinybinių bendradarbiavimu savivaldybės lygmeniu, atsižvelgiant į jauno žmogaus psichologinės raidos ypatumus ir savivaldybės teritorijoje veikiančių psichikos sveikatos pagalbą teikiančių organizacijų tinklą, paskiriant atsakingą instituciją ir jos darbuotojus, kurie vykdytų šio tinklo koordinatoriaus funkcijas savivaldybėje bei užtikrintų palydėjimo funkcijos įgyvendinimą. Šią funkciją galėtų atlikti Visuomenės sveikatos biurai.*

1.2. Formuoti ir stiprinti *psichologinės paramos mechanizmus per jauno žmogaus aplinką (bendruomenę), kuri būtų labiau įgalinama:*

1.2.1 Rekomenduotina mokyti jaunų žmonių aplinkoje esančius asmenis (jaunimo lyderius, mokytojus, dėstytojus, vaikų trenerius, karjeros konsultantus, jaunimo darbuotojus, darbdavius ir t.t.) gebėti atpažinti psichikos sveikatos negalavimo požymius ir imtis veiksmų suteikiant emocinę paramą ir/ar motyvuojant kreiptis į specialistus, palydint link profesionalios pagalbos suteikimo. Tokie apmokyti asmenys turėtų veikti visose erdvėse, kur yra didesnė jaunų žmonių koncentracija ir gali būti užmezgamas kontaktas: ugdymo įstaigos (mokykla, universitetas ir t.t.), atvirieji jaunimo centrai, jaunimo organizacijos, bibliotekos, užimtumo tarnyba ir t.t.

1.2.2. Atsižvelgiant į vyresnius jaunos žmones, nebedalyvaujančius švietimo sistemoje bei užimtumo paramos mechanizmuose, tačiau įsitraukusius į profesinę veiklą, siūlytina formuoti ir stiprinti programas skirtas darbdavių informavimui ir darbuotojų švietimui bei kompetencijų, susijusių su psichikos sveikata, ugdymui.

1.2.3. Siūlytina stiprinti *bendruomenės specialistų, dirbančių su jaunimu (socialiniai pedagogai, jaunimo darbuotojai, mokytojai, psichologai ir t.t.), tarpžinybinio bendradarbiavimo tinklus, skiriant daugiau dėmesio psichikos sveikatos gerovės užtikrinimui: a) keičiantis informacija, kuri gali padėti identifikuoti jauno žmogaus psichikos sunkumus ar sutrikimus ankstyvoje stadijoje; b) konsultuojantis su atitinkamu specialistu-psichologu dėl būtinų veiksmų jaunuolio gerovei užtikrinti.*

1.3. Rekomenduotina formuoti *psichikos sveikatos gerovės programų kokybės standartus*. Tokios programos turi būti paremtos moksliniais tyrimais ir gerąja patirtimi, būti orientuotos į jaunų žmonių gebėjimų, stiprinančių psichikos sveikatą, ugdymą (gebėjimai bendrauti; reflektuoti; pasitikėti savo jėgomis, kritiškai mąstyti ir t.t.). Svarbu yra užtikrinti šių programų įgyvendinimo tęstinumą, nekaitaliojant kiekvienais metais prioritetinių sričių (patyčių prevencija, savižudybių prevencija, žalingų įpročių prevencija ir t.t.).

1.4. Siekiant didinti jaunimo sąmoningumą ir gebėjimus rūpintis psichikos sveikata bei kurti ***mokyklos bendruomenę apjungiančią psichikos sveikatos stiprinimo sistemą***, rekomenduotina bendrojo ugdymo mokyklose:

1.4.1. *Inicijuoti bendrojo ugdymo programų peržiūrėjimą* ir tobulinimą dėl psichikos sveikatos raštingumo ugdymo įgyvendinant programas mokyklose, papildyti programų turinį psichikos sveikatos gerovės formavimui reikalingų įgūdžių ugdymu.

1.4.2. Formuoti visą *mokyklos bendruomenę* (mokinius, tėvus, mokytojus ir kitus darbuotojus) *apjungiančią psichikos sveikatos stiprinimo sistemą*, paremtą neformalios pagalbos bendruomenėje principais, stiprinant tarpusavio bendradarbiavimo atmosferą, mokinių pasitikėjimą mokytoju, psichologu, socialiniu pedagogu ir t.t. bei suformuojant aiškias rekomendacijas, skirtas kiekvienam bendruomenės nariui kaip atpažinti galimas psichikos sveikatos problemas bei instrukcijas kaip esant skirtingoms situacijoms į jas reaguoti ir į ką kreiptis pagalbos.

1.4.3. Siekti *šviesti mokinių tėvus* (trumpi informaciniai pranešimai, rekomenduojama literatūra ir pan.) apie vaikų raidos, paauglystės ypatumus, psichikos sveikatos negalavimo simptomus ir galimybes jaunuoliui padėti.

1.4.4. Vykdyti nuolatinį *mokyklos darbuotojų švietimą* (mokymai, informaciniai pranešimai, rekomenduojama literatūra ir t.t.) apie vaikų psichikos sveikatos sunkumus ir sutrikimus (depresiją, panikos atakas, šizofreniją, valgymo, nerimo, asmenybės sutrikimus ir kitus dažnai pasitaikančius psichikos sveikatos sutrikimus) bei galimybes mokiniui padėti ar tinkamai nukreipti į specialistus.

1.4.5. Stiprinti mokyklos bendruomenės kompetencijas reikalingas įgyvendinant *įtraukiojo ugdymo* mokykloje koncepciją, didinti specialiuosius ugdymosi poreikius turinčių vaikų integraciją į mokyklos bendruomenę.

2. *Formuoti palankų visuomenės požiūrį* į psichikos sveikatos negalavimus patiriančius asmenis, inicijuoti pokyčius psichikos sveikatos apsaugos sistemoje:

2.1. Šviesti jaunimą, formuoti kritinį mąstymą ir pozityvią nuomonę apie psichikos sveikatos gerovės prielaidas bei priežiūrą jaunimui patraukliomis formomis (jaunimo lyderiai, bendraamžiai per socialinius tinklus ir t.t.). Svarbu didinti jaunų žmonių informavimą apie prevencines programas bei nemokamos ir nemedikamentinės psichologinės pagalbos gavimo būdus.

2.2. Siekiant stiprinti vaikų ir jaunimo psichikos gerovės sąlygas mokyklose, siūlytina inicijuoti viešąsias diskusijas:

2.2.1. Kvestionuojančias mokyklose vykdomų bendrojo ugdymo programų orientuotų į mokymosi kiekybinius rodiklius tikslų suderinamumą su mokinių psichikos sveikata (tikimasi, kad gerai

besimokantis mokinys suformuos ir sėkmingą karjerą, tačiau negebėdamas reflektuoti, spręsti gyvenimo iššūkių, rūpintis savo sveikata, nebus produktyvus darbo rinkoje, tai kokie prioritetai mokyklai?)

2.2.2. Skatinančias atkreipti dėmesį į jaunų žmonių, turinčių psichikos sveikatos sutrikimus, situaciją Lietuvoje, paslaugų prieinamumą jiems ir jų artimiesiems (įprasta specializuotis vaikų arba suaugusių psichiatrijoje, tačiau jauni žmonės turi tiek vaikams, tiek suaugusiems būdingų bruožų; mažai dėmesio ir švietimo galimybių tėvams, auginantiems vaikus su psichine negalia ir t.t.).

3. Siekiant užtikrinti psichologinės pagalbos jaunimui kokybę, siūlytina ***stiprinti teikiamų paslaugų tinklą ir prieinamumą:***

3.1. Plėsti *Bazinio paslaugų šeimai* paketo¹⁰ turinį, papildant dalį Nr. 8 Pasirengimo šeimai ir tėvystės įgūdžių ugdymas, skiriant *didesnį dėmesį ankstyvosios tėvystės įgūdžiams*, tėvų švietimui ir ugdymui apie psichikos sveiktą.

3.2. Siekiant didinti psichologinės pagalbos *prieinamumą mokyklose* ir sprendžiant specialistų trūkumo klausimus, siūlytina vystyti „*paslaugų mobilumo*“ *mechanizmus*, perkant paslaugas iš išorės teikėjų; stiprinti bendradarbiavimą su NVO, veikiančiomis emocinės paramos ir psichologinės pagalbos srityje.

3.3. Stiprinti *visuomenės sveikatos biuruose* veikiančias psichikos sveikatos programas jaunimui, užtikrinant paslaugos prieinamumą ilgesnį laikotarpį (ne mažiau 10 nemokamų konsultacijų pagal poreikį), padedant jaunam žmogui gauti reikalingą specializuotą profesionalią pagalbą (pvz. besispecializuojančio psichologo ar psichoterapeuto depresijos gydyme konsultacijos).

3.4. Didinti jaunimo galimybes pasinaudoti emocine parama ir *psichologine pagalba per nuotolį* (telefono ir vaizdo skambučiais, susirašinėjimu žinutėmis ir kt.)

3.5. Inicijuoti teisinių pagrindų, ribojančių jaunų žmonių galimybes pasinaudoti žemo slenksčio anoniminių paslaugų teikimu, peržiūrėjimą.

¹⁰ LR Vyriausybės 2019 m. birželio 19 d. nutarimu Nr. 618 patvirtintas Bazinis paslaugų šeimai paketas.

Literatūros sąrašas

1. Bailey W.G. The Encyclopedia of Police Science. New York: State University of New York, 1995.
2. Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V. (2008). Kokybinių tyrimų metodologija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla.
3. Eurobarometras (2011) Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas tarp 15 - 24 metų jaunimo Prieiga per internetą: http://old.ntakd.lt/files/informacine_medzega/Eurobarometras-galutinis.pdf
4. Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. (2016). Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu. Vilnius: VĮ Registrų centro Teisinės informacijos departamentas.
5. Jaunimo linija (2020). 2019 metų veiklos ataskaita. Prieiga per internetą: https://issuu.com/ritastanelyte/docs/jl_metine_ataskaita_2019_lt_2020-03-31
6. Lietuvos moksleivių sąjunga (2018) Psichosocialinė aplinka mokykloje. Prieiga per internetą: <https://www.moksleiviai.lt/naujienos/psichosocialine-aplinka-lietuvos-mokyklose/>
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020). Priemonė „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio sukūrimas“. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/programos-ir-projektai/norvegijos-paramos-programa/aktualijos-1/priemone-jaunimui-palankiu-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelio-sukurimas>
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020). Projektas „Pagalba sau“. Prieiga per internetą: <https://pagalbasau.lt/apie-projekta/>
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020). Psichikos sveikatos stiprinimas. „Psichikos sveikatos forumo 2020“ ataskaita. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/psichikos-sveikatos-stiprinimas>
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020.10.02). Atnaujinti reikalavimai, kaip gerinti psichologinę atmosferą darbo vietose ir mokyklose. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/atnaujinti-reikalavimai-kaip-gerinti-psichologine-atmosfera-darbo-vietose-ir-mokyklose>
11. Marton, F. (1986). Phenomenography: a research approach to investigating different understandings of reality. Journal of Thought, Vol. 3 (21), p. 28–49
12. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Viešosios nuomonės ir rinkos tyrimų kompanijos „Factus“ (2018). Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas tarp pasilinksminimo vietų

lankytojų tyrimo ataskaita. Prieiga per internetą: <https://ntakd.lrv.lt/lt/statistika-ir-tyrimai/tyrimai-ir-apklausas>

13. OECD (2019). Mental Health Performance Framework. Prieiga per internetą: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf>

14. OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Prieiga per internetą: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

15. Patton M. (2001). Qualitative Evaluation and Research Methods. Newbury Park London New Delhi: SAGE Publications.

16. Rupšienė L. (2007). Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.

17. Skabeikytė G., Barkauskienė R., Gervinskaitė-Paulaitienė L. (2019). Paauglių socialinio nerimo sąsajos su mentalizacija ir traumine patirtimi. Sveikatos mokslai T 29, Nr. 2, p. 90-95

18. Statistikos departamentas (2020). Jaunimo pagrindinės mirties priežastys. Duomenų rinkinys. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=a721ae58-8d16-4242-a446-329529744046#/>

19. Statistikos departamentas (2020). Priklausomybės: vaikai, pirmą kartą užregistruoti piktnaudžiaujantys alkoholiu, narkotinėmis, toksinėmis medžiagomis. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R0268#/>

20. Statistikos departamentas (2020). Priklausomybės: vaikai, užregistruoti piktnaudžiaujantys alkoholiu, narkotinėmis, toksinėmis medžiagomis, metų pabaigoje. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R0269#/>

21. Statistikos departamentas (2020). Sergančių 14–29 metų amžiaus asmenų skaičius. Ligų grupė: Psichikos ir elgesio sutrikimai. Duomenų rinkinys. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=6abe02b0-6cdd-4a45-8513-e6a7be8c6028#/>

22. Statistikos departamentas (2020). Smurtas artimoje aplinkoje. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?eventId=226411>

23. Statistikos departamentas (2020). Sveikatą lemiantys veiksniai: kasdien rūkančių gyventojų surūkomų cigarečių skaičius. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?indicator=S3R0268#/>

24. Švietimo, mokslo ir sporto ministerija (2019) Švietimo būklės apžvalga 2019. Prieiga per internetą: <http://www.nmva.smm.lt/politikos-analize/svietimo-bukles-apzvalgos/>

25. Tidikis R. Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Vilnius: LTU, 2003.

26. UAB „Civitta“ (2017). Psichikos sveikata skirtinguose gyvenimo tarpsniuose: geroji praktika ir perspektyvos Lietuvoje. Projektas „Atviros Vyriausybės iniciatyvos“ . Prieiga per internetą: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjprN397dnsAhVypYsKHSVID6wQFjACegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fepilietis.lrv.lt%2Fuploads%2Fepilietis%2Fdocuments%2Ffiles%2FSPS%2520teminis%2520tyrimas_08_17.pdf&usg=AOvVaw3PO1B5wR7uu6_Ikrti28DO

27. UNICEF (2020) Worlds of Influence Understanding What Shapes Child Well-being in Rich Countries Nr. 16. Prieiga per internetą: <https://www.jrd.lt/informacija-dirbantiems-su-jaunimu/informacija-apie-jaunima/tyrimai/Raportas.pdf>

28. Vaikų linija (2019). Kiekvienas vaikas turi būti išgirstas: 2019 metų veiklos ataskaita. Prieiga per internetą: <https://issuu.com/vaikulinija/docs/vlmetinataskaita2018-issuu>

29. Vaikų linija (2020). Šilti žodžiai išsipildo: 2018 metų veiklos ataskaita. Prieiga per internetą: <https://issuu.com/vaikulinija/docs/vaikulinijosmetineataskaita2019>

30. Valstybės kontrolė (2017) Valstybinio audito ataskaita „Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems su savižudybės rizika“ Nr. VA-P-10-5-2

31. Valstybinis psichikos sveikatos centras (2019). Psichikos sveikatos sutrikimų stigmatizavimas ir jo mažinimas. Prieiga per internetą: https://vpssc.lrv.lt/uploads/vpssc/documents/files/Informacija%20psichikos%20sveikatos%20klausimais/Leidinys_stigma.pdf

32. Vyriausybės strateginės analizės centras (2017). Patyčios labiausiai paplitusios profesinėse mokyklose. Prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/lt/apie-mus/8-naujienos/506-patycios-labiausiai-paplitusios-profesinese-mokyklose>

33. VšĮ Investuok Lietuvoje (2018). Atviros Vyriausybės iniciatyvos „Įrodymais pagrįstų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra: depresijos gydymas nemedikamentinėmis priemonėmis“ teminio tyrimo ataskaita. Prieiga per internetą: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiU79PFs9zsAhUHAhAIHdiGCG4QFjADegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fkurkl.lt%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F03%2FESFA-tyrimo-ataskaita-2018-06-.pdf&usg=AOvVaw2hBmGOrZ8hxLO90OU1GKMD>

34. World Health Organization (2018) Mental Health Atlas-2017 country profiles: Lithuania. Prieiga per internetą https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/#L

35. World Health Organization (2019). Fact sheet - Adolescent mental health - Adolescent mental health problems are a major cause of mortality. Prieiga per internetą:

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/data-and-statistics/fact-sheets-on-child-and-adolescent-health-2019/fact-sheet-adolescent-mental-health-adolescent-mental-health-problems-are-a-major-cause-of-mortality-2019>

36. World Health Organization (2019). Fact sheet - Providing services to adolescents - Adolescents cannot access health services by themselves. Prieiga per internetą: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/data-and-statistics/fact-sheets-on-child-and-adolescent-health-2019/fact-sheet-providing-services-to-adolescents-adolescents-cannot-access-health-services-by-themselves-2019>

37. World Health Organization World Health Organization (2018). Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada International report. VOLUME 2. KEY DATA

38. Žydžiūnaitė, V., Sabaliauskas, S. (2017). Kokybiniai tyrimai. Principai ir metodai. Vilnius: Vaga.