

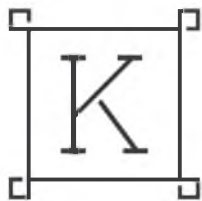
**KULTŪROS IR MENO POVEIKIO BEI SAŲVEIKOS SU
SVEIKATOS SEKTORIUMI PLĖTROS GALIMYBIŲ
VERTINIMAS**

VILNIUS

2014



LIETUVOS RESPUBLIKOS
KULTŪROS MINISTERIJA



LIETUVOS
KULTŪROS
TARYBA

Tyrimas iš dalies finansuotas LR kultūros ministerijos ir Lietuvos kultūros tarybos

Tyrimo darbo grupė:

Rūta Lukošaitytė, dr. Liubovė Murauskienė, Roma Survilienė, dr. Marija Veniūtė

Viešoji įstaiga „Mokymų, tyrimų ir vystymo centras“

TURINYS

Santrumpų sąrašas	3
Lentelių ir paveikslų sąrašas	4
Įvadas	5
I skyrius TYRIMO METODOLOGIJA	6
II skyrius SVEIKATOS IR MENO SAŲVEIKA: TEORINIS DISKURSAS	10
2.1. Sveikatos samprata	10
2.2. Meno poveikio samprata	13
2.2. Menas ir sveikata	16
III skyrius MENO INTERVENCIJOS SVEIKATOS SEKTORIUJE – PRAKTIKA IR TYRIMAI	24
3.1. Užsienio praktikos apžvalga	24
3.2. Sisteminės literatūros analizės rezultatai	30
3.3. Meno sveikatai praktikos Lietuvoje	39
3.3.1. Gerųjų praktikų apžvalga	39
3.3.2. Meno sveikatai veiklų tyrimas	44
IV skyrius KULTŪROS IR SVEIKATOS SEKTORIŲ SAŲVEIKOS PLĖTROS GALIMYBĖS	53
4.1. Kultūra, menas ir sveikata Europos Sąjungos politikos kontekste	53
4.2. Lietuvos teisės aktų ir strateginių dokumentų apžvalga	55
4.3. SSGG analizė	61
4.4. Kultūros ir sveikatos sektorių bendradarbiavimo plėtros galimybės	62
4.4.1. Organizaciniai, instituciniai ir politiniai bendradarbiavimo aspektai	62
4.4.2. Meno intervencijų vertinimas	66
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	71
Literatūros sąrašas	73

Santrumpų sąrašas

UNESCO	Jungtinių Tautų Švietimo, mokslo ir kultūros organizacija
ESF	Europos socialinis fondas
ES	Europos Sąjunga
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
MTEP	Mokslinių tyrimų ir eksperimentinė (socialinė, kultūrinė) plėtra
KM	Kultūros ministerija
SAM	Sveikatos apsaugos ministerija
MT	Meno terapija
MS	Menas sveikatai
NPP	Nacionalinė pažangos programa
JT	Jungtinės Tautos
PSDF	Privalomojo sveikatos draudimo fondas
SPĮ	Sveikatos priežiūros įstaigos
LDTTA	Lietuvos dailės terapijos taikymo asociacija
LUMTA	Lietuvos ugdomosios muzikos terapijos asociacija
LMTA	Lietuvos muzikos terapijos asociacija
LKT	Lietuvos kultūros taryba
LR	Lietuvos Respublika
KKI	Kultūrinės ir kūrybinės industrijos

Lentelių ir paveikslų sąrašas

- 1 lentelė. Meno terapijos ir MS palyginimas.
- 2 lentelė. Meno sveikatai veiklų poveikiai pagal sisteminėje apžvalgoje analizuotus tyrimus.
- 3 lentelė. Vykdomų MS veiklų pavyzdžiai ir jas vykdančių specialistų pavyzdžiai.
- 4 lentelė. Vertinimo etapai.
- 5 lentelė. Pagrindiniai bendruomeninių MS intervencijų vertinimo komponentai.
- 6 lentelė. Išvados ir rekomendacijos.

- 1 paveikslas. MS mokslinių straipsnių sisteminės apžvalgos paieškos ir atrankos schema.
- 2 paveikslas. Penkių dalyvavimo meninėje veikloje būdų struktūrinis modelis.
- 3 paveikslas. Dalyvaujamojo meno procesas ir produktas.
- 4 paveikslas. Vykdomų meninių veiklų įvairovė ir pasiskirstymas pagal dažnumą.
- 5 paveikslas. Vykdomų meninių veiklų pasiskirstymas pagal dalyvių aktyvų ir/ar pasyvų dalyvavimą MS.
- 6 paveikslas. MS veiklos vykdymas įstaigose pagal veiklos sritis.
- 7 paveikslas. Bendradarbiavimas, vykdamas MS veiklas, tarp skirtingų veiklos sričių įstaigų.
- 8 paveikslas. Skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimas vykdamas MS veiklas.
- 9 paveikslas. Procentinis pasiskirstymas tarp skirtingų sričių specialistų, kurie vykdomas MS veiklas.
- 10 paveikslas. MS veiklų tikslinės grupės procentinis pasiskirstymas pagal amžių ir/ar negalią.
- 11 paveikslas. Loginė vertinimo komponentų grandinė.

Įvadas

Ši ataskaita parengta vykdant sutartį Nr. LKT/S(5.20) tarp Lietuvos kultūros tarybos (Užsakovas) ir VšĮ „Mokymų, tyrimų ir vystymo centras“. Sutartimi numatyta atlikti tyrimą „Kultūros ir meno poveikio bei sąveikos su sveikatos sektoriumi plėtros galimybių vertinimas“. Tyrimo vykdytojas – VšĮ „Mokymų, tyrimų ir vystymo centras“ pasitelkė socialinių, sveikatos mokslų ir kultūros sektoriaus specialistus.

Šio tyrimo tikslas – įvertinti meno intervencijų poveikį bei kultūros ir meno sąveikos su sveikatos sektoriumi plėtros galimybes.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti Lietuvos ir Europos Sąjungos strateginius dokumentus bei programas, sąlygojančias kultūros ir sveikatos sektoriaus sąveiką, atskleidžiant meno poveikio prielaidas ir galimybes;
2. Atlikti sisteminę mokslinių tyrimų apžvalgą ir užsienyje vykdytų programų bei projektų ataskaitų analizę, įvertinant meno poveikį visuomenės sveikatai ir gerovei, naudojant tarptautines mokslinių publikacijų bazes bei užsienyje vykdytų programų ir projektų ataskaitas;
3. Identifikuoti ir aprašyti Lietuvoje įgyvendintas gerąsias praktikas, atspindinčias kultūros ir sveikatos sektorių bendradarbiavimo galimybes;
4. Parengti kultūros sektoriaus sąveikos su sveikatos sektoriumi plėtros rekomendacijas ir jas validuoti atliekant kokybinį tyrimą.

Tyrimas atliktas 2014 m. liepos–gruodžio mėn.

Tyrimo aktualumą lėmė ateinančio laikotarpio Lietuvos politikos nuostatos – 2014-2020 m. Nacionalinės pažangos programoje kultūra ir sveikata yra horizontalūs valstybės politikos prioritetai. Užsienio šalyse sukaupta meno intervencijų vykdymo ir jų poveikio sveikatai vertinimo patirtis. Lietuvoje vykdomi meno projektai sveikatos sektoriuje, tačiau ši veikla iki šiol išsamiai netyrinėta.

Ataskaitos pirmame skyriuje pateiktos tyrimo metodologijos ir įgyvendinimo eigos aprašymas. Antrame–ketvirtame skyriuose su koncepcijų ir mokslinių įrodymų pagalba aptariami praktikų (užsienio ir Lietuvos) ir strateginių dokumentų analizės tyrimo rezultatai. Penktame skyriuje pateiktos tyrimo išvados ir rekomendacijos.

I skyrius

Tyrimo metodologija

Tyrimo objektas – tai meno intervencijos, įgyvendinamos siekiant gyventojų sveikatos gerėjimo. Šiame tyrime meno intervencijos suprantamos kaip poveikį sveikatai turinčios veiklos, kurias sveikatos priežiūros įstaigoje arba bendruomenėje įgyvendina profesionalūs menininkai, siekdami teigiamų tikslinės grupės sveikatos pokyčių bei įtraukdami tikslinės grupės dalyvius aktyviai arba pasyviai dalyvauti meninėje veikloje.

Tyrimo meno intervencijos vadinamos terminu „menas sveikatai“, o tekste vartojamas trumpinys MS. Žodis „intervencija“ vartojamas siekiant pabrėžti, kad tai paremta žiniomis, įgūdžiais ir vertybėmis tikslinga veikla, kuria siekiama pokyčio. Menas sveikatos priežiūros įstaigos aplinkoje (interjere ar / ir eksterjere) – viena iš MS veiklos intervencijų, tyrimu nebuvo detalai nagrinėjama, nes šioje veikloje tikslinių grupių dalyvavimas paprastai nėra aktyvus.

Meno terapijos poveikis šiame tyrime nėra analizuojamas, aptariama tik meno terapeuto profesija ir šios praktikos esminiai principai, siekiant atskirti MS ir meno terapijos sritis.

Tyrimo vartojama sveikatos sektoriaus samprata interpretuojama dvejopai, kai:

- MS veiklos vykdomos sveikatos priežiūros įstaigose (tikslinės grupės – pacientai ir / ar sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai);
- MS veiklos vykdomos bendruomenėse (Vakarų šalyse šios tikslinės grupės pagrįstai laikomos intervencijų objektu, pamažu bendruomeninės intervencijos įtraukiamos ir į Lietuvos sveikatos plėtros strategines nuostatas).

Pradinis poveikio tyrinėjimo taškas – tai suvokimas poveikio, kaip „dinamiškos sąvokos, kuri suponuoja priežasties ir pasekmės ryšį. Jis gali būti matuojamas per konkrečių veiksmų rezultatų vertinimą, ar tai būtų iniciatyva, ar iniciatyvų visuma, formuojanti politiką ar politikų rinkinys, formuojantis strategiją“ (Landry et al, 1993).

Tyrimo metodai ir šaltiniai

Šis vertinimas yra kompleksinis kokybinis tyrimas, kurį atliekant buvo naudojami ir analizuojami pirminiai ir antriniai informacijos šaltiniai. Pirminiai informacijos šaltiniai – tai kokybinis ir kiekybinis tyrimai. Antriniai informacijos šaltiniai – literatūra, tarp jų strateginiai dokumentai, teisės aktai ir kitos viešos

publikacijos lietuvių ir anglų kalba. Analizuojant publikacijas, atrinkti svarbiausi politikos dokumentai. Formalią žodinę paiešką sudarė šie raktažodžiai / raktažodžių frazės: menas ir sveikata, meno terapija, sveikata, gerovė, gyvenimo kokybė, bendruomenės sveikata, dalyvavimas meninėje veikloje, socialinė atskirtis, socialinė įtrauktis, socialinis kapitalas, sveikatos netolygumai, sveikatos darbuotojai. Pagrindinis analitinis įrankis – tai koncepcijų analizė (vykdant 1 ir 4 tyrimo uždavinius).

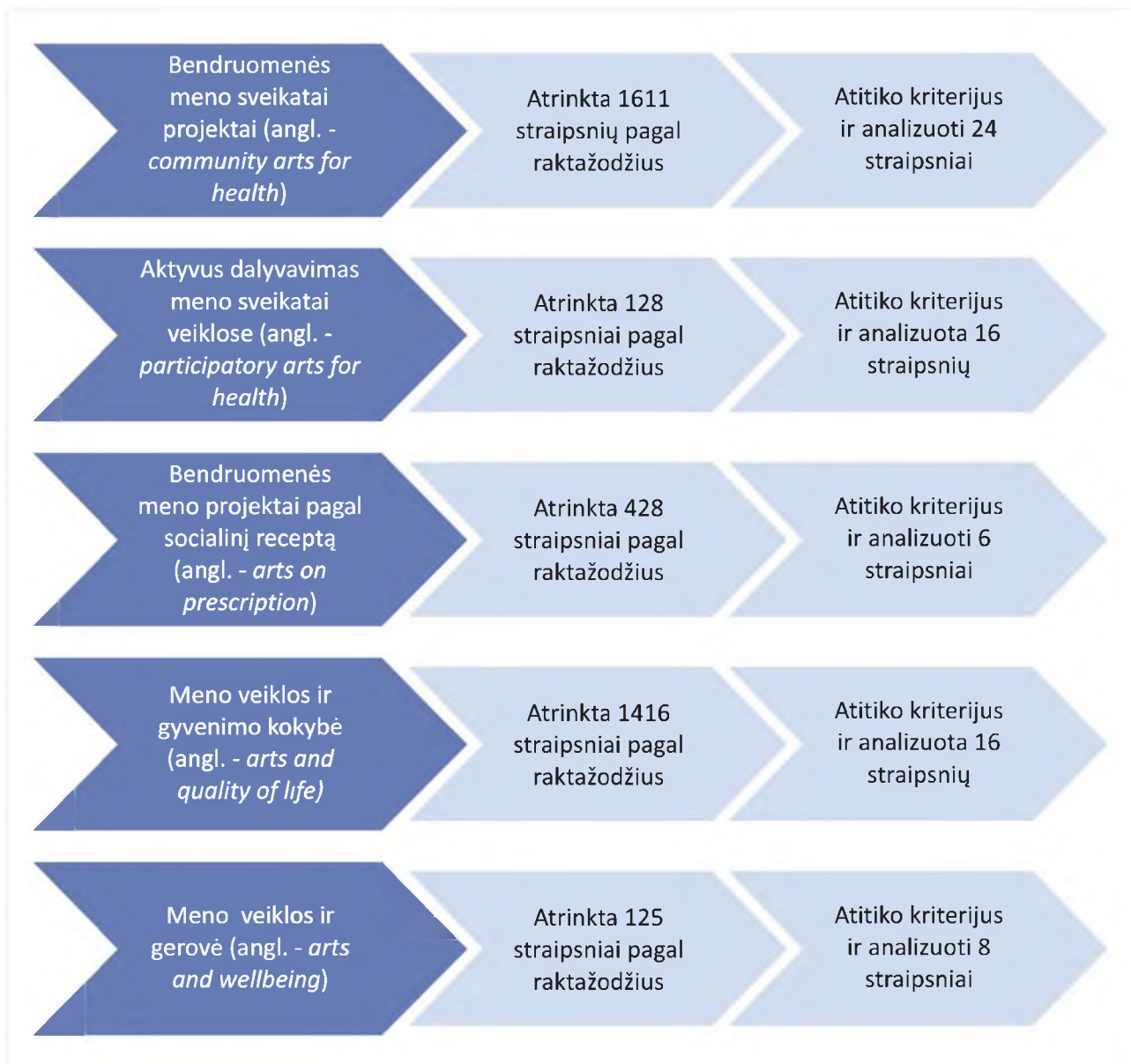
Rengiant tyrimą „Kultūros ir meno poveikio bei sąveikos su sveikatos sektoriumi plėtros galimybių vertinimas“ atlikta sisteminė mokslinių tyrimų apžvalga (2 uždavinys), kurios tikslas – įvertinti meno poveikį sveikatai ir gerovei.

Mokslinių straipsnių atranka:

- sisteminė mokslinių tyrimų apžvalga atlikta analizuojant tarptautines mokslinių publikacijų bazes: „PubMed“, „Cochrane library“, „Psychinfo“;
- į analizę įtraukti visi pilni (angl. *full text*) straipsniai anglų kalba, publikuoti 2004–2014 metų laikotarpyje;
- raktažodžių frazės, kurias pasitelkus buvo ieškoma straipsnių: bendruomenės MS projektai – angl. *community arts for health*; aktyvus dalyvavimas MS veiklose – angl. *participatory arts for health*; bendruomenės meno projektai pagal socialinį receptą – angl. *arts on prescription and health/mental health*; meninė veikla ir gyvenimo kokybė – angl. *arts and quality of life*, meninė veikla ir gerovė – angl. *arts and wellbeing*;
- įtraukimo kriterijai: į apžvalgą įtraukti tik tie tyrimai, kuriais identifikuotos tikslinę grupę turinčios intervencijos, nurodyti jų poveikiai;
- atmetimo kriterijai: nebuvo įtraukti straipsniai, kurių pavadinimas neatitiko temos, straipsniai, vertinantys meno terapijos veiklas sveikatos priežiūroje įstaigose, jei bazėse buvo pateiktos tik straipsnių santraukos, redakcijos komentarai, nuomonės, apžvalgos.

Mokslinių straipsnių sisteminės apžvalgos paieškos ir atrankos schema pateikta 1 paveiksle. Iš viso sisteminei apžvalgai pagal paieškos raktažodžius rasti 3708 straipsniai. Atmetus pasikartojančias publikacijas atrinkta 70 mokslinių straipsnių, atitinkančių įtraukimo ir atmetimo kriterijus.

1 paveikslas. MS mokslinių straipsnių sisteminės apžvalgos paieškos ir atrankos schema.



Šaltinis: sudaryta autorių.

Į apžvalgą buvo įtraukti tiek kiekybinių, tiek kokybinių tyrimų rezultatus pristatantys straipsniai. Kiekybiniai tyrimai ne visada paaiškina MS intervencijų veikimo mechanizmus, neatskleidžia MS veiklų dalyvių patirčių dalyvaujant meno veiklose, todėl į analizę įtraukti ir kokybiniai tyrimai, suteikiantys vertingų kokybinio pobūdžio žinių ir įžvalgų. Kiekybiniai tyrimai apėmė epidemiologinius tyrimus, specialias apklausas, standartinių rodiklių vertinimus. Kokybiniai tyrimai apėmė individualias apklausas, fokusuotų grupių diskusijas, stebimuosius tyrimus.

Dauguma tyrimų meno veiklų poveikius sveikatai vertino individo lygmeniu – vertinti biologiniai, psichologiniai, socialiniai, elgsenos pokyčiai. Apskritai mokslinių publikacijų duomenų bazėse randama daugiau meno terapijos nei MS poveikius aprašančių straipsnių, tačiau dėl atrankos kriterijų neatitikimo skirtingų meno terapijos sričių poveikių vertinimai nebuvo įtraukti į šią apžvalgą.

Vykdamas 3 šio tyrimo uždavinį atliktas Lietuvoje vykdomų MS veiklų tyrimas. Lietuvoje vykdomų

kultūros ir sveikatos bendradarbiavimo praktikų identifikavimas ir vertinimas paremtas menines veiklas vykdančių subjektų anketinės apklausos raštu rezultatais. Atliekant respondentų apklausą, buvo sudarytas klausimynas iš 12 klausimų, iš jų 2 atviri ir 10 – uždary: apie vykdytas veiklas, veiklos tikslus, veiklos dalyvius ir jų skaičių, vykdymo vietą ir laikotarpį, užsiėmimų skaičių per vykdymo laikotarpį, tai nuolatinė ar projektinė veikla, ar ji vykdyta su partneriais, kokios srities specialistai vykdė veiklą pagrindinio vykdytojo ir partnerio organizacijose. Apklausa raštu atlikta 2014 m. rugpjūčio–lapkričio mėnesiais. Tyrimo subjektai atrinkti taikant patogiosios atrankos principus. Anketa buvo išplatinta elektroniniu paštu Lietuvoje veikiančių profesinių – Lietuvos dailės terapijos taikymo, Lietuvos muzikos terapijos ir Lietuvos meno terapijos – asociacijų nariams ir kultūros įstaigoms, vykdančioms MS veiklas savo pacientams / klientams ir / ar darbuotojams bei aplinkai kurti. Iš viso elektroniniu paštu respondentai grąžino 40 užpildytų anketų.

Stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė atlikta vykdant 4 tyrimo uždavinį ir siekiant identifikuoti kultūros ir sveikatos sektoriaus bendradarbiavimo stipriąsias, silpnąsias puses, galimas grėsmes ir galimybes Lietuvoje. Geresniam šios analizės pagrindimui buvo atliktas kokybinis tyrimas – tai giluminė individuali sveikatos priežiūros sektoriaus atstovų ir sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų apklausa. Kokybinio tyrimo metu buvo atlikti interviu su sveikatos priežiūros įstaigų administratoriais (2), su asmens sveikatos priežiūros darbuotojais (6), visuomenės sveikatos priežiūros darbuotojais (2) ir su savivaldybės gydytojais (2) iš skirtingų Lietuvos vietovių. Iš viso kokybiniame tyrime dalyvavo 12 respondentų. Transkribuoti individualių interviu duomenys buvo panaudoti formuluojant pagrindinius SSGG teiginius bei kultūros ir meno sąveikos su sveikatos sektoriumi plėtros rekomendacijas.

Tyrimo ataskaitą pripažino tinkama du išoriniai kultūros ir sveikatos sričių ekspertai.

II skyrius

Sveikatos ir meno sąveika: teorinis diskursas

2.1. Sveikatos samprata

Šioje dalyje aptariamos tyrimo kontekste svarbiausios sveikatos koncepcijos ir jų raida. Atsakymas į klausimą, koks gali būti meno poveikis sveikatai, pirmiausia priklauso nuo sveikatos sampratos. Renkantis sveikatos sąvoką, atitinkamai pasirenkami jos vertinimo aspektai, kuriuos tyrėjas stengiasi išmatuoti.

Esama daug skirtingų sveikatos sąvokų. **Visuomenės sveikatos** diskursą išskiria platesnis nei biologinis arba elgesio mokslų dalyko sveikatos suvokimas, kai pripažįstami **socialiniai sveikatą lemiantys veiksniai**. Pavyzdžiui, elgsenos, kaip galimos sveikatos sutrikimų priežasties, analizėje reikšminga ne tik fizinė, bet socialinė ir psichologinė aplinka. 2011 m. Olandijos mokslininkė Machteld Huber kartu su kolegomis Britanijos medicinos žurnale „British Medical Journal“ publikavo straipsnį su sveikatos koncepcija, kvestionuojančia iki šiol visuotinai vartojamą 1948 m. PSO patvirtintą sveikatos apibrėžimą. M. Huber teigia, kad šiandiniame pasaulyje, senstant populiacijoms, kerojant lėtinėms ligoms, mažai žmonių gali būti laikomi sveiki – pasiekę visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną. Sveikatą siūloma apibrėžti kaip **gebėjimą prisitaikyti ir patiems įveikti kasdieninius socialinius, fizinius ir emocinius iššūkius** (Huber, 2011). Ši samprata apima asmens įgalinimo konceptą – sveikais laikomi asmenys, įgalūs susidoroti su nesveikatos būklės sukeltais iššūkiais kasdieniame gyvenime. Tokia moderni sveikatos samprata labai palanki meno taikymui sveikatos priežiūros sektoriuje, nes šis tiesiogiai prisideda prie asmens įgalinimo įveikti sveikatos būklės suformuotus iššūkius.

Toliau nagrinėjant visuomenės sveikatos sampratą aiškėja, kad **dalyvavimas socialinėje veikloje** – irgi svarbus sveikatą lemiantis veiksnys. Nagrinėjant sveikatą šiuo aspektu sukurtas **sveikatos išteklių** (angl. *assets*) **modelis**, pagal kurį **sveikatą kuriantys – saliotogeniniai veiksniai** (angl. *salutogenic*) yra ne mažiau reikšmingi nei patogeniniai (ligas generuojantys) veiksniai. Pavyzdžiui, įrodyta, kad įprasti patogeniniai rizikos veiksniai nulemia tik 40–50 proc. ankstyvo mirtingumo atvejų. Kita vertus, kai sveikata suprantama ne tik per biologinę būklę, reikšmingą vietą užima kūrybiškumas. Tada sveikata net apibrėžiama per kūrybą kaip **„kūrybos potencialas“** (Seedhouse, 2001).

Nemažai mokslininkų teigia, kad tradicinis „deficitinis“ sveikatos modelis – kai visas sveikatos priežiūros darbuotojų dėmesys skiriamas ligonių problemoms ir poreikiams, individų arba gyventojų grupių trūkumams, yra ribotas. Skirtingai nei įprasta, sveikatos išteklių modelis siūlo orientuotis į **galimybes padidinti jau turimus sveikatos išteklius**.

Saliutogenezės modelis (Antonovsky, 1987) sukurtas remiantis žmogaus požiūriu į gyvenimą, jausena, kad viskas išsispres nepaisant galimų įvykių. Tokia gyvenimo nuostata pavadinta **vidine darna** (angl. *Sense of coherence*). Laikantis šio požiūrio, išorinės ir vidinės aplinkybės matomos kaip suprantamos, suvaldomos ir prasmingos. Šis požiūris padeda suvaldyti įtampą, stresą, teigiamai reaguoti į iššūkius. Jis įgalina sveikatai ir ligų prevencijai. Taip pat, autorių manymu, jis paaiškina, kodėl gyvendami panašiomis aplinkybėmis vieni žmonės serga, o kiti lieka sveiki. Kartu su vidinės darnos koncepcija saliutogenezės teorija paaiškinama per antrą pagrindinę Atsparumo išteklių visumos (angl. *Generalised Resistance Resources*) koncepciją. Šie ištekliai būna įvairūs (žinios, pinigai, patirtys, socialinė parama, kultūra, tradicijos, intelektas ir ideologijos), svarbiausia, kad jie kartu gali užtikrinti gebėjimą greitai atgauti jėgas. O **sveikata apibrėžiama kaip adaptacijos procesas, gebėjimas prisitaikyti besikeičiančioje aplinkoje, augant ir senstant, atsikuriant pažeidimo atveju** (Illich, 2003).

Išskiriamos trys sveikatos išteklių kategorijos, apimančios individų, bendruomenės ir platesnės socialinės sistemos lygmenis.

- Individo sveikatos ištekliams priskiriama socialinė kompetencija, atsigavimo įgūdžiai, pasiryžimas mokytis, teigiamos vertybės, savigarba ir tikslų turėjimas. Įrodyta, kad individų vidinė darna yra jų sveikatos stiprinimo veiksnys, ji, pavyzdžiui, mažina blogos psichikos sveikatos riziką.
- Bendruomenės sveikatos veiksniumi laikomi teigiamai asmenį veikiantys socialiniai ryšiai arba socialinis kapitalas [1]. **Socialinis kapitalas** – tai socialiniai ryšiai, pagrįsti tarpusavio sąveikos bei pasitikėjimo normomis (Putnam, 2000). Socialinis kapitalas skiriasi nuo fizinio kapitalo (socialinis egzistavimas) ir nuo žmogiškojo kapitalo (individualūs veikėjai sociume), sudarydamas sėkmingo socialinio gyvenimo prielaidas. Nestinga mokslinių įrodymų, kad didesnis socialinis kapitalas lemia geresnę sveikatą, ne tik dėl socialinės paramos, bet ir žmonių gyvenimo įprasminimo jiems dalyvaujant socialiniuose tinkluose. Taip pat reikia paminėti, kad socialinis kapitalas yra vienas iš pagrindinių ekonomikos augimo ir šalies gerovės veiksnių.
- Socialinės sistemos sveikatos ištekliai – tai sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo ištekliai, galimybė aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime ir jausti kontroliuojant savo gyvenimą.

Sveikatos išteklių modelio taikymas keičia politikos ir intervencijų turinį:

- nuo ligų prevencijos siekiant mažinti mirtingumą ir sergamumą į teigiamesnius sveikatos ir gyvenimo kokybės gerinimo tikslus;
- nuo atskirų ligų priežastingumo nagrinėjimo į daug dimensijų turintį dinaminį sveikatos ir jos veiksnių modelį;
- nuo individus veikiančių intervencijų į bendruomenės, net visos sistemos lygmens intervencijas;
- iš pasyvių sveikatos programų rezultatų gavėjų vaidmens į aktyvesnį gyventojų dalyvavimą veikiant sveikatos labui (Scottish Government, 2012).

Priešingai nei biomedicininis sveikatos modelis, saliutogeninis modelis – tai loginė konstrukcija, leidžianti analizuoti meno intervencijų poveikį sveikatai.

Epidemiologinio kitimo (angl. *Epidemiological transition*) laikotarpis pasižymi pasikeitusiu gyventojų sergamumo, ligotumo ir mirtingumo profiliu: XIX a. vyravo infekcinės ligos, o XX a. paplito lėtinės neinfekcinės ligos, didele dalimi lemiamos elgsenos rizikos veiksnių (rūkymo, alkoholio vartojimo, mitybos įpročių),

¹ Bendruomenė – tai tam tikra (dažnai geografinės) tapatybės vienijama žmonių grupė.

mažėjančio gimstamumo, senstančios populiacijos, augančių išlaidų sveikatos priežiūrai. Šiuo etapu sveikatos stiprinimas (angl. *health promotion*) tapo labai svarbiu gyventojų sveikatos išsaugojimo veiksmu. 1986 m. PSO Kanadoje patvirtintoje Otavos chartijoje išdėstyta sveikatos stiprinimo koncepcija apima politikas ir veiklas, kuriomis siekiama įgalinti žmones rūpintis savo sveikata kasdienėje aplinkoje. Penki pagrindiniai sveikatos stiprinimo elementai yra: į sveikatą orientuotos viešosios politikos formavimas (1), sveikatą palaikančios aplinkos formavimas (2), asmeninių sveikatą stiprinančių įgūdžių formavimas (3), sveikatos priežiūros paslaugų perorientavimas (4) ir sveikatą stiprinančių veiklų įgyvendinimas bendruomenėje (5) (Otavos Chartija, 1986). MS koncepcija yra modernus gyventojų sveikatos stiprinimo instrumentas.

Bendruomenės sveikatos samprata paremta socialinio kapitalo teorija apie sveikatos gerinimą. **Bendruomenės sveikata** – visuomenės sveikatos suvokimas, pripažįstant, kad bendruomenė yra reikšmingas sveikatą lemiantis veiksnys ir neatsiejamas veiksmingos visuomenės elementas. Šiame diskurse bendruomenė suvokiama kaip matomų ir nematomų charakteristikų su jos formaliais ir neformaliais ryšiais, normomis ir kultūrinėmis ypatybėmis, su institucijų, politikos ir tikėjimo sistemomis visuma. Pastaraisiais dešimtmečiais bendruomenės tapo bene labiausiai akcentuojamų socialinių intervencijų objektu (socialinės intervencijos suprantamos plačiąja prasme ir apima ekonominius aspektus).

Visų pirma, tai susiję su Vakarų šalių visuomenės požiūriu į socialinę (ekonominę) atskirtį, labiausiai pasireiškusių ir akumuliuojamą atskirose visuomenės bendruomenėse. Ji iš esmės lemia blogą šių bendruomenių gyventojų sveikatą. Pavyzdžiui, Jungtinės Karalystės ministrės pirmininkės Margaret Thatcher laikais dėl paslaugų ekonomikos idėjų poveikio į sveikatos sritį buvo žvelgiama kaip į mainų modelį [2]. Tačiau su laiku šiame kelyje išaugo socialinė atskirtis. 1980 m. publikuota Juodoji socialinės atskirties ataskaita „Inequalities in Health“ (Department of Health, 1980) turėjo stiprų atgarsį. Buvo įrodyta, kad nepriteklius ir žemesnis socialinis statusas lemia blogesnę sveikatą. Taigi pereinant nuo paslaugų prie gyvenimo kokybės ekonomikos, akcentuojama ir individų, ir bendruomenių atsakomybė, skatinamos visapusiškos, tikslinės paslaugos pažeidžiamoms grupėms. Taip pat – skiriama vis daugiau dėmesio psichikos sveikatos problemoms.

Antra, paaiškėjo bendruomenės svarba mažinant neigiamas socialinės nelygybės pasekmes. Tęsiant diskusijas apie žmonių poreikių hierarchiją, atsirado argumentų prieš A. Maslow poreikių piramidės absoliutinumą. Paaiškėjo, kad ja buvo neteisingai mažai vertinamas orumo ir savigarbos poreikis. Juk galima gyventi skurde nepatiriant neigiamų pasekmių orumui; taip pat orumo neįgyti turint materialių priemonių. Apskritai socialinis statusas yra didžiausias atskiras sveikatą lemiantis veiksnys, netgi ekonominių sąlygų ir gyvensenos įpročių skirtumų kontekste: kuo žemesnė žmogaus pozicija socialinėje hierarchijoje, tuo mažiau tikėtina, kad jis jausis kontroliuojantis savo gyvenimą ir turintis socialinio dalyvavimo galimybių. Autonomija ir socialinis dalyvavimas yra tokie svarbūs sveikatai, kad jų nesant, sveikata prastėja. Taip radosi supratimas, kad būtina kurti sąlygas orumui stiprėti. Šiame kelyje būtent **bendruomenės ir identiteto jutimas** gali „gydyti“ žemo socialinio statuso problemas. Be to, būtent bendruomenėje esama sveikatos veiksmų kompleksų ir atitinkamai – veiksmingų sveikatą gerinančių intervencijų.

Trečias svarbus dalykas, bendruomenės sveikatos koncepcija leido naujai suvokti ir stiprinti meno ir sveikatos sąsajas. Paaiškėjo, kad kultūrinė plėtra turi vaidmenį mažinant sveikatos netolygumus ir gerinant sveikatos priežiūros institucijų bei visuomenės sąveiką.

² Šis modelis, beje, šiuo metu populiarus Lietuvoje.

2.2. Meno poveikio samprata

Meno samprata istorijos bėgyje keitėsi, o šiandien universalus meno apibrėžimo nėra, todėl šioje dalyje apžvelgiamas diskursas, svarbus meno ir sveikatos sektorių sąveikai aptarti. PSO 1948 m. apibrėžė, kad **sveikata – tai fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas**, todėl vienas iš meno ir sveikatos sąveikos aspektų – jei pripažįstame, kad kultūros paslaugos / kultūros produktai, t.y. menas yra socialinės gerovės komponentas, veikiantis individą ir visuomenę bei teikiantis naudą – yra instrumentinis požiūris.

Diskusijos ir tyrimai dėl kultūros ir meno instrumentinės vertės pastaruosius dešimtmečius plėtojami dviem pagrindinėmis temomis – ekonominiu ir socialiniu poveikiu. Daugiausia konceptualizuota ekonominė meno vertė, kūrybinių industrijų sąvoka atskleidžia komercializuotą kūrybiškumą ir atskirą ekonomikos sritį, vadinamą kūrybos ekonomika.

Apie socialinį meno poveikį Jungtinėje Karalystėje, Australijoje, Kanadoje ir kitose šalyse jau seniai diskutuojama politiniuose debatuose, tačiau socialinė kultūros ir meno vertė mažiau teoretizuota. Tyrimų, kuriuose apibrėžiamas socialinis meno poveikis nėra daug, bet galima paminėti apibrėžimą, pateiktą viename iš pirmųjų diskusinių dokumentų „Socialinis meno poveikis“ (1993), kuriame jis apibūdinamas kaip „tie reiškiniai, kurie yra už artefaktų ir renginio ar kūrybinės veiklos ribų ir kurių įtaka išlieka ir tiesiogiai paveikia žmonių gyvenimus“ (Landry, 1993).

F. Matarasso studijoje „Nauda ar puošmena? Socialinis dalyvavimo meninėse veiklose poveikis“ (Matarasso, 1997), kuri daugelio autorių vadinama etapine, buvo pirmą kartą nuosekliai tyrinėtas dalyvavimo meninėje veikloje poveikis ir atkreiptas politikų ir meno paramos agentūrų dėmesys. F. Matarasso išskyrė šias socialinio poveikio sritis: socialinę įtrauktį ir sanglaudą, bendruomenės įgalinimą ir identitetą, švietimą ir mokymąsi, sveikatą ir gerovę.

Poveikis šiose srityse pasiekiamas individo, bendruomenės ar visuomenės lygmeniu. Poveikis individo lygmeniu gali būti skiriamas į šias kategorijas:

- asmeniniai gebėjimai (pasitikėjimas, motyvacija, darbo grupėje įgūdžiai, kiti gebėjimai);
- asmeninės žinios (aplinka, sveikata, bendruomenė, menas).

Poveikis bendruomenės lygmeniu, arba socialinis kapitalas – tai bendrumas, identitetas, pasitikėjimas aplinkiniais, tolerancija, įsitraukimas ir dalyvavimas, pilietiškumas.

Šiuo metu nėra universalios, visuotinai pripažintos metodikos socialinio meno poveikio tyrimui. Sunkumų kyla, nes siekiama objektyviai pamatuoti tai, kas yra iš prigimties kompleksiška ir daugeliu aspektų subjektyvu. Kitas sunkumas kyla atskiriant šiuolaikinio meno praktikas, kuriose vienu ar kitu aspektu svarbūs socialiniai ryšiai, žiūrovo dalyvavimas, socialinės problemos ir pan. Anglakalbėje literatūroje šios meno praktikos yra aprašomos vartojant šiuos terminus – dalyvaujamas menas (angl. *participatory art*), bendruomenių menas (angl. *community art*), bendruomenių patirtimi paremtas menas (angl. *community-based art*), dialoginis menas (angl. *dialogic art*), reliacinis / santykių menas (angl. *relational art*), naujojo stiliaus viešasis menas (angl. *new genre public art*), socialiai angažuotas menas (angl. *socially engaged art*), meninis aktyvizmas (angl. *art activism*) ir kt. Skirtingos sąvokos, pasak L. Michelkevičės, atspindi pirmiausia ne tik pačių praktikų įvairovę, bet ir teorinių arba kritinių požiūrių į šiuos meno reiškinius galimybes: vienos sąvokos parankios analizuojant būtent dalyvavimo arba kolektyviškumo aspektus (*participatory, community-*

based, collaborative, dialogic, relational), kitos akcentuoja kūrėjų taikomas veiklos taktikas (*socially engaged, interventionist art, art activism, new genre public art*), kurios savaime nesuponuoja dalyvavimo, tačiau dėl specifinės meno kūrinių aplinkos (viešų erdvių, intensyvaus socialinio gyvenimo momentų) paprastai jo neišvengia ir netgi siekia (L. Michelkevičė, 2009).

Sąvoka „dalyvaujamojo meno praktika“ apibūdina aktyvų žiūrovo / publikos įsitraukimą / dalyvavimą kūrybos procese. Aktyvų bendruomenės dalyvavimą meninėje veikloje apibrėžia terminas – „bendruomenių menas“. Šalia šių sąvokų yra ir lietuviško atitikmens / termino neturintys tiesioginiai vertiniai iš anglų kalbos – **menas ir sveikata, menas sveikatai** (angl. *art and health, art for health*). Šių praktikų apibrėžimuose pasikartoja dalyvavimo aspektas – žiūrovas tampa svarbus kaip suvokėjas, dalyvis, kūrybos išteklius.

Dalyvavimas kaip poveikio prielaida

Dalyvavimas kultūros ar meno veiklose yra pirminė meno poveikio sveikatai sąlyga. Dalyvavimas, kaip skirtingo pobūdžio ir įsitraukimo veikla, apima kultūros produktų vartojimą, kultūros paslaugas ir kitas dalyvavimo kultūroje formas.

Lietuvos valstybės ir kultūros politikos dokumentuose minimos dvi sąvokos – prieinamumas ir dalyvavimas, todėl svarbu atkreipti dėmesį į šių sąvokų skirtumą.

Prieinamumas (angl. *access to culture*) pirmiausia suvokiamas kaip teisė dalyvauti kultūroje, ją dar 1948 metais pažymėjo JT žmogaus teisių deklaracija. Taip pat tai yra fizinio (neįgaliesiems pritaikytas patekimas ir pan.) ar materialinio (nebrangūs bilietai) dalyvavimo sąlygos ir galimybės, kultūros paslaugų infrastruktūra (pvz., muziejų, kultūros centrų, bibliotekų tinklas regionuose ir pan.), paslaugų kokybė ir kiti veiksniai.

Dalyvavimas (angl. *participation*) apibrėžiamas kaip lankymas, stebėjimas, aktyvus dalyvavimas, kolektyvinė kūryba, mokymasis, kultūrinis tarpininkavimas ir kūrybinė saviraiška. Dalis autorių akcentuoja aktyvaus dalyvavimo aspektą, kai į sprendimų priėmimą, į kūrybinius procesus, į turinio konstravimą įtraukta auditorija pripažįstama kaip aktyvus veikėjas, su kuriuo konsultuojamasi ar jo dalyvavimo siekiama planuojant ir kuriant kultūros pasiūlą (ES Veiksmų plano kultūrai 2011-2014 ataskaita, 2012).

Pagal asmens įsitraukimo lygį skiriami keli dalyvavimo kultūroje lygmenys:

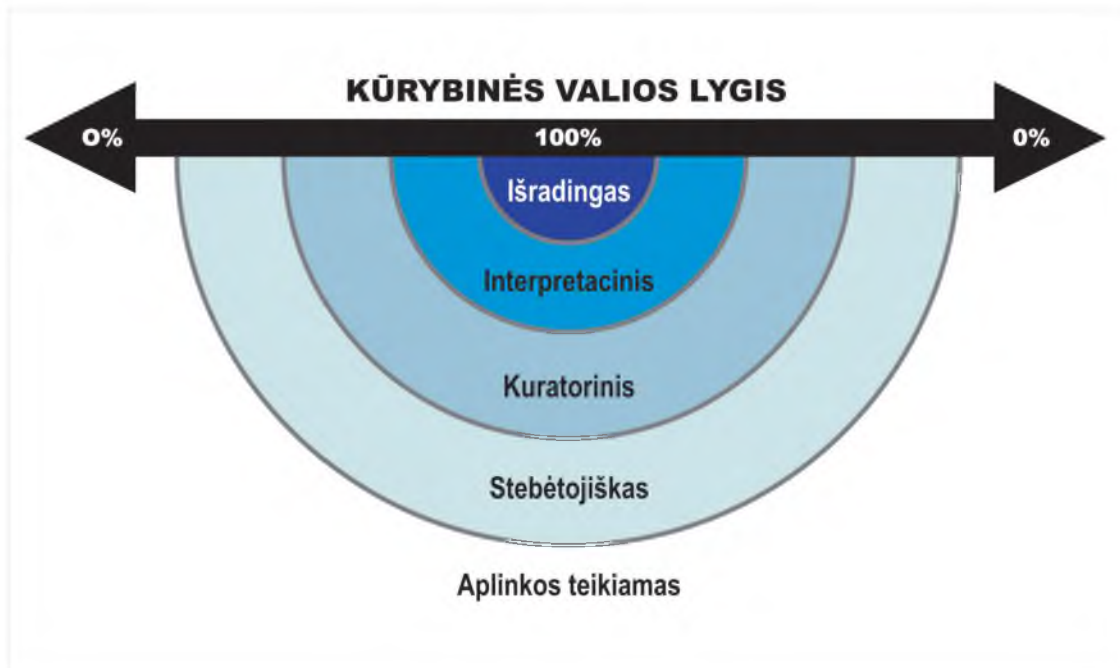
- 1) dalyvavimas kūrybos procese (kūryba);
- 2) stebėtojo vaidmuo (kultūros ir meno renginių lankymas);
- 3) dalyvavimas medijų pagalba (kultūros patyrimas per šiuolaikinės medijos formas – TV, radiją, internetą, laikmenas ir kt.).

UNESCO ir ESS-net Culture rodikliai, kuriais vertinamas gyventojų dalyvavimas kultūrinėje veikloje, skiria šiuos lygmenis – dalyvavimas kūrėjo ar atlikėjo statusu; dalyvavimas platinant kultūros informaciją, dalyvaujant ar kitaip prisidedant prie kultūros įstaigos veiklos; kultūros paslaugų ir produktų naudojimas.

Stebėtojo ar medijų pagalba dalyvaujančiojo vaidmenį daugeliu atvejų galima apibūdinti kaip vartotojišką ar pasyvų dalyvavimą, o dalyvavimas kūrybos procese (kūrėjo ar atlikėjo statusu ar kt.) yra aktyvus veikimas, reikalaujantis įsitraukimo, kūrybiškumo, kitų gebėjimų. Konektikuto kultūros ir turizmo komisijos užsakytoje studijoje („The Values Study, Rediscovering the Meaning and Value of Arts participation“, 2004) užuot pasitelkus du kraštutinius apibūdinimus – aktyvus ir pasyvus, auditorijos įsitraukimas vertinamas plačiau. Išskiriamos penkios dalyvavimo būsenos: išradingas (angl. *inventive*), interpretacinis (angl. *interpretive*),

kuratorinis (angl. *curatorial*), stebėtojiškas (angl. *observational*) ir aplinkos teikiamas (angl. *ambient*). Šios kategorijos paremtos kūrybine ar dalyvavimo valia, pradedant nuo visiškos kontrolės (išradingas dalyvavimas) iki visiško pasyvumo (aplinkos teikiamas dalyvavimas).

2 paveikslas. Penkių dalyvavimo meninėje veikloje būdų struktūrinis modelis

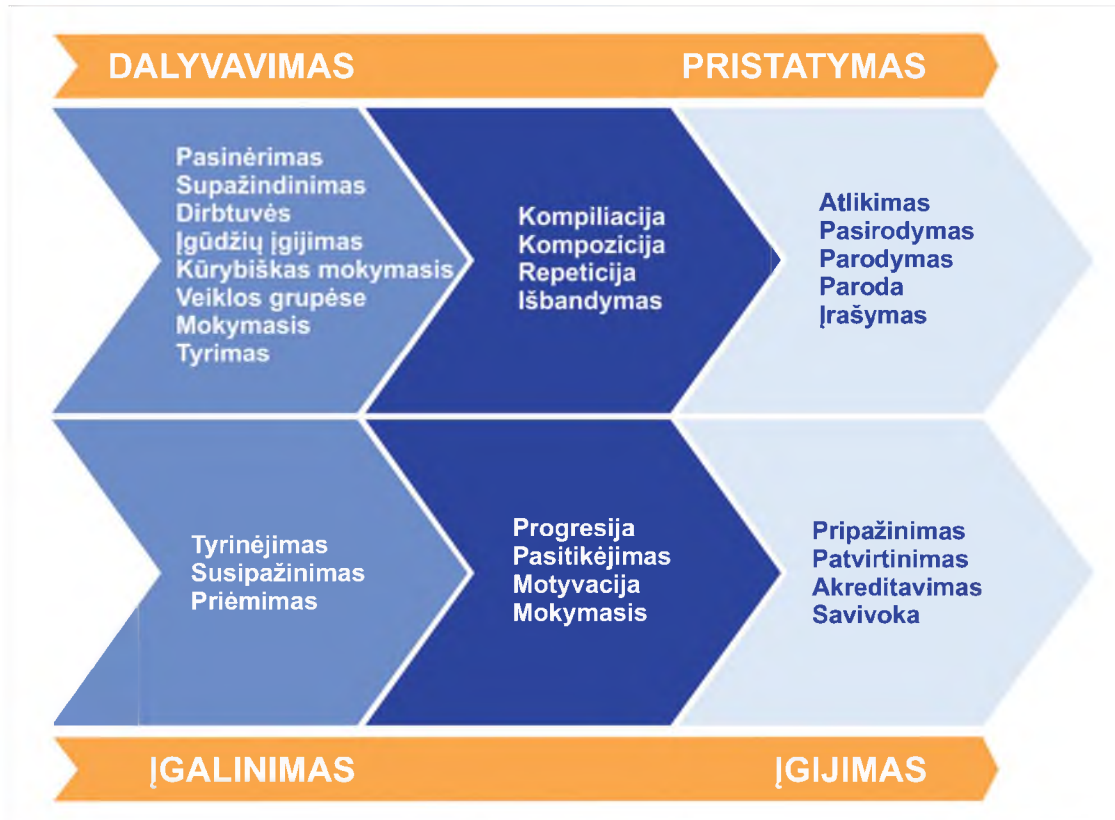


Šaltinis: The Values Study, Rediscovering the Meaning and Value of Arts participation, 2004.

Šis modelis ne tik detaliau apibrėžia dalyvavimo pobūdį, bet ir implikuoja hipotezę, kad asmens patiriamas poveikis ar nauda susijusi su dalyvavimo ar įsitraukimo intensyvumu, t. y. poveikis, pasiekiamas žiūrint ar klausant meno kūrinio, nėra tapatus tam, kuris kyla kuriant ar kitaip aktyviai dalyvaujant kūrybos procese.

Aktyvaus dalyvavimo, esančio pačiame modelio centre ir išsiskiriančio maksimalia kūrybinės kontrolės galia, procesas detaliau apžvelgtas schemoje, sudarytoje Jungtinės Karalystės suaugusiųjų dalyvaujamojo meno apžvalgoje. Dauguma autorių pabrėžia, kad procesas ir produktas šioje meno praktikoje yra lygiaverčiai, kad sudėtinga vertinti dalyvaujamojo meno produktus, nes jie kuriami siekiant socialinės gerovės, o socialinės atskirties ar rizikos grupių dalyvavimas sukuria etinių apribojimų kritikai, tačiau produkto ir jo pristatymo etapas svarbus ne tik dalyvaujamojo meno teoriniam diskursui, bet ir poveikio analizei.

3 paveikslas. Dalyvaujamojo meno procesas ir produktas.



Šaltinis: Adaptuota autorių pagal „Adult participatory arts“, 2010.

Po dalyvavimo etapo prasidedantis pristatymo etapas vidinių šio proceso ryšių struktūroje yra kartu ir dalyvio pripažinimas, „akreditacija“, kai kūrybinės veiklos produktas tampa individo savastimi ir savivertės formavimo ar stiprinimo veiksmu.

Dalyvaujamojo meno praktika, kaip jau minėta, labai įvairialypė, sveikatos priežiūros įstaigose ir bendruomenėje vykdomoms veikloms gali būti naudojamos skirtingos taktikos (įtraukimo ar dalyvavimo pobūdis, individualus ar grupinis darbas ir pan.), todėl analizuojant meno poveikį svarbu įvertinti dalyvavimo meninėje veikloje pobūdį.

2.3. Menas ir sveikata

Šioje dalyje apžvelgiamos meno ir sveikatos sąveikos kryptys užsienyje ir Lietuvoje. XX a. viduryje kintant sveikatos suvokimui nuo biologinio arba elgesio mokslų dalykų, pripažįstant socialinių veiksnių įtaką sveikatai ir formuojantis holistiniam požiūriui į sveikatos priežiūros sistemą bei keičiantis meno sampratoms, susiformavo meno ir sveikatos sektorių sąveikos prielaidos.

Profesionalūs menininkai tikslingai imasi projektų, kurių tikslas meno priemonėmis gerinti gydymo įstaigų aplinką, pacientų emocinę būklę, įtraukti bendruomenes į meninę veiklą. Taigi, profesionaliems meninkams dirbant su skirtingomis pacientų grupėmis įvairi meninė veikla skverbėsi į gydymo įstaigas. Psichiatrijos ligoninės pradėjo taikyti menus kaip papildomą gydymo priemonę: ir kaip užimtumo terapijas, ir kaip psichoterapinio gydymo būdus. Meno ir sveikatos sąveikos lauke palaipsniui formuojasi dvi veiklos kryptys: **menas sveikatai** (angl. *art for health*) ir **menų terapija**.

MS veikla tai tarpsritinėje meno ir sveikatos sankirtoje susiformavęs reiškinys, kurio pirminis siekis buvo sudaryti sąlygas meninei veiklai sveikatos priežiūros institucinėje aplinkoje bei galimybė keisti pačią aplinką (pvz., integruojant meno kūrinus). MS veiklą vykdantys profesionalūs menininkai nėra akredituojami, jų veikla neregamentuojama. Kita vertus, per šio reiškinio gyvavimo laikotarpį sukaupta patirties ir parengta geros praktikos rekomendacijų, vadovų, kuriuose išskiriama šios veiklos specifika ir svarbūs aspektai.

MS nereikia painioti nei su **meno edukacija** (jei nuosekliai mokoma meno žanro technikos, įgyjama naujų gebėjimų ir pan.) arba **laisvalaikio užimtumu** (jei nenaudojamos profesionalios priemonės, o turinio, technikos ar žanrų prasme apsiribojama „rankdarbių“ gamyba, t. y. karpymu, lankstymu, dekupažu, žvakių liejimu ir panašia veikla) nei su meno terapija.

MS vykdytojai yra profesionalūs menininkai, kurie savo kūrybinę veiklą plėtoja sveikatos priežiūros (institucinėje) arba bendruomenės (neinstitucinėje) aplinkoje. Mainai, vykstantys MS veikloje, yra lygiaverčiai, abu proceso dalyviai (pvz., profesionalus menininkas ir ligoninės pacientas arba profesionalus menininkas ir slaugytojas, profesionalus menininkas ir gydytojas) yra vienodai svarbūs, o santykiai tarp jų būna socialiniai, įtraukiantys į bendrą kolektyvinės kūrybos procesą. Geros praktikos rekomendacijose netgi pabrėžiama, kad menininko santykis neturi būti globėjishkas. Menininkai neturi klinikinės priežiūros pareigos, santykiai profesionalus **menininkas – dalyvis** prasideda be išankstinio žinojimo, profesionalus menininkas neturi prieigos prie konfidencialios medicininės informacijos ir jo bei dalyvio santykiai vystosi viso projekto metu.

Šio tyrimo objektas yra meno ir sveikatos sąveika, todėl svarbu paminėti meno ir sveikatos sąveikos lauke susiformavusias menų terapeutų profesijas. Toliau trumpai apžvelgiami menų terapijų profesinės veiklos ypatumai, siekiant apibrėžti MS ir meno terapijos sąvokų / veiklų skirtumus.

Kūrybinės menų terapijos tapo plačiai žinomos XX a. 5–6 dešimtmečiais, kai psichoterapeutai ir menininkai ėmė suprasti, jog nežodinė saviraiška, pavyzdžiui, tapyba, muzika ar judesiai gali būti naudingi sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms, ypač tais atvejais, kai žodinis bendravimas buvo neįmanomas. Dirbant su skirtingomis pacientų grupėmis įvairi meninė veikla skverbėsi į gydymo įstaigas, palaipsniui kūrėsi meno terapeutų profesinės organizacijos ir formavosi menų terapijos profesijos.

Menų terapijos yra profesijų grupė ir apima dailės terapiją, muzikos terapiją, šokio terapiją, dramos terapiją. Šios terapijos kaip atskiros šakos susiformavo atsižvelgiant į skirtingus meninės raiškos būdus ir priemones. Menų terapijos grindžiamos meno, psichologijos ir psichoterapijos sinteze. Menų terapeutų rengimo universitetinės programos sudaromos orientuojantis į meno kūrimo procesą ir meno terapijos suvokimą kaip dinamiškai orientuotų psichoterapinių santykių tarp menų terapeuto ir kliento kontekstą, jos grindžiamos šiuolaikinio meno praktika, psichodinaminės psichoterapijos teorijų principų bei praktikos taikymu sveikatos priežiūros, socialiniame, politiniame ir tarpkultūriniame kontekste. Universitetinės menų terapijų specialistų rengimo programos vykdomos Europos Sąjungos šalyse (*angl.* - *ECArTE Directory of European Education and Training Programmes, 2014*), Jungtinėse Amerikos Valstijose, Kanadoje, Australijoje, Naujojoje Zelandijoje, Šveicarijoje ir daugelyje kitų šalių. Pagal kiekvienos šalies nuostatus Amerikos Dailės terapijos asociacija (AATA, <http://www.arttherapy.org>), Australijos ir Naujosios Zelandijos menų terapijų asociacijomis (ANZATA, <https://www.anzata.org/about-arts-therapy/> ir <https://www.anzata.org/professional-training/>), Britanijos Dailės terapijos asociacija (BAAT, <http://www.baat.org/About-Art-Therapy>, <http://www.baat.org/Careers-Training>) registruojamiems specialistams keliami reikalavimai sukaupti supervizorių įvertinto praktinio darbo taikant pasirinktą menų terapiją šaką valandų skaičių.

Menų terapijos yra meninės raiškos, kūrybos proceso ir psichoterapinių santykių taikymas, siekiant remti, palaikyti ir gerinti psichosocialinę, fizinę, pažinimo ir dvasinę sveikatą visų amžiaus grupių atstovams. Šiame kontekste menas naudojamas kaip diagnostinis įrankis, ir kaip tarpininkas emociniams išgyvenimams išreikšti, o jie dažnai gali būti trikdantys ir sunkūs. Taigi menų terapijos yra psichoterapijos forma, kuri naudoja meninę raišką kaip pirminį išraiškos ir bendravimo būdą (Quality Assurance Agency for Higher Education, 2004);

Jungtinėje Karalystėje, Jungtinėse Amerikos Valstijose, Kanadoje, Izraelyje, Australijoje, Naujojoje Zelandijoje ir kitose šalyse menų terapeutai yra akredituoti specialistai, kurie kryptingai naudoja menine saviraiška grindžiamus metodus dirbdami su vaikais, suaugusiais, grupėmis ir šeimomis, siekdami paremti, išlaikyti ir pagerinti bendrą sveikatos, fizinę, emocinę ir kognityvinę veiklą, tarpasmeninio bendravimo įgūdžius, prisidėti prie asmenybės brandos ir gerinti gyvenimo kokybę.

Ši praktika grindžiama naujausiais moksliniais tyrimais (Gilroy, 2007; American Art Therapy Association, 2014) nurodančiais, kad meninė saviraiška yra sveikatos stiprinimo praktika, turinti tiesioginės teigiamos įtakos gyvenimo kokybei. Menų terapijos taikomos gydymo tikslais ir šios srities specialistai dažniausiai dirba sveikatos priežiūros įstaigose. Profesijos raidos pradžioje menų terapijos taikytos psichikos sveikatos priežiūros srityje, bet remiantis naujausiais moksliniais tyrimais, ypač neurologijos mokslų srityje, menų terapijos praktika vis plačiau taikoma kaip pagalbinė priemonė, pavyzdžiui gydant somatinius sutrikimus, Alzheimerio ligą, demencijas, psichologines traumas, stresą, mažinant skausmą ir nuovargį, daugelį pažinimo ir neurologinių sutrikimų ir kt.

Menų terapijos skiriasi nuo profesionalios kūrybos ir meninės veiklos, skirtos malonumui, pramogoms bei laisvalaikiui. Menų terapijos arba menų psichoterapijos pagrindas – tai mintis, kad menas veikia kaip simbolinio ryšio priemonė, padedanti išreikšti asmenybę, emocijas ir kitus žmogaus patirties aspektus. Šiuo požiūriu, meninė išraiška, jos priėmimas ir refleksija naudojama stiprinant savivoką ir žodinius mainus tarp terapeuto ir kliento. Santykiai menų terapeutas – klientas yra nulemti iš anksto; menų terapeutai sutelkia dėmesį į klientą „patarnaujančiojo vaidmenyje“ (Broderick, 2011).

Menų terapijos metodus kaip papildomą priemonę savo darbe su pacientais ir / ar klientais taiko ir kiti specialistai – psichologai, psichiatrai, psichoterapeutai, socialiniai darbuotojai, edukologai ir kt., bet jų veikla nėra priskiriama menų terapijoms, tiksliau ją įvardyti galima kaip **menų terapijos metodų taikymą** (jei menų terapijos metodas taikomas nuosekliai ir kompetentingai).

Autorių sudarytoje lentelėje lyginamos meno terapijos ir MS praktika.

1 lentelė. Meno terapijos ir MS palyginimas.

Kriterijus	MENO TERAPIJA	MENAS SVEIKATAI
Veiklos vykdytojas	Menų terapeutai <ul style="list-style-type: none"> • Dailės terapeutas • Muzikos terapeutas • Šokio terapeutas • Dramos terapeutas 	Profesionalus menininkas

Kriterijus	MENO TERAPIJA	MENAS SVEIKATAI
Veiklos taikymo sritis	Asmens sveikatos priežiūros sritis	Tarpsritinė : <ul style="list-style-type: none"> • Kultūra + asmens sveikatos priežiūros sritis • Kultūra + visuomenės sveikatos sritis
Veiklos tikslas	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatinimo veikla, skirta paciento fizinei ir psichikos sveikatai stiprinti 	<ul style="list-style-type: none"> • Dalyvavimas meninėje veikloje • Meno ir/ar meno kūrybos proceso pažinimas • Sveikatinimas
Veiklos rezultatas	Produkto lygmuo : (netaikoma)	Produkto lygmuo: <ul style="list-style-type: none"> • Meno kūrinys • Paroda • Pasirodymas
	Individo lygmuo: <ul style="list-style-type: none"> • Pagerėjusi savijauta • Sustiprėjusi fizinė ir/ar psichikos sveikata 	Individo lygmuo: <ul style="list-style-type: none"> • Asmeniniai gebėjimai (pasitikėjimas, motyvacija, darbo grupėje įgūdžiai, kiti gebėjimai) • Asmeninės žinios ir elgsenos pokyčiai (sveikatos raštingumas, bendruomenė, menas) • Savivertė, gyvenimo kokybė ir pan.
	Bendruomenės lygmuo: (netaikoma)	Bendruomenės lygmuo: <ul style="list-style-type: none"> • Bendrumas • Identitetas • Pasitikėjimas aplinkiniais • Tolerancija • Įsitraukimas ir dalyvavimas • Pilietiškumas
	Organizacija: (netaikoma)	Organizacija: <ul style="list-style-type: none"> • Mikroklimatas • Streso sumažinimas • Darbuotojų sutelkimas • Darbo sąlygų gerinimas • Darbuotojų išsilaikymas darbo vietoje
Veiklos poveikio lygmuo	<ul style="list-style-type: none"> • Individas 	<ul style="list-style-type: none"> • Individas • Bendruomenė • Organizacija

Saltinis: sudaryta autorių.

Apibendrinant galima teigti, kad MT ir MS skiriasi veiklos taikymo sritimi, vykdytojų profesine kvalifikacija, taikomais metodais, priemonėmis, rezultatais bei poveikio lygmeniu.

Lietuvoje domėjimasis meno ir kūrybinės saviraiškos įtaka radosi iki atkuriant Lietuvos nepriklausomybę. Muzikos poveikį psichosomatinėms ligoms ir funkciniais centrinės nervų sistemos sutrikimams gydyti tyrinėjo V. Meška ir A. Jurgutytė (1983), jie parengė metodiką šalies kurortų steigiamiems muzikos terapijos kabinetams. G. Chomentauskas (1983) vaikų psichologiniams tyrimams taikė projekcinius testus. Dar viena iniciatyva, davusi postūmų menų terapijų plėtrai Lietuvoje – G. Chomentausko 1993 metais organizuotas amerikiečių dailės terapijos asociacijos prezidentės Bobbi Stoll seminaras, kuriame dalyvavo Lietuvos psichiatrai, psichologai, psichoterapeutai (Vaitkevičienė, 2013). Intuityviai jausdami meninės veiklos teigiamą poveikį emocinei būklei profesionalūs menininkai spontaniškai siūlė savo pagalbą įtraukiant pacientus ir / ar neįgaliuosius į įvairias menines veiklas. Paskutiniame XX a. ir pirmajame XXI a. dešimtmetyje Lietuvoje menininkai profesionalai, meno pedagogai, menotyrininkai, specialieji pedagogai, socialiniai darbuotojai, psichologai ir kiti specialistai pradėjo plačiai taikyti meninę raišką dirbant su visų amžiaus grupių pacientais, turinčiais įvairių sutrikimų, asmens sveikatos priežiūrose įstaigose (stacionarinio, ambulatorinio, reabilitacinio ir sanatorinio gydymo), visų amžiaus grupių neįgaliais asmenimis ir rizikos grupių vaikais socialinių paslaugų ir ugdymo įstaigose (dienos centruose, mokyklose, vaikų darželiuose, specialaus ugdymo įstaigose, neįgaliųjų užimtumo centruose, socialinės globos įstaigose, krizių centruose ir pan.), penitencinės veiklos įstaigose bei bendruomenėse. Meninės veiklos buvo vykdomos ir vystėsi spontaniškai bei priklausomai nuo atskirų, dažnai individualių iniciatyvų. Dauguma atveju meninės veiklos buvo vykdomos įgyvendinant projektus, kurių metu žmonės užimami menine veikla, taikoma įvairių menų terapijų metodų, reguliariai rengiamos pacientų ir/ar neįgaliųjų kūrybos parodos, koncertai, teatriniai pasirodymai, performansai ir pan. Projektai buvo finansuoti įvairių programų lėšomis, kurias vykdė Lietuvos neįgaliųjų reikalų taryba, Neįgaliųjų reikalų departamentas prie LR socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, LR sveikatos ministerija, LR kultūros ministerija, Jaunimo reikalų taryba, Šiaurės šalių taryba, „Caritas“ organizacija, Atviros Lietuvos fondas, savivaldybių visuomenės sveikatos ir / ar kultūros rėmimo programų lėšomis ir pan.

Pagrindiniai vykdomų meninių veiklų keliama tikslai – kūrybiškai veikti žmonių, turinčių sveikatos sutrikimų ar negalių, savijautą ir saviraišką bei mažinti jų socialinę atskirtį, skatinti klientų bendravimą, gerinti gyvenimo kokybę ir socialinę integraciją. Kadangi vykdytojai nebuvo profesiskai parengti taikyti meninių veiklų dirbant su pacientais, jie veikė savo nuožiūra ir/ar pasitelkę savarankiškai įgytas žinias. Šis laikotarpis pasižymėjo vis augančiu susidomėjimu kūrybinių ir meno metodų taikymu sveikatos, ugdymo ir socialinėje srityse, bet drauge ir šio proceso stichiškumu, skirtinga specialistų kvalifikacija, vykdomos veiklos tikslais ir kokybe, o ji labai susijusi su menininko asmenybe, individualumu, asmenine patirtimi ir kūrybinėmis idėjomis.

Sparčiai daugėjant tokių iniciatyvų ir patirčių, iškilo poreikis koordinuoti skirtingų sričių specialistų, taikančių meną, kūrybos procesą bei menų terapijų metodus, veiklą Lietuvoje, siekiant rūpintis jų kvalifikacijos kėlimu.

Atliepiančiam to meto poreikius, 1997 m. įsikūrė dvi visuomeninės organizacijos. Viena iš jų – Lietuvos ugdomosios muzikos terapijos asociacija (dabar Lietuvos muzikos terapijos asociacija), vienijanti muzikos terapeutus, muzikos pedagogus bei kitus specialistus, propaguojančius ir taikančius muzikos ir kūrybos procesą, muzikos terapijos metodus darbui su asmenimis, turinčiais specialiųjų poreikių. Antroji – Lietuvos dailės terapijos taikymo asociacija (LDTTA), vienijanti dailininkus profesionalus, dailės / socialinius / specialiuosius pedagogus, menotyrininkus, socialinius darbuotojus, psichologus, taikančius dailės terapijos metodus darbe su asmenimis, turinčiais specialiųjų poreikių, psichikos bei kitų sveikatos sutrikimų ir / ar negalią, siekiant gerinti jų gyvenimo kokybę, kūrybiškai veikti žmonių savijautą ir saviraišką bei mažinti jų socialinę atskirtį,

skatinti komunikaciją, socialinę integraciją. Abi asociacijos kėlė panašius tikslus – rūpintis specialistų, taikančių dailės/muzikos terapijos metodus, profesiniu rengimu ir kvalifikacijos tobulinimu bei rūpintis dailės/muzikos terapeuto profesinės veiklos įteisinimu ir profesiniu rengimu Lietuvoje. Tai paspartino meno terapijų – dailės terapijos ir muzikos terapijos – profesijų formavimąsi Lietuvoje bei šios veiklos nuoseklų atsiskyrimą nuo kitų meno taikymo sveikatos ir socialinėje srityse praktikų. Abi asociacijos organizavo seminarus ir tęstines kvalifikacijos kėlimo programas menų terapijos srityje savo nariams ir kitiems besidomintiems meno ir kūrybos proceso bei menų terapijos metodų taikymo galimybėmis. Mokymus vedė pripažinti srities specialistai iš užsienio bei Lietuvos.

XXI a. pirmame dešimtmetyje Lietuvos universitetuose bakalauro studijų programose pradėdamos vykdyti 2–4 kreditų įvadinės menų terapijų programos, jas vykdė Vilniaus pedagoginis universitetas (dabar - Lietuvos edukologijos universitetas), Kauno medicinos universitetas (dabar Lietuvos sveikatos mokslų universitetas), Klaipėdos universitetas, M. Romerio universitetas, Šiaulių universitetas; programos įtrauktos ir į Vilniaus universiteto magistro studijų programą ir Utenos kolegijos Specializacijos programą. 10–70 val. trukmės specialistų kvalifikacijos kėlimo programas vykdo Socialinių darbuotojų profesinio rengimo centras, Pedagogų profesinės raidos centras, Vilniaus Dailės akademija. LDTTA ir LUMTA siūlo neformalų mokymą, išvažiuojamuosius seminarus regionuose. Mokymus vykdo ir Klaipėdos universitetas, Individualios psichologijos institutas. 2011 m. pradėta vykdyti 60 kreditų apimties Meno terapijos metodų taikymo kvalifikacijos tobulinimo programa Vilniaus dailės akademijoje, kurioje gali mokytis baigusieji dailės studijas.

Buvo vykdomi moksliniai tyrimai, apginta daugiau nei dešimt disertacijų (Kaffemanienė, 1998; Dvarionas, 1999; Vilkėlienė, 2000; Aleksienė, 2001; Šinkūnienė, 2001; Brazauskaitė, 2001; Kačiušytė-Skrantai, 2002; Lapėnienė, 2005; Vaitkevičienė, 2006; Šapoka, 2008; Sučylaitė, 2011), parengta dešimtys magistro darbų, publikuota nemažai straipsnių menų terapijų klausimais (Vaitkevičienė, 2013).

Apibendrinant galima teigti, kad plėtojantis meno ir sveikatos sąveikai Lietuvoje formavosi **dvi skirtingos veiklos – menas sveikatai bei menų terapijos**. Šių praktikų raidoje svarbus įvykis buvo tarpžinybinės darbo grupės atliktas darbas. Įgyvendinant nacionalinės programos „Vilnius – Europos kultūros sostinė 2009“ projektą „Meno teritorija“, buvo inicijuotas jungtinis LR Seimo Sveikatos reikalų ir Švietimo, mokslo ir kultūros komitetų posėdis. Jame pasiūlyta suformuoti tarpžinybinę darbo grupę MS projektų plėtrai (LR Ministras Pirmininkas, 2009, Nr. 376). 2009 m. tarpžinybinės darbo grupės atliktas darbas buvo labai svarbus žingsnis, plėtojant galimybes taikyti meninę ir kūrybinę veiklą sveikatinimo srityje (LR Ministras Pirmininkas, 2009). Darbo grupei pavesta atlikti sveikatinimo menu Lietuvoje situacijos analizę, pasiūlyti konkrečias priemones, galinčias užtikrinti MS projektų koordinuotą plėtrą sveikatos institucijose, kalėjimuose, socializacijos centruose bei kitose visuomeninės paskirties institucijose.

Minėtos tarpžinybinės darbo grupės veiklos rezultatas yra 2009 m. gruodžio 31 d. parengta medžiaga „**MENŲ TERAPIJA: sveikatinimo menu Lietuvoje situacijos analizė ir siūlomos priemonės**“ su priedais, joje apibrėžtos menų terapijų ir MS veiklos bei pateikti siūlymai dėl menų terapijų ir menas sveikatai paslaugų vystymo Lietuvoje. Būtina pažymėti, kad ši darbo grupė, atlikusi situacijos analizę ir palyginusi ją su Europos šalių patirtimi, pateikė išvadą, kad „gausėjant iniciatyvoms ir plečiantis paslaugų įvairovei Lietuvoje bei augant menų terapijų metodų taikytojų profesinei kvalifikacijai ir formuojantis profesiniam identitetui, **išryškėjo dvi skirtingos meninės veiklos sveikatinimo kontekste kryptys: menų terapija ir menas sveikatai**“. Šiame dokumente MS veikla apibrėžiama kaip sociokultūrinė veikla, kurią vykdo menininkas, naudojantis meną žmogaus ir bendruomenės fizinės, psichikos, socialinės sveikatos ir gerovės stiprinimui.

Dokumente išvardintos **MS projektuose vykdomos veiklos:**

- meniniai edukaciniai užsiėmimai su profesionaliu menininku ar dailės pedagogu pacientams/klientams ir personalui;
- atlikėjų menų renginiai (koncertai, spektakliai, poezijos skaitymai ir kt.);
- keičiamos dailės ir fotografijos parodos;
- meno kūrybinių kolekcijų sveikatos priežiūros institucijose, socializacijos centruose ir kt. formavimas;
- meno kūrybinių užsakymų sveikatos priežiūros institucijų, socializacijos centrų ir kt. interjerui ir eksterjerui;
- MS projektų vykdytojų edukacija ir kvalifikacijos kėlimas (seminarai, konferencijos ir kt.);
- tyrimų MS srityje rengimas ir vykdymas.

Tame pačiame dokumente apibrėžta veikla „**Menų terapijos metodų taikymas** – menų terapijos metodų/technikų integravimas kitoje profesinėje veikloje, kurią vykdo medikas, psichologas, socialinis darbuotojas, specialusis pedagogas, meno pedagogas, ergoterapeutas, slaugytojas, kineziterapeutas ir kiti specialistai“.

Darbo grupės atlikta analizė apibrėžė skirtumus tarp MS, menų terapijų ir menų terapijų metodų taikymo veiklos tikslų, veiklos pobūdžio ir specialistų kvalifikacijos, parengė siūlymus dėl menų terapijų ir MS paslaugų vystymo Lietuvoje.

LR sveikatos apsaugos ministerijai įgyvendinus dalį darbo grupės parengtų siūlymų buvo patvirtintas **Profesinių kvalifikacinių reikalavimų meno terapeutui aprašas**, kuriame apibrėžta dailės ir muzikos terapija, nustatyti specialistams keliami kvalifikaciniai reikalavimai ir profesinę kvalifikaciją patvirtinantys dokumentai. Dokumente pateikiami apibrėžimai: „Menų terapijos – veiklų grupė, kurią sudaro muzikos terapija ir dailės terapija.“ „Dailės/ muzikos terapija – kvalifikuoto dailės / muzikos terapeuto vykdoma sveikatinimo veikla, skirta paciento fizinei ir psichikos sveikatai stiprinti, naudojant dailę, kūrybos procesą ir psichoterapinius santykius. Dailės/muzikos terapija yra tarpdisciplininė profesija, integruojanti dailės, medicinos, psichologijos, psichoterapijos, specialiojo ugdymo ir socialinio darbo disciplinų atitinkamus žinių ir praktikos aspektus. Dailės/muzikos terapeutas šią terapiją taiko kartu su sveikatos priežiūros specialistais, teikiančiais psichikos sveikatos priežiūros, psichosocialinės reabilitacijos paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose galiojančią asmens sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų teikimo licenciją“ (LR sveikatos apsaugos ministras, 2014, Nr. V-1114).

Aukštosioms mokykloms įgyvendinus darbo grupės parengtus siūlymus buvo sukurtos dailės ir/ar muzikos terapeutų rengimo galimybės Lietuvoje. 2013 m. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas drauge su Vilniaus dailės akademijos Kauno fakultetu pradėjo vykdyti jungtinę antrosios pakopos Dailės terapijos studijų programą, kurią gali studijuoti dailės, reabilitacijos, slaugos, psichologijos ar socialinio darbo bakalaurai, medicinos magistrai. Šios programos absolventams suteikiamas medicinos ir sveikatos magistro kvalifikacinis laipsnis, ir jie įgyja teisę dirbti dailės terapeutais asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. 2015 m. Vilniaus universitetas kartu su Lietuvos muzikos ir teatro akademija pradės vykdyti jungtinę antrosios pakopos Muzikos terapijos studijų programą. Studijuoti galės asmenys, turintys muzikos bakalauro, meno (muzikos) pedagogikos bakalauro, slaugos bakalauro, kineziterapijos bakalauro, ergoterapijos bakalauro, socialinio darbo bakalauro, psichologijos bakalauro, medicinos magistro išsilavinimą. Baigusiems bus suteikiamas medicinos ir sveikatos magistro kvalifikacinis laipsnis, jie galės dirbti muzikos terapeutais asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Kadangi meno (dailės) ir muzikos terapijos įrašytos prie gydymo metodų ir / ar rekomenduojamų paslaugų psichiatrijos tretinio lygio ir dienos stacionaro bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų aprašuose tai sudaro prielaidas šių paslaugų apmokėjimui iš PSDF lėšų, jei meno terapija vykdoma asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose atitinkamą licenciją šioms paslaugoms teikti (LR sveikatos apsaugos ministras, 1999, Nr. 256; LR sveikatos apsaugos ministras, 2012, Nr. V-788).

Aukščiau išvardyti sprendimai ir dokumentai sąlygoja aiškų MT atskyrimą nuo meno terapijos metodų taikymo ir MS veiklų.

III skyrius

Meno intervencijos sveikatos sektoriuje – praktika ir tyrimai

3.1. Užsienio praktikos apžvalga

Šioje dalyje pristatomi gerųjų ir tvarių praktikų bei programų pavyzdžiai, įgyvendinti Jungtinėje Karalystėje, Jungtinėse Amerikos Valstijose, Airijoje, Suomijoje, Prancūzijoje ir Kanadoje bei atspindintys plačią MS veiklų įvairovę – nuo meno programų ligoninėse iki bendruomeninio meno projektų, pasiekiančių socialiai pažeidžiamas visuomenės grupes.

Menas ir meninė veikla sveikatos priežiūros aplinkoje

Geras tvarios MS praktikos pavyzdys yra meno programa, vykdoma Liverpulio vaikų ligoninėje. Viena iš didžiausių vaikų ligoninių Europoje Alder Hey vaikų ligoninė meno programą pradėjo vykdyti 2001 m. Veiklos pradžioje buvo suformuotas Meno komitetas. Jis renkasi periodiškai, formuoja programą, rūpinasi finansavimu. Einamoji organizacinė veikla patikėta meno programos koordinatoriui, ne visu etatu dirbančiam ligoninėje. 2004 m. ligoninės meno komitetas pradėjo aktyviai bendradarbiauti su Liverpulio miesto kultūros organizacijomis. Buvo parengta „Kultūros lyderių programa“ (angl. *The Cultural Champions Programme*), ją sudarė aštuonios rezidencijos, kurių tikslas buvo išbandyti praktines veiklas, kurios vėliau galėtų vykti kasdien ir nuolat. Daug dėmesio buvo skiriama personalo ir menininkų bendradarbiavimui, vyko ir ligoninės personalo mokymai. Programoje dalyvavo Karališkasis Liverpulio filharmonijos orkestras, šiuolaikinio meno galerija „Tate Liverpool“, FACT (angl. *Foundation for Arts and Creative Technology*) ir kitos miesto kultūros organizacijos. Praėjusį dešimtmetį ligoninės meno programa nacionaliniu mastu pripažinta kaip geros praktikos modelis, o 2014 m. ligoninės MS komanda už novatorišką šokio programą, parengtą kartu su šiuolaikinio šokio organizacija, gavo apdovanojimą Mančesteryje vykusiame sveikatos priežiūros inovacijų parodoje.

Ligoninės meno programos strateginiai uždaviniai gerai atskleidžia svarbius šios veiklos aspektus:

- dirbti su pacientais ir jų šeimomis, per meninę veiklą skatinant kūrybišką saviraišką;
- dirbti su ligoninės personalu, per profesinio mokymo programas plėtoti idėjas ir strategiją, kaip taikyti meną kasdienėje gydymo ir priežiūros praktikoje;
- plėtoti išteklius, kurie leistų ligoninės personalui taikyti meną gydant ir prižiūrint pacientus;
- teikti paramą, konsultacijas ir mokymus menininkams ir organizacijoms, dirbančioms ligoninėje;
- dokumentuoti ir vertinti programą, siekiant nustatyti poveikį pacientams, šeimoms, personalui ir aplinkai.

Nedidelės imties tyrimas, 2007 m. atliktas Anglijos menų tarybos (*Arts Council England*) užsakymu, apžvelgė, kaip menas ar meninės veiklos vykdomos Londono ligoninėse. Visos ligoninės, atsakiusios į anketos klausimus, turėjo vaizduojamojo meno kolekcijų, didžioji dauguma užsakinėjo meno kūrinių specialiai ligoninės interjerui, 61% vykdė atlikėjų menų programą, o 72% organizavo dalyvaujamojo meno veiklas. Daugumoje ligoninių vykdytos ir menininkų rezidencijų programos. Dalis dalyvavusių apklausoje ligoninių yra įsteigusios meno komitetus, juos vidutiniškai sudaro 13 narių. Programų koordinavimas patikimas ligoninės darbuotojui, kuris dėl lėšų stygiaus paprastai dirba ne visu etatu, kartais įtraukiami savanoriai. Tarp apklausos dalyvių buvo ir kelios ligoninės, kuriose meno programos koordinatoriaus darbo vieta yra nuolat finansuojama.

Panaši, bet daug didesnės imties apklausa buvo atlikta Jungtinėse Amerikos Valstijose 2004 m. ir pakartota 2007 m. Apklausoje rezultatai atskleidė, jog 2004 m. 43% apklaustų ligoninių (apklausoje dalyvavo 2333 SPJ) vykdė meno programas. Tarp jų dažniausiai pasitaikydavo ilgalaikio meno kūrinių eksponavimo atvejų (73%). Apklausoje nagrinėtas ne tik programų turinys, bet ir SPJ motyvacija vykdyti šias programas – 79% respondentų kaip svarbiausias priežastis nurodė naudą pacientams ir galimybę kurti gydančią aplinką. Svarbus aspektas, atskleidęs veiklos profesionalumą, buvo programų vadyba – 79% meno programų vykdė apmokami meno koordinatoriai. 2007 m. apklausos imtis buvo kiek mažesnė (apklausoje dalyvavo 1807 SPJ), bet vykdančių meno programas įstaigų buvo 45%.

Dar vienas tvirtos MS praktikos pavyzdys yra Prancūzijos kultūros organizacija „*Musique et Sante*“, kuri jau septyniolika metų vykdo MS veiklas. Pasak Philippe Bouteloup, šios organizacijos vadovo, „šiandien kultūra Prancūzijos sveikatos priežiūros aplinkoje užima deramą vietą. Ją galima laikyti terapijos pagalbininke, nes ji turi labai svarbų vaidmenį teikiant geresnę priežiūrą pacientams ir pagalbą jų šeimoms nariams. Žmonės, norintys dalyvauti kultūrinėje veikloje, negali būti diskriminuojami dėl sveikatos būklės, neįgalumo ar numatomos ligos eigos, ypač negalima atstumti žmonių, kurių gyvenimas eina į pabaigą arba kuriems taikomas palaikomasis gydymas. Kiekvienas turi teisę į ligoninėje teikiamas kultūros galimybes“.

PRANCŪZIJA Organizacija: *Musique et Santé*

Įkurta 1998 metais nevyriausybinė organizacija dirba ligoninėse ir propaguoja gyvos muzikos atlikimo meną. Per projektus, mokymo sesijas, tyrimus ir tarpininkavimą organizacija įtraukia kiekvieną, nepriklausomai nuo amžiaus ar kultūros. Profesionalūs muzikantai dirba sveikatos priežiūros įstaigose prie paciento lovos ir su personalo ar pacientų grupėmis, organizuoja nedidelius koncertus.

www.musique-sante.org

Meno veiklas, vykdomas SPJ, galima suskirstyti į aktyvaus ir pasyvaus dalyvavimo veiklas, kuriomis neišskiriama nė viena amžiaus grupė. Reikia atkreipti dėmesį, kad svarbi MS intervencijų SPJ tikslinė grupė yra ne tik SPJ pacientai, bet ir personalas.

JUNGTINĖ KARALYSTĖ Organizacija: *Arts Care*

Pradėjusi veiklą 1991 m. Šiaurės Airijoje, organizacija veikia kaip labdaros fondas ir viena iš regiono lyderių. Veiklą vykdo bendradarbiaudama su sveikatos ir socialinės priežiūros organizacijomis, organizuoja menininkų rezidencijų programą, koordinuoja Gydytojų klounų komandą, dalyvaujamojo meno kūrybines dirbtuves, atlikėjų pasirodymus.

www.artscare.co.uk

Kita svarbi MS veiklos kryptis sveikatos priežiūros sektoriuje – meno kūrinių integravimas ligoninėje. Ji ne tik humanizuoja aplinką, bet ir padeda orientuotis SPJ, suteikia vietos unikalumo, mažina stresą ir nerimą. Augančią šios MS veiklos svarbą patvirtina ne tik apžvalgos ir tyrimai, ligoninėse instaliuojami pavieniai meno kūriniai arba vykdomos didelės programos, kurių metu plėtojami kompleksiniai interjero rekonstrukcijos projektai bei specialiai ligoninės interjerui ar eksterjerui užsakomi meno kūriniai.

JUNGTINĖ KARALYSTĖ Programa: Enhancing the Healing Environment Programme

Privataus fondo King's fund iniciatyva 2000 m. pradėta programa, kurią rėmė ir Sveikatos reikalų departamentas. Remiantis šia programa įgyvendinama sveikatos priežiūros įstaigų renovacija, instaliuojami meno kūriniai, atliekami programos vertinimai (2004 m. ir 2006 m.). 2009–2012 metais programa buvo skirta pakeisti demencija sergančiųjų aplinkos kokybę (Developing Supportive Design for People with Dementia). Programos įgyvendinimui pasiteikiamas ligoninės personalas, programa plėtojama nacionaliniu mastu, programos rezultatai ir vertinimai periodiškai pristatomi leidiniuose, prieinamuose fondo svetainėje.

www.kingsfund.org.uk

Pastaruosius dešimtmečius dauguma naujų ligoninių Jungtinėje Karalystėje, Jungtinėse Amerikos Valstijose, Australijoje ar kitose šalyse pastato planavimo etapu pradeda meno kūrinių ar unikalų dizaino sprendimų integravimo į ligoninės interjerą bei eksterjerą procesą. 2010 m. Jungtinės Karalystės organizacijos „IXIA“ ir „Willis Newson“ parengė vadovą „Viešasis menas ir sveikatos priežiūros pastatai“ (*Public Art and Health Buildings*). Leidinyje trumpai apžvelgiama meno integravimo nauda, visi aktualūs dokumentai ir pateikiamos rekomendacijos, kaip vykdyti meno kūrinių užsakymo procedūras.

JUNGTINĖ KARALYSTĖ Organizacija: Willis Newson

2002 metais įkurta organizacija išsiskiria plačia veiklos panorama – projektai vaikams ir jaunimui, senjorams, sergantiesiems demencija, vykdomos konsultacijos, projektų vertinimas, menininkų mokymai. Nemažą patirtį organizacija sukaupė įgyvendindama didelės apimties meno kūrinių integravimo projektus sveikatos priežiūros įstaigose.

www.willisnewson.co.uk

Daugiau kaip dešimtmetį Jungtinėje Karalystėje organizuojami apdovanojimai „Building Better Healthcare“, kategorijoje „Paciento aplinka“ išskiria nominacijas „Geriausia architektūrinė aplinka“, „Geriausias interjero dizaino sprendimas“, „Geriausias meno projektas“. Įdomu pastebėti, kad 2013 m. buvo pakoreguotas meno nominacijos pavadinimas – nominaciją „Geriausias meno projektas“ pakeitė nominacija „Geriausias kolaboracinis meno projektas“, pabrėžianti SPJ personalo, pacientų ir kūrėjų bendradarbiavimo svarbą planuojant ir integruojant meno kūrinius ligoninėje. 2014 m. nominacija įteikta organizacijai „Lime“, kuri Karališkojoje Mančesterio vaikų ligoninėje, Radiologijos skyriuje įgyvendino projektą „Erdvėlaisis“. Visos suinteresuotosios šalys buvo įtrauktos į šio projekto koncepcijos ir dizaino plėtotę, vyko kūrybinės dirbtuvės su vaikais ir jų šeimomis, individualūs ir grupiniai susitikimai su ligoninės personalo atstovais.

JUNGTINĖ KARALYSTĖ Organizacija: Lime

Viena iš seniausių specializuotų (pradžią laikomi 1974 metais, kai buvo pradėta meno programa Mančesterio ligoninėje) Jungtinės Karalystės organizacijų. Šiuo metu dirba kaip Nacionalinės sveikatos sistemos (angl. - NHS) skyrius ir yra viena iš nedaugelio pastoviai Art Council of England finansuojamų organizacijų.

www.limeart.org

Meno sveikatai veiklos vyresnio amžiaus asmenims

Senyvo amžiaus žmonės ne taip seniai sulaukė didesnio kultūros organizacijų dėmesio, tik pastaruosius dešimtmečius ryškėjant visuomenės senėjimo problematikai, senjorai yra išskiriami kaip svarbi tikslinė grupė. Šių projektų plėtrą veikia aktyvaus senėjimo, socialinės globos deinstitucionalizacijos politika, jie įgyvendinami glaudžiai bendradarbiaujant socialinės globos ir kultūros organizacijoms, o dirbama šiomis kryptimis – skatinamas senjorų aktyvumas ir užimtumas bendruomenės aplinkoje, taip pat senjorų dalyvavimas meninėje veikloje institucijoje (globos namuose ar ligoninėje) bei institucinės aplinkos humanizavimas ir pritaikymas meno ir dizaino priemonėmis.

Viena pirmųjų studijų, kuri atkreipė dėmesį į vyresnio amžiaus žmonių kūrybiškumo potencialą, Jungtinėse Amerikos Valstijose 2001 m. publikuota Gene Cohen knyga „Kūrybiškas amžius“ (angl. *The Creative Age: Awakening Human Potential in the Second Half of Life*). Tais pačiais metais Vašingtone, Džordžo Vašingtono universitete buvo įsteigtas „Nacionalinis kūrybiško senėjimo centras“ (angl. *National Center for Creative Aging*). Centras propaguoja kūrybiško senėjimo idėjas, skatina bendradarbiauti kultūros ir senėjimo politiką formuojančias ir įgyvendinančias organizacijas, organizuoja mokymus menininkams. Centro svetainėje yra organizacijų, vykdančių programas vyresnio amžiaus žmonėms katalogas, virtuali biblioteka, kurioje surinkta geros praktikos apžvalgos, tyrimai, publikacijos (plačiau žr. <http://www.creativeaging.org>).

Trejų metų bandomasis projektas „Menas, sveikata ir senjorai“ (angl. *The Arts, Health and Seniors: Healthy Aging Through the Arts*), įgyvendintas Kanadoje, Vankuveryje 2006–2009 m. yra puikus strateginio planavimo pavyzdys, numatant ilgalaikio poveikio ir naujų žinių indėlį bendruomenės gerovei. Vykdytas didelio suinteresuotųjų šalių rato, finansuotas sveikatos ir kultūros sektorių paramos lėšomis, projektas yra tęsiamas ir plėtojamas iki šiol. Bandomojo projekto metu buvo įgyvendintos keturios skirtingos programos kartu su septyniomis bendruomenės organizacijomis. Ilgalaikis projekto tikslas buvo formuoti stiprią ir sveiką bendruomenę, kuri įtraukia senjorus kaip visaverčius ir aktyvius dalyvius. Projektas siekė ištyrinėti, kaip dalyvavimas profesionaliai vadovaujamoje meno veikloje gali pagerinti vyresnio amžiaus žmonių sveikatą ir gerovę, o per gebėjimų stiprinimo iniciatyvas suteikti naujų žinių ir patirties socialiniams darbuotojams, menininkams, rekreacijos programų planuotojams. Bandomojo projekto metu atliktas visapusiškas vertinimas (vertinamas buvo ir projekto įgyvendinimo procesas, ir projekto rezultatai) ir poveikio sveikatai tyrimas.

SUOMIJA Programa: Osaattori, 2012–2013

Programa Osaattori, finansuota ESF, paskatino profesionalius menininkus plėsti savo kompetencijas ir prisidėti teikiant aukštos kokybės paslaugas senyvo amžiaus žmonėms. Tai jungtinis keturių Suomijos miestų – Helsinkio, Lahčio, Turku ir Juveskiulės – projektas, kurio metu menininkai ir kūrybinių industrijų atstovai buvo rengiami dirbti su pagyvenusiais žmonėmis, įtraukiant juos į kūrybines veiklas.

www.osaattori.fi

Kitas tvarios praktikos pavyzdys – ilgametės tradicijas puoselėjantis nacionalinis menų festivalis Airijoje įtraukia vyresnio amžiaus žmones kaip atlikėjus, auditorijos narius ir kaip renginio organizatorius. Belteino festivalis (angl. *Bealtaine festival*) vyksta nuo 1996 m. kiekvienais metais, gegužės mėnesį visose Airijos apskrityse ir suburia nacionalines kultūros organizacijas, vietos valdžios institucijas, vyresnio amžiaus žmonių organizacijas, kurios festivalio programai parengia per 1500 renginių. Nors finansavimas nėra didelis,

festivalis smarkiai išsiplėtė. 1996 m. festivalio programoje buvo 52 renginiai ir 7000 dalyvių, o 2007 m. jau vyko 1300 renginių, kurie pasiekė daugiau nei 51 000 dalyvių (apie 10% Airijos vyresnio amžiaus gyventojų). 2009 m. paskelbtame Belteino festivalio vertinime, kurį atliko Airijos socialinės gerontologijos centras, pažymima, jog festivalis turėjo didelį ir matomą poveikį nacionaliniu ir vietos lygmenimis – išplėtė meno auditorijų ratą ir sustiprino dalyvių, senyvo amžiaus žmonių, savigarbą ir pasitikėjimą (plačiau žr. <http://bealtaine.com>).

Menas ir psichikos sveikata

Dalyvavimas meninėje veikloje teigiamai veikia emocinę ir socialinę gerovę, todėl MS praktika yra taikoma psichikos sveikatos sutrikimus patiriantiems asmenims. Tokios nuoseklios praktikos taikymo pavyzdys yra Jungtinėje Karalystėje, Mančesteryje 1986 m. įkurtas centras *Start*, veikiantis kaip Nacionalinės sveikatos tarnybos (angl. *National Health Service – NHS*) fondo padalinys. Menininkų komanda čia dirba kartu su ergoterapeutu, kiekvienam centro klientui parenkama individuali kūrybinės veiklos programa, stebima bei vertinama pažanga ir poveikis. Centre įrengtos keturios studijos, lankytojai turi galimybę mokytis keramikos, tekstilės, tapybos, piešimo, mozaikos, fotografijos, grupės yra nedidelės (6-8 dalyviai). Norint lankyti centro programą, reikia sveikatos ar socialinės priežiūros specialisto siuntimo. Centro komanda bendradarbiauja su miesto kultūros įstaigomis, galerijomis ir muziejais, bendruomenės centrais (plačiau žr. <http://www.startmc.org.uk>). 2008 m. Jungtinės Karalystės Nacionalinės sveikatos tarnybos Inovacijų ir tobulinimo institutas išrinko *Start* centrą vienu iš dešimties geriausių novatoriško darbo sveikatos tarnyboje pavyzdžių ir pristatė leidinyje „10 priešasčių didžiutis“.

Geras pavyzdys, kaip menas pasitelkiamas stigmati mažinti, yra Škotijos psichikos sveikatos, meno ir kino festivalis (angl. *The Scottish Mental Health Arts and Film Festival*). Nuo 2007 m. organizuojamas festivalis yra vienas iš ryškių ir provokuojančių Škotijos kultūrinių renginių, apimančių muziką, filmus, vaizduojamąjį meną, teatrą, šokį, literatūrą. Festivalio programa ir temomis siekiama griauti išankstines nuostatas bei stereotipus apie sutrikusios psichikos asmenis, skatinti diskusijas apie psichikos sveikatą. Kasmetinis festivalis vyksta spalio mėnesį įvairiose vietose visoje Škotijoje. 2014 m. festivalio programoje įvyko per 300 renginių, kuriuos aplankė per 20 000 žiūrovų (plačiau žr. <http://www.mhfestival.com>).

Menas ir sveikata – politikos formavimasis

Žvelgiant į tarptautinę MS veiklos panoramą, neabejotina lyderė yra Jungtinė Karalystė, mat čia MS veiklos vykdomos jau daugiau nei tris dešimtmečius. MS praktikos augimas ir įvairovė Jungtinėje Karalystėje paskatino akademinį centrų ar tyrimų universitetuose radimąsi. XX a. 9 dešimtmetyje Meno ir sveikatos skyrius pradėjo veikti Mančesterio Metropolijos universitete, nuo 2004 m. meno ir sveikatos tyrimų centras (angl. *The Sidney De Haan Research Centre for Arts and Health*) veikia Kenterberio universitete, Bristolio universitete vykdoma meno ir sveikatos tyrimų programa.

2007 m. Anglijos menų taryba (angl. *Arts Council England*) ir Sveikatos reikalų departamentas (angl. *Department of Health*) išleido katalogą „Menas ir sveikata“ (angl. *A prospectus for Arts and Health*). Tais pačiais metais Anglijos menų taryba išleido leidinį „Menas, sveikata ir gerovė“ (angl. *The Arts, Health and Wellbeing*). Šie leidiniai, daugelio apžvalgininkų nuomone, pažymėjo reikšmingą meno ir sveikatos srities poslinkį Jungtinėje Karalystėje. Pirmasis patvirtino dviejų institucijų partnerystės svarbą ir pristatė šios srities laimėjimus, o antrajame buvo išdėstyta pirmoji nacionalinė meno ir sveikatos strategija. Strategijoje

numatytos penkios prioritetinės sritys: sveika bendruomenė, sveikatos priežiūros architektūrinė aplinka, vaikai ir jaunimas, šios srities dirbančiųjų mokymai ir profesinio tobulėjimo užtikrinimas, viešinimas ir finansavimo sistemos stiprinimas.

Nuo XX a. 10 dešimtmečio, kai Airijos Menų taryba (angl. *Arts Council*) finansavo penkis bandomuosius projektus, meno ir sveikatos projektai nuosekliai plėtojami ir remiami Airijoje. Per dvejus metus (2008-2009 m.) buvo parengta penkerių metų laikotarpio Airijos Menų tarybos meno ir sveikatos strategija (angl. *The Arts Council/Arts and Health Policy and Strategy*). 2010-2014 m. strategijoje numatyti prioritetai ir siekiai bei veiksmai meno ir sveikatos bendradarbiavimo sektoriaus plėtrai. 2011 m. Airijoje pradėjo veikti nacionalinė meno ir sveikatos svetainė (plačiau žr. <http://www.artsandhealth.ie>), talpinanti dokumentus, programų ir projektų vertinimo ataskaitas, kontaktų katalogą, naujienų srautą. Svetainę, kaip vieną iš meno ir sveikatos politikos įgyvendinimo priemonių, inicijavo ir finansavo Airijos Menų taryba.

XX a. 9 dešimtmetyje Prancūzijos kultūros organizacijų aktyvumas atkreipė politikų dėmesį ir 1985 m. Sveikatos apsaugos ir Kultūros ministerijos įsteigė tarpministerinę komisiją muzikinei veiklai, pradėtai gydymo įstaigose, tirti. Ši komisija paskelbė ataskaitą „Kultūra ir sveikata. Ataskaita apie kultūros politiką sveikatos srityje“ (pranc. *Culture et Santé: rapport sur une politique culturelle en matière de santé*), po kelerių metų – 1993 m. buvo pasirašytas Sveikatos apsaugos ir tuometės Švietimo ir kultūros ministerijų susitarimas dėl bendradarbiavimo. 1999 m. Prancūzijos kultūros ministerija ir Sveikatos reikalų ministerija pasirašė susitarimą dėl programos „Kultūra ligoninėje“ (pranc. *Culture à l'Hôpital*), 2006 m., siekiant šiai kultūros politikos kryptiai suteikti didesnio svorio, susitarimas buvo atnaujintas, o 2010 m. buvo pasirašytas naujas susitarimas „Kultūra ir sveikata“ (pranc. *Culture et Santé*).

Suomijoje nuo 1992 m. veikia nevyriausybinė organizacija „Meno ir sveikatos tinklas“ (angl. *Network for Arts and Health*), kurios tikslas pabrėžti kultūros ir meno svarbą skatinant sveikatą ir gerovę. Tinklo veikla subūrė įvairių sričių specialistus, nuolatinis informacijos rinkimas, moksliniai tyrimai, seminarai ir diskusijos ilgainiui leido pasiekti ženklių pokyčių. 2008 m. pavasarį Švietimo ir kultūros ministerija surengė apskritojo stalo diskusiją, o 2008 m. rudenį pradėta rengti kultūros poveikio gerovei ir sveikatai programa, kaip sveikatą skatinančios kultūros politikos dalis. Parengtoje nacionalinėje programoje „Menas ir kultūra gerovei 2010-2014“ (angl. *Art and Culture for Well-Being 2010–2014*) buvo numatyti penki pagrindiniai prioritetai:

- teisinis pagrindas, administravimas ir finansavimas;
- viešojo, privačiojo sektorių ir trečiųjų šalių bendradarbiavimas;
- moksliniai tyrimai;
- švietimas ir mokymas;
- informacijos sklaida.

Vizija programoje apibrėžiama taip: „Kultūros poveikis skatinant sveikatą ir gerovę pripažįstamas politiniu, administraciniu ir struktūriniu lygmenimis; kultūra atlieka savo vaidmenį nacionalinėje, regionų ir vietos gerovės politikoje; kultūros poveikis sveikatai ir gerovei kaip socialinė atsakomybė skatinamas bendradarbiaujant su trečiosiomis šalimis, privačiuoju sektoriumi ir verslo struktūromis; kultūrinis švietimas vis dažniau įtraukiamas į profesinio mokymo programų dalykus, susijusius su kultūros ir švietimo, sveikatos ir socialinės gerovės sritimis, aktyviai vykdomi ilgalaikiai moksliniai tyrimai, turima pakankamai išteklių sveikatą ir gerovę skatinti kultūros ir meno priemonėmis.“

Atliktoje užsienio šalių praktikos apžvalgoje išskirta tik dalis geriausių tvarios MS veiklos pavyzdžių. Ne

vieną dešimtmetį augantis meno ir sveikatos sektorių bendradarbiavimo mastas yra vertas atskiros publikacijos. Apibendrinant galima teigti, jog MS praktika turi būti plėtojama remiantis projektų vertinimo rezultatais, o taikomieji moksliniai tyrimai ir apžvalgos bei geriausių praktikos pavyzdžių analizė turėtų formuoti politikos kaitos gaires.

3.2. Sisteminės literatūros analizės rezultatai

Šioje dalyje pristatomi užsienyje atliktų mokslinių meno poveikį sveikatai vertinančių publikacijų apžvalgos rezultatai. MS veiklos šioje sisteminėje mokslinių tyrimų apžvalgoje apima:

- bendruomenės meno projektus (angl. *community art*);
- dalyvavimą bendruomenės meno projektuose pagal „socialinį receptą“ (angl. *arts on prescription*)
- paskyrimą dalyvauti bendruomenės meno veiklose. Į MS užsiėmimus dažniausiai nukreipiami psichikos sveikatos problemų turintys gyventojai;
- aktyvaus dalyvavimo meno veiklose intervencijas (angl. *participatory art*).

MS veiklos suprantamos kaip specifinės intervencijos, apimančios įvairias meno veiklas. Dalyvavimas meno veiklose būna dviejų tipų – aktyvus ir pasyvus, o pagrindinės meninės veiklos apima šiuos žanrus: meno festivaliai, šokis, literatūra (poezijos ir prozos skaitymas, kūrybinis poezijos ir istorijų rašymas, pasakojimas), muzika, vaizduojamieji menai (tapyba, grafika, skulptūra), teatras, filmai, keramika, fotografija bei kitos mišrios meno veiklos.

Sisteminė MS mokslinių tyrimų apžvalga atlikta analizuojant kelis svarbiausius aspektus:

- MS veiklų vykdymo vieta (sveikatos priežiūros įstaiga arba bendruomenė);
- tikslinės grupės;
- meno intervencijos;
- poveikis sveikatai.

Sisteminėje mokslinių tyrimų apžvalgoje išskiriamos šios pagrindinės MS veiklų tikslinės grupės:

- bendra populiacija;
- skirtingos demografinės grupės – vyresnio amžiaus žmonės, paaugliai ir kt.
- pacientai (lėtinėmis ligomis sergantys, negalią turintys žmonės). Kaip atskira didelė tikslinė grupė išskiriami psichikos sveikatos problemų ir psichosocialinių poreikių turintys žmonės;
- socialinės rizikos grupės žmonės;
- sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai.

Remiantis sisteminės literatūros apžvalgos rezultatais, MS intervencijų poveikiai klasifikuojami į 4 grupes – psichologiniai, socialiniai, klinikiniai ir kiti poveikiai. Pagrindiniai dalyvavimo meno veiklose ir bendruomenės sveikatos projektų/intervencijų poveikiai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Meno sveikatai veiklų poveikiai pagal sisteminėje apžvalgoje analizuotus tyrimus.

PSICHOLOGINIAI POVEIKIAI	SOCIALINIAI POVEIKIAI	KLINIKINIAI POVEIKIAI	KITI POVEIKIAI
Išaugęs pasitikėjimas savimi (Davies, 2014)	Užmegzti nauji santykiai, nauji draugai (Margrove, 2013)	Trumpesnė hospitalizacija, retesnis lankymasis pas gydytojus dėl ligos, mažesnis medikamentų poreikis (Cohen, 2006)	Dizainas, aplinka, menas sveikatos priežiūros įstaigose mažina nerimą, depresiją, personalo klaidų tikimybę, gerina darbuotojų ir pacientų sveikatą (Orpwood, 2008; Daykin, 2008)
Patirtas džiaugsmas, didesnis laimės pojūtis (Lankston, 2010; Margrove, 2013; Davies, 2014)	Sumažėjusi socialinė atskirtis (Murray, 2010; Stickley, 2010; Camic, 2013; Davies, 2014)	Pagerėjusi psichikos sveikatos būklė, depresiškumo sumažėjimas (Clift, 2010; Cuypers, 2011)	MS veiklos naudojamos kaip sveikatos stiprinimo priemonė (Carson, 2007; Kafewo, 2008; Mills, 2013)
Reikšmingumo jausmas (Stickley, 2013)	Personalo pasitenkinimas darbu (Stickley, 2011)	Gerėja lėtinėmis psichikos ligomis sergančių paciento ligos valdymo įgūdžiai, sveikata (Malkin, 2012; Stickley, Hui, 2012; Lawsons, 2014)	Elgsenos pokyčiai, ypač tarp socialiai pažeidžiamų visuomenės (sveikesnė mityba, didesnis fizinis aktyvumas) (Renton, 2012; Davies, 2014)
Problemų pamiršimas (Noice, 2013)	Sukuriama palankesnė sveikimui aplinka (kai MS veiklos vykdomos sveikatos priežiūros įstaigose) (Lane, 2006; Hume, 2010)	Sumažėjusi savižudybės rizika (Vaananen, 2009)	Mažesnis mirtingumo rodiklis (Bygren, 2009)
Padidėjusi motyvacija (Stickley, 2013)	Geresnė darbo aplinka darbuotojams, mažiau streso ir, perdegimo simptomų (Repar, 2007; Brandes, 2009; Hume, 2010)	Geresnė bendra sveikata ir subjektyvus sveikatos vertinimas, retesni vyresnio amžiaus asmenų apsilankymai pas gydytojus, retesni nukritimai (Cohen, 2006, Flood, 2007)	Mažesnė psichikos ligos stigma (Quinn, 2011)

PSICHOLOGINIAI POVEIKIAI	SOCIALINIAI POVEIKIAI	KLINIKINIAI POVEIKIAI	KITI POVEIKIAI
	Didesnis produktyvumas darbe (Stickley, 2011)	Mažesnis ilgalaikės sveikatos priežiūros poreikis (angl. long term care) vyresnio amžiaus asmenims (Noice, 2013)	
Pagerėjusi gyvenimo kokybė (Bonilha, 2008; Reynolds, 2008; Beesley, 2011; Stickley, 2013; Roe, 2014)	Pozityvesnis sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų (medicinos ir kito personalo) požiūris į pacientus (Forsblom, 2009, Roe, 2014)	Muzikos klausymas gerina neurologinių sutrikimų turinčių pacientų emocines ir kognityvines funkcijas, gerina galvos smegenų insultą patyrusių pacientų ankstyvosios reabilitacijos rezultatus (Chan, 2009; Forsblom, 2009)	
Padidėjusi socialinė ir emocinė gerovė (Hampshire, 2010; Rickett, 2011; Margrove, 2013, Roe, 2014)	Sustiprėjęs socialinis kapitalas (Hampshire, 2010; Cameron, 2013)	Mažiau nerimo, pagerėjusi koronarine širdies liga sergančių ir ypač miokardo infarktą patyrusių pacientų sveikata (Bradt, 2013)	
Sustiprėjęs gebėjimas įveikti sunkumus (Splander, 2007)	Padidėjusi socialinė integracija (Hacking, 2008; Murray, 2010; Stickley, 2010)	Geresni psichikos sutrikimų turinčių žmonių reabilitacijos rezultatai užsiimant sodininkyste (Noice, 2013)	
	Sumažėję socialiniai sveikatos netolygumai, kai MS veiklos įgyvendinamos pažeidžiamose visuomenės grupėse (Murray, 2010; Kelaher, 2013)	Palengvėję demencijos simptomai, pagerėjusi fizinė ir psichikos sveikata, palengvėjusi lėtine obstrukcine plaučių liga sergančių vyresnio amžiaus žmonių kvėpavimo funkcija (Bonilha, 2008; Skingley, 2010)	

PSICHOLOGINIAI POVEIKIAI	SOCIALINIAI POVEIKIAI	KLINIKINIAI POVEIKIAI	KITI POVEIKIAI
	Aktyvesnis dalyvavimas bendruomenėje, socialinio priklausomumo jausmas (angl. social belonging) (Murray, 2010; Davies, 2014; Lawsons, 2014)	Išaugusi hemodializės skyriaus pacientų gyvenimo kokybė, geresni laboratoriniai ir hemodializės rodikliai (Ross, 2006)	
	Didesnis įgalinimo lygis (Hacking, 2008)		
	Išaugęs pilietiškumas (Philipp, 2014)		

Šaltinis: sudaryta autorių.

MS vaidmuo sveikatos priežiūros srityje

Greta medicinos inovacijų ir technologijų pažangos ieškoma naujų ir alternatyvių metodų, kuriuos pasitelkus būtų galima efektyviai prisidėti prie gyventojų sveikatos išsaugojimo ir pacientų sveikatos gerinimo. Paskutinius tris dešimtmečius užsienio šalyse (Didžioji Britanija, Australija, Prancūzija, Suomija, Norvegija, JAV, Japonija ir kt.) daug dėmesio skiriama kultūros ir meno veiklų taikymui sveikatos ir gerovės stiprinimo tikslais – empirinės patirtys ir moksliniai įrodymai liudija apie MS veiklų potencialą prisidėti prie gyventojų sveikatos stiprinimo ir sveikatos būklės gerinimo. Daugelyje apžvelgtų mokslinių publikacijų akcentuojama, kad meno veiklos sveikatos priežiūros įstaigose humanizuoja medicininį gydymą, o apskritai MS intervencijos gali būti taikomos ir mažinant gyventojų sveikatos netolygumus (Parkinson, 2013).

MS veiklos, kurių tikslas yra gyventojų sveikatos ir gerovės stiprinimas bei išsaugojimas, gali būti vykdomos *sveikatos priežiūros įstaigose* (1), kur tikslinės grupės dažniausiai būna pacientai, turintys fizinės ir/ar psichikos sveikatos sutrikimų, bei sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, bei *meno veiklos, vykdomos vietovėse, neįstaigose aplinkoje* (2), kai tikslinės grupės yra visa bendruomenė arba tam tikros bendruomenės grupės – jauni žmonės, vyresnio amžiaus asmenys, lėtinėmis ligomis sergantys pacientai (pvz., psichikos ligomis, ŽIV/AIDS, demencija, Alzheimerio liga, vėžiu, širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis ir kt.), socialinės rizikos grupei priskiriami asmenys (pvz., turintys žemesnį išsilavinimą, gaunantys mažesnes pajamas ar gyvenantys ties skurdo riba, gyvenantys probleminėse šalies/miesto vietovėse, asmenys, vartojantys alkoholį ar narkotikus).

Menas sveikatai – kaip sveikatos stiprinimo priemonė

Pastaraisiais dešimtmečiais augantis susidomėjimas bendruomenės (tiek bendros populiacijos, tiek ir tikslinių jos grupių, pvz., jaunimo, vyresnio amžiaus žmonių, psichikos sutrikimų turinčių žmonių ar socialiai pažeidžiamų visuomenės grupių) įsitraukimu į meno veiklas leido sukaupti mokslinių įrodymų apie teigiamą meno veiklų poveikį sveikatai, gerovei bei socialinio kapitalo stiprinimui. Socialinių sveikatos determinantų modelis leidžia suprasti, kad MS veiklos neturi reikšmingo poveikio, pavyzdžiui, didelio skurdo akivaizdoje,

kai stokojama maisto, vandens ar būsto kaip bazinių sveikatą lemiančių elementų, tačiau MS veiklos *gali ir turi* prisidėti prie gerovės didinimo, gyvenimo kokybės gerinimo net ir nepalankiose sveikatai aplinkose (Clift, 2012). Meno poveikis sveikatai pasireiškia skirtinguose kontekstuose – sveikatos priežiūros įstaigose bei vykdamas MS veiklas bendruomenėje ir stiprinant visuomenės sveikatą.

Kiekvienas individas gali tiesiogiai prisidėti prie savo gerovės keisdamas elgseną sveikatos labui, pavyzdžiui, atsisakydamas rūkymo, keisdamas alkoholio vartojimo, mitybos, deginimosi saulėje įpročius ar tapdamas fiziškai aktyvesnis. Vieni svarbiausių gyventojų elgsenos rizikos veiksnių – rūkymas, alkoholio vartojimas, netinkama mityba ir mažas fizinis aktyvumas. MS poveikis pasireiškia tiek bendrojoje populiacijoje, tiek ir rizikos grupėse, o poveikio būna įvairaus: nuo išaugusio ir aktyvesnio dalyvavimo meno veiklose (koncertuose, parodose) iki klinikinių sveikatos pokyčių – kraujospūdžio mažėjimo, hormonų lygio pasikeitimo ar kitokios gyvenamosios.

Menas ir dalyvavimas meno veiklose yra veiksminga praktika, siekiant visuomenei perduoti sveikatos stiprinimo žinutę, bei įgalinant keisti elgseną renkantis sveikatai naudingus dalykus. Australijoje atliktos gyventojų apklausos duomenimis (tyrime dalyvavo beveik 2000 tiriamųjų), žmonės, dalyvavę meno veiklose (narystė meno organizacijose, lankymasis meno renginiuose ir / ar tiesioginis dalyvavimas meno veiklose kaip tapyba, keramika, šokis, muzika), kuriose buvo pateikiamos sveikatą stiprinančios žinutės, daug geriau suprato ir prisiminė informaciją apie sveikatą (Mills, 2013). Aktyvus dalyvavimas meno veiklose (angl. participatory arts) taip pat susijęs su aukštesniu gyventojų gerovės lygmeniu (Carson, 2007; Cameron, 2013). Insultą patyrusių pacientų dalyvavimas bendruomeniniuose meno projektuose stipriai pagerino jų psichologinę savijautą ir gyvenimo kokybę (Beesley, 2011).

Dalyvavimas meno veiklose ir gyventojų mirtingumas

Epidemiologinių tyrimų duomenys leidžia daryti išvadą, kad aktyvus gyventojų įsitraukimas ir dalyvavimas kultūrinėse veiklose turi ryšį su mažesniu bendru gyventojų mirtingumu. Aštuntame dešimtmetyje Švedijoje atlikti populiacijos epidemiologiniai tyrimai (dalyvavo 13 tūkst. tiriamųjų) parodė, kad žmonių, aktyviai ir dažnai dalyvaujančių meno veiklose, mirtingumas buvo mažesnis nei tų, kurie meno veiklose visai arba labai mažai dalyvavo (Bygren, 1996; Konlaan, 2000; Hyyppa, 2006; Bygren, 2009).

Suomijoje atlikto darbingo amžiaus dirbančių gyventojų (tiriamųjų skaičius – beveik 8 tūkst.) epidemiologinio tyrimo, vykdyto 1986–2004 m., duomenimis, aktyvus dalyvavimas kultūrinėse veiklose (meno ir kultūros užsiėmimai, įsitraukimas į meno draugijų, asociacijų veiklą, socialinį meną, literatūros skaitymas ir pan.) yra susijęs su mažesniu bendru meno veiklose dalyvavusių žmonių gyventojų mirtingumu palyginti su gyventojais, kurie nedalyvavo visai ar labai mažai dalyvavo meno veiklose. Dalyvavimas meno veiklose taip pat susijęs su mažesniu mirtingumu dėl išorinių mirties priežasčių, tokių kaip savižudybės, mirtys eismo įvykiuose ir mirtys dėl kriminalinių veikų (Vaananen, 2009). Dalyvavimas meno veiklose siejamas su sveikesnio gyvenimo būdo pasirinkimais, geresne psichikos sveikata ir didesniu atsparumu stresui bei kasdienams sunkumams.

MS veiklų poveikis vyresnio amžiaus asmenims

Demografinis visuomenės senėjimo fenomenas bei senstančios populiacijos sąlygoti sveikatos paslaugų poreikiai kelia naują iššūkį turėti aukščiausią įmanomą vyresnio amžiaus gyventojų sveikatos lygį. Dalyvavimas MS veiklose gali padidinti vyresnio amžiaus žmonių socialinį ir kultūrinį kapitalą (Goulding, 2013). Kokybinio tyrimo, vertinusio 17-kos bendruomenės chore dainavusių 60 metų ir vyresnių žmonių

sveikatos pokyčius, rezultatai atskleidė, kad senjorai pradėjo labiau džiaugtis gyvenimu, pagerėjo jų fizinės sveikatos būklė, pagerėjo psichikos sveikata ir psichologinė gerovė, jie intensyviau pradėjo bendrauti, pagerėjo kognityvinės funkcijos, atmintis (Skingley, 2010). Suomijoje vyresnio amžiaus žmonės, dainavę chore, geriau vertino savo sveikatą, mažiau skundėsi depresiškumu ir geriau vertino savo gyvenimo kokybę, todėl vyresnio amžiaus žmonių grupei dainavimas chore rekomenduojamas kaip sveikatos stiprinimo priemonė (Johnson, 2013). Brazilijoje atlikto tyrimo duomenimis, dainavimas stipriai pagerino kvėpavimo funkciją ir gyvenimo kokybę tų lėtine obstrukcine plaučių liga sergančių asmenų, kurie apie 3 mėn. dainavo. Rezultatai lyginami su kontrolinės grupės narių, nedalyvavusių choro veikloje, rezultatais (Bonilha, 2008). Apskritai vyresnio amžiaus žmonių dalyvavimas muzikos veiklose pagerina jų psichologinę, socialinę ir fizinę gerovę (Creech, 2013). JAV mokslininkų atlikta sisteminė mokslinių tyrimų apie vyresnio amžiaus žmonių dalyvavimą meno veiklose ir poveikį sveikatai apžvalga patvirtina gausius mokslinius įrodymus, kad aktyvus dalyvavimas meno veiklose gerina fizinę ir psichikos sveikatą, atmintį, didina kūrybingumą, palengvina kasdienės buitinės ir socialines funkcijas ir gerina gyvenimo kokybę (Noice, 2013). Vyresnio amžiaus žmonės būtent dėl amžiaus neretai jaučiasi išstumiami iš visuomenės, patiria socialinę atskirtį. Jiems ypač svarbūs socialiniai kontaktai, bendravimas su kitais žmonėmis. MS projektai padidina galimybes vyresnio amžiaus žmonėms sustiprinti socialinius ryšius, didina jų integraciją į bendruomenę (Murray, 2010). Meno parodų lankymas leido vyresnio amžiaus ir demencija sergantiems žmonėms sustiprinti bendravimą su kitais bei geriau integruotis į visuomenę (MacPherson, 2009; Camic, 2013).

Menas sveikatai ir psichikos sveikata

Moderniose visuomenėse psichikos sveikatos problemų paplitimo mastas yra labai didelis – 2012 m. Europoje apie 30 proc. darbingo amžiaus (18–65 m.) gyventojų per pastaruosius 12 mėn. sirgo mažiausiai viena psichikos liga, pasaulyje apie 25 proc. gyventojų bent kartą gyvenime susiduria su psichikos sveikatos problemomis (Wittchen 2005, Prince, 2007). Jauni 15–29 metų amžiaus žmonės sveiko gyvenimo metų netenka apie 30 proc. atvejų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, jie yra viena pagrindinių susirgimų, negalios ir mirties priežasčių šioje amžiaus grupėje (IHME, 2015). Psychosocialinio streso ir nerimo pasekmės jaučiamos augant darbingo amžiaus žmonių nedarbingumui, psichotropinių vaistų vartojimui. Vienas iš būdų mažinti psychosocialines psichikos sutrikimų pasekmes individui ir visuomenei yra aktyviai įtraukti psichikos sutrikimų turintį ir/ar socialinę atskirtį patiriantį asmenį į MS veiklas. MS veiklos yra skiriamos tarsi *socialinis receptas*, t. y. psichikos sveikatos problemų sprendimas skiriant „gydymą“ – aktyvų dalyvavimą meno veiklose (angl. *art on prescription*). MS recepto išrašymas – tai formalizuotas mechanizmas, įgalinantis pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėją nukreipti socialinių, emocinių ir praktinių kasdienio gyvenimo sunkumų turinčius pacientus į bendruomenėje teikiamas nemedicines paslaugas, sudarančias alternatyvių galimybių patenkinti poreikius. Aktyvų dalyvavimą meno veiklose gali skirti sveikatos priežiūros (ar socialinės apsaugos) specialistas. Meno veiklas, suprantamas kaip *dalyvavimą kūrybinėje veikloje*, vykdo profesionalus menininkas, būtinai – bendruomenėje. Aktyvus įsitraukimas į meno veiklas turi teigiamą poveikį asmeniui ir bendruomenei. Pavyzdžiui, gerėja asmens psichikos sveikatos būklė, gyvenimo kokybė, auga bendruomenės gerovė, mažėja socialinė atskirtis, stiprėja socialinis kapitalas visuomenėje (Bungay, 2010).

Norvegijoje 2006–2008 m. buvo atliktas populiacinis tyrimas, kuriame dalyvavo per 50 tūkst. suaugusių tiriamųjų. Tyrimu buvo siekiama įvertinti, kokį poveikį gyventojų dalyvavimas meno veiklose turi jų psichikos sveikatai. Dalyvavimas meno veiklose vertintas dviem aspektais – jis buvo laikomas aktyviu tuomet, kai asmuo

buvo meno veiklų klubų, draugijų narys, aktyviai muzikavo, dainavo, vaidino teatre, šoko ir pan. Pasyviu dalyvavimu meno veiklose laikytas muziejų, parodų, kino, bažnyčios lankymas. Tyrimo rezultatai parodė, kad žmonės, dalyvavę meno veiklose, geriau vertino savo sveikatą, buvo labiau patenkinti savo gyvenimu, nerimo ir depresiško lygis buvo mažesnis palyginti su tais asmenimis, kurie nedalyvavo jokiose meno veiklose (Cuyper, 2011).

Dainavimas pagerina ne tik socialinius ryšius, emocinę ir psichologinę gerovę – kas antras chore dainuojantis ir tyrime dalyvavęs asmuo nurodė, kad pagerėjo fizinė sveikata, išaugo dvasingumas (Clift, 2011). Poezijos rašymas sunkiomis ligomis (dažniausiai vėžiu) sergantiems pacientams pagerino jų psichologinės gerovės lygį (Rickett, 2011). Meno ir kino festivaliai, emociškai įtraukiantys žiūrovus, gali sumažinti psichikos ligos stigmą visuomenėje (Quinn, 2011).

Meno veiklų taikymas psichikos sutrikimų turintiems pacientams pirmiausia palengvina pacientų saviraišką bei padeda užmegzti ir palaikyti socialinius ryšius, lėtinėmis psichikos ligomis sergantiems pacientams „socialiniai meno receptai“ padeda sveikti ir grįžti prie įprastų veiklų, kai kuriais atvejais paskatina mokytis ar imtis savanoriškos veiklos (Stickley, 2010; Malkin, 2012). Patys didžiausi teigiami MS poveikiai psichikos sutrikimų turintiems asmenims yra psichikos sveikatos būklės pagerėjimas, išaugęs įgalinimas ir socialinė integracija (Hacking, 2008).

Didžiojoje Britanijoje 16-ka 38–91 metų pacientų, sergančių ūminėmis ir lėtinėmis psichikos ligomis (daugiausia depresija) bei turinčių fizinės sveikatos sutrikimų, dalyvavo reabilitacijos programoje, į kurią buvo integruotas aktyvus dalyvavimas meno veikloje – pacientai aktyviai užsiiminėjo sodininkyste. Kokybinio tyrimo rezultatai patvirtino bendras tendencijas – pacientai nurodė, kad užsiėmimas pagerino jų savijautą, nuotaiką, psichologinę gerovę (Noice, 2013).

Psichikos ligomis (ypač lėtinėmis) sergantys žmonės, dalyvavę bendruomenės MS veiklose, nurodo, jog aktyvus dalyvavimas juos įgalino geriau susidoroti su psichikos ligos pasekmėmis, jų poreikiai buvo atliepti ir patenkinti, pagerėjo psichikos sveikatos būklė ir gerovė, išaugo jų savivertė, sustiprėjo įgalinimas ir socialinė integracija į visuomenę (Spandler, 2007; Hacking, 2006; Hacking, 2008; Margrove, 2013; Lawson, 2014). Proto negalią turinčio paciento dalyvavimas bendruomenės meno veiklose (vaidinimas, šokiai, muzika) pagerino paciento gyvenimo kokybę (Becker, 2010). Teatras pagerina bendravimo įgūdžius, kognityvines ir socialines funkcijas, padeda geriau suprasti savo pačių pasaulį, ypač sergant demencija.

Kūrybinis rašymas psichikos sveikatos sutrikimų turintiems žmonėms padeda struktūruoti savo vidinį pasaulį, reikšti jausmus ir mintis, todėl turi terapinės vertės – pavyzdžiui, savo ligos aprašymas ir pasveikusių pacientų istorijos įkvepia ir suteikia vilties pacientams bei jų artimiesiems, padeda geriau suprasti ligos ir sveikimo eigą. Vis dėlto kūrybinio rašymo ir skaitymo poveikių studijų nėra daug ir visose pabrėžiamas trumpalaikis poveikis sveikatai, o tyrimų apie ilgalaikį poveikį sveikatai nepakanka, kad būtų galima daryti kompetentingas išvadas (Margrove, 2013).

Meno veiklų taikymas psichiatrinėse įstaigose teikia ne tik naudą, bet gali kelti ir tam tikrų rizikų. Kai dalyvavimas meno veiklose iš paciento reikalauja per didelių pastangų, meninės veiklos intensyvios, gali būti provokuojama pacientų agresija ar net fizinis smurtas. Todėl meno veiklas taikant sveikatos priežiūros įstaigose, ypač jei pacientai turi psichikos sveikatos sutrikimų, menininkui reikia bent minimalaus kvalifikacinio pasirengimo.

MS poveikis socialinės rizikos grupėse

MS veiklos, orientuotos į socialiai pažeidžiamų grupių asmenis, pirmiausia siekia sumažinti sveikatos netolygumų. Dauguma MS veiklų padidina dalyvių emocinę ir socialinę gerovę, prisideda prie socialinio kapitalo didinimo, tačiau pastebėta, kad didesnę naudą iš MS veiklų patiria aukštesnio socialinio, ekonominio statuso žmonės, o tai gali kelti riziką, jog socialiniai sveikatos netolygumai dar pagilės (Hampshire, 2010). 2008 metais Londono rajonuose, kuriuose gyvenama daugiau žemesnio socialinio ir ekonominio statuso gyventojų (bedarbiai, žmonės, gyvenantys socialiniuose būstuose, gaunantys mažas pajamas, turintys žemą išsilavinimą), atliktas atsitiktinės atrankos tyrimas vertinant dalyvavimo meno veiklose poveikius sveikatai. Meno veiklose asmenys pasižymėjo pakitusiai, sveikesniais mitybos įpročiais, padidėjusiu fiziniu aktyvumu, pagarėjusia psichikos sveikata ir gerovės lygiu (Renton, 2012).

MS veiklos didina sveikatos raštingumą, prisideda prie sveikatos stiprinimo. Aktyvus dalyvavimas vaidybinėse veiklose (drama) leido Nigerijoje įgyvendinti 15 metų paauglių merginų lytinio švietimo programą. Buvo aptariamasi labai jautrios socialinės ir sveikatos temos kaip lytiniai santykiai, nėštumas, abortas, homoseksualūs santykiai ir pan. Meninė veikla sudarė galimybių stiprinti sveikatą jautriu klausimu socialiai pažeidžiamoje merginų grupėje (Kafewo, 2008).

MS projektai pažeidžiamiems vietiniams (tenykščiams) Australijos gyventojams, turintiems psichikos sveikatos problemų, pagerino ne tik jų psichikos sveikatą, bet ir visos bendruomenės socialinę ir emocinę gerovę (Dyer, 2009).

MS veiklos pagerina ilgalaikę negalią ir darbingumą praradusių žmonių gyvenimo kokybę, pasitenkinimą gyvenimu, pagerėja jų savęs vertinimas, užsimezga socialinių kontaktų (Reynolds, 2008).

Dalyvavimas meno veiklose gerina sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų sveikatą

Vykdamas MS veiklas sveikatos priežiūros įstaigose, viena iš tikslinių grupių būna medicinos personalas. Dauguma tyrimų, vertinančių sveikatos priežiūros darbuotojų sveikatos pokyčius, yra kokybinio pobūdžio, leidžiančio įvertinti pozityvias subjektyviai išreikštas sveikatos ir socialines naudas. Kiekybinių, atsitiktinės atrankos kontrolines grupes taikančių mokslinių studijų nėra daug, tačiau jų metu gauti rezultatai mokslo laikomi „auksiniu standartu“ ir leidžia daryti patikimų išvadų apie meno veiklų poveikius darbuotojų sveikatai. Būtent toks tyrimas atliktas Švedijoje. Jame dalyvavo 101 sveikatos priežiūros darbuotojas – 51 tiriamasis sudarė intervencinę grupę, o kita pusė – kontrolinę grupę. Intervencinėje grupėje dalyvavę medikai 8 savaites bent kartą per savaitę turėjo dalyvauti meno veiklose, pavyzdžiui eiti į koncertus, kiną, apsilankyti meno parodose, dainuoti chore. Tyrimo pradžioje ir pabaigoje įvertinus sveikatos būklės pokyčius nustatyta, kad pagerėjo meno veiklose dalyvavusių sveikatos priežiūros darbuotojų fizinė sveikata, gyvybingumas ir socialinis aktyvumas (Bygren, Weissglas, 2009).

Meno kūrinių eksponavimas sveikatos priežiūros įstaigose didina produktyvumą, personalo pasitenkinimą darbu, mažina klaidų tikimybę, gerina darbuotojų sveikatą (Orpwood, 2008; Daykin, 2008; Stckley, 2011). Meno kūriniai sveikatos įstaigose pagerina darbo aplinką, referuojamas mažesnis darbuotojų streso lygis (Repar, 2007; Hume, 2010). Meno veiklos sveikatos priežiūros įstaigoje formuoja pozityvesnį sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų (medicinos ir kito personalo) požiūrį į pacientus (Forsblom, 2009, Roe, 2014). Muzikos klausymas sukelia ilgalaikių efektų mažinant darbuotojų perdegimo simptomus (Brandes, 2009). Meno poveikiai personalui dažniausiai vertinami slaugytojų profesinėje grupėje, o tyrimai rodo, kad slaugytojai, dalyvaujantys meno veiklose, būna labiau patenkinti darbu, patiria mažiau streso, gerėja jų požiūris į pacientus, jie rečiau keičia darbą (Repar, 2007).

Klinikiniai meno veiklų poveikiai somatinėmis ligomis sergantiems pacientams

Muzikos taikymas reikšmingai pagerina neurologinių sutrikimų turinčių pacientų būklę (Chan, 2009), pagerina galvos smegenų insultą patyrusių pacientų reabilitacijos rezultatus (Forsblom, 2009). Kochrano bibliotekoje nurodoma, kad muzikos klausymas mažina koronarine širdies liga sergančių, ypač patyrusių miokardo infarktą, pacientų nerimą, mažina kraujospūdį, retina pulsą, kvėpavimo dažnį, gerina miego kokybę, mažina skausmą. Rezultatai lyginami su tų kardiologijos pacientų rezultatais, kuriems buvo taikytas kardiologinis gydymas be muzikos intervencijos. Visgi autoriai pabrėžia, kad nėra aiški klinikinė šių simptomų reikšmė ir reikia tolimesnių mokslinių tyrimų (Bradt, 2013).

Meno veiklų taikymas slaugos ligoninėse sutrumpina gulėjimo trukmę ir mažina skausmą malšinančių vaistų poreikį (Lane, 2006).

Sveikatos priežiūros įstaigos aplinkos poveikis pacientams

Ligoninėse personalas ir pacientai palankiai vertino vaizduojamojo meno darbų demonstravimą – trijose Škotijos ligoninėse atlikus kokybinį vertinimą, darbuotojai ir pacientai nurodė, kad visus gerai nuteikia ir raminančiai veikia gamtos vaizdus atspindintys darbai (Lankston, 2010). Meno darbų eksponavimas, parodų, spektaklių, meno renginių ir seminarų organizavimas ligoninėse sukuria palankesnę sveikimui aplinką ir geresnę darbo aplinką darbuotojams, mažina stresą dirbant su sunkių klinikinių būklių pacientais (Hume, 2010).

Daykin et al. atliktos sisteminės apžvalgos apie meno, dizaino ir aplinkos poveikius psichikos sveikatos srityje rezultatai patvirtina nuostatą, kad tinkamai pritaikyti ir parinkti dizaino, architektūros ir aplinkos sprendimai bei vaizduojamojo meno kūriniai psichikos sveikatos priežiūrose turi teigiamą poveikį sveikatai. Meno kūrinių demonstravimas mažina stresą, nerimą, depresiją. Architektūriniai sprendimai reikšmingi demencija sergančių pacientų skyriuose, vaizdinės ir akustinės sąlygos mažina personalo klaidų tikimybę (Daykin, 2008).

Sveikatos priežiūros įstaigų pacientai noriai dalyvauja meninėse veiklose. Ligoninėje surengtą fotografijų parodą apžiūrėjo 96 proc. vėžiu sergančių pacientų – labiausiai patikę vaizdai buvo saulėlydis, kalnų upės, vandens kriokliai. Pacientai nurodė, kad nuotraukų ekspozicijos apžiūrėjimas pagerino jų psichologinę savijautą (Hanson, 2013).

Kochrano sisteminių apžvalgų bibliotekoje pateiktoje sisteminėje apžvalgoje apie ligoninės jutiminės aplinkos poveikį pacientų sveikatai aptarti 102 atsitiktinės ir neatsitiktinės atrankų metodikas taikę tyrimai. Pagrindiniai apžvalgos rezultatai įtvirtina nuostatą, kad muzikos (veiklų) taikymas ligoninės aplinkoje gerina pacientų sveikatą, mažina nerimą. Tuo tarpu patalpų dekoravimas, audiovizualiniai projektai, aromaterapija, oro kokybė, lovos patogumas ir panašūs veiksniai nebuvo reikšmingi sveikatai. Buvo pastebėta fiziologinių poveikių, suvartojama mažiau vaistų, tačiau ne itin reikšminga apimtimi (Drahota, 2012).

Sisteminės apžvalgos apibendrinimas

Atlikta apžvalga leido identifikuoti kelis MS veiklų mokslinio vertinimo aspektus. Tyrimų kokybė (metodologiniu požiūriu) labai skiriasi, nedidelę dalį tyrimų sudaro atsitiktinės atrankos kontroliniai tyrimai, didelė dalis tyrimų yra kokybiniai. Dauguma poveikių yra socialinio ir psichologinio pobūdžio, nedidelė dalis tyrimų įrodo ilgalaikius objektyviai išmatuojamus klinikinės pacientų būklės pokyčius. Be to, vertinami poveikiai dažniausiai trumpalaikiai, būtų prasminga ir reikšminga įvertinti ilgalaikį poveikį.

Bendruomenėje įgyvendinami kūrybingumo vystymo ir MS projektai ne tik individams leidžia stiprinti ir saugoti sveikatą bei didinti gerovę. Bendruomenės MS projektai stiprina ir įgalina pačias bendruomenes, vystomi bendruomenės lyderystės įgūdžiai, stiprinamas pilietiškumas. Londone trejus metus vykdyti bendruomeniniai MS projektai pagal programą „Būk kūrybingas, būk sveikas“ (angl. *Be Creative Be Well*) pabrėžė vieną svarbų faktą – meno veiklų poveikiai sveikatai labai priklauso nuo meno veiklų kokybės – kuo profesionaliau ir kokybiškiau vykdytos meno veiklos, tuo geresni rezultatai (Cameron, 2013). Vis dėlto įgyvendinant bendruomenės meno projektus sveikatai, reikšmingas veiksnys yra kultūrinis meno veiklų įgyvendinimo kontekstas (White, 2006).

Mokslinių MS srities tyrimų apžvalga leido įvertinti pastaraisiais dešimtmečiais augantį susidomėjimą MS veiklomis. Jį atspindi kasmet augantis mokslinių publikacijų, vertinančių MS intervencijų poveikį, skaičius. Augantis praktiškai įgyvendinamų MS intervencijų skaičius, jų įgyvendinimo mastas ir besiplečianti įvairovė yra savaime įrodymas, kad menas sveikatai pasaulyje yra prieinama ir sėkmingai įgyvendinama praktika (Clift, 2012). MS veiklos yra priimtina praktika sveikatos ir kultūros sektoriams bei jose dalyvaujantiems žmonėms, nes lanksčiai atsižvelgia į tikslinių grupių poreikius ir padeda sveikatos priežiūros sistemai siekti savo tikslų bei stiprinti gyventojų sveikatą.

3.3. Meno sveikatai praktikos Lietuvoje

Šiame skyriuje pateikiami gerosios MS praktikos pavyzdžiai Lietuvoje ir MS veiklų tyrimas. Gerosios praktikos projektai ar juos įgyvendinusių įstaigų veikla yra pristatyta viešai (spaudos publikacijose, leidiniuose, interneto svetainėse), todėl atliktame tyrime nebuvo nagrinėjama.

3.3.1. Gerųjų praktikų apžvalga

1993 m. Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninėje gydytojos psichiatrės Danguolės Survilaitės iniciatyva įsteigta Meno terapijos studija ir **pacientų klubas „13 ir K“**. Klubas nuo 1998 metų leidžia „Klubo 13 ir K° žinias“; 1999 m. išleido pirmąją Lietuvoje psichikos ligonių poezijos knygą „Vėjo malūnai“, iliustruotą pacientų piešiniais; 1998 m. – pirmąjį kalendorių su psichikos ligonių piešiniais. Per savo gyvavimo metus studija kartu su klubu organizavo 30 dailės parodų Lietuvoje ir užsienyje. D. Survilaitės vadovaujamas klubas „13 ir K°“ daug nuveikė organizuodamas įvairias socialines akcijas, realizuodamas vieną iš pagrindinių šiuolaikinės bendruomenės psichiatrijos uždavinių – psichikos ligonių įvaizdžio visuomenėje gerinimą ir kovodamas prieš ligonių stigmatizaciją ir diskriminaciją (Vaitkevičienė, 2013).

1998 m. Lietuvos specialiosios kūrybos draugija „Guboja“ 6 regioninių grupių pagrindu subūrė nacionalinį **„Spalvų muzikos“ orkestrą** ir taikė „spalvų metodiką“, sutartinėmis spalvomis ant instrumentų žymint natas ir jų atitikmenis. Šis metodas padeda neįgaliesiems lengviau pažinti garsų pasaulį, savarankiškai išgauti melodiją. Orkestro meno vadovas ir vyriausiasis dirigentas – Romualdas Brūzga. Kasmet orkestro veikloje dalyvauja 50–60 asmenų, iš kurių 40–50 neįgaliųjų. Didžiąją dalį orkestro sudaro sutrikusio intelekto jaunimas, bet kartu su jais muzikuoja ir gabūs muzikai neįgalieji su regos, fizine, kompleksine negalia. Nuo 1999 m. vyksta orkestro mokymai, stovyklos, festivaliai, kūrybinės dirbtuvės, kiti renginiai. Orkestras aktyviai koncertuoja ne tik Lietuvoje, bet ir užsienyje (Olandijoje, Vokietijoje, Belgijoje, Lenkijoje, Vengrijoje, Latvijoje, Rusijoje) (plačiau žr. <http://www.guboja.lt>).

Nuo 1997 m. kasmet prieš šv. Kalėdas **Klaipėdos jūrininkų ligoninėje** rengiama Advento popietė „Ant gerumo sparnų“ ir dailininkų akcija „Menininkai – pacientams“. Ši graži tradicija, kai uostamiesčio menininkai įstaigai dovanoja savo kūrinių, gyvuoja jau 19 metų. Per juos Klaipėdos jūrininkų ligoninė sukaupe daugiau nei 500 darbų, kuriuos dovanojo 104 menininkai. Bėgant metams, Klaipėdos jūrininkų ligoninė virto didžiausia ir originaliausia, gyva, nuolat augančia ir besikeičiančia Lietuvos dailės galerija. Meno kūriniai ligoninėje kuria estetišką, patrauklią, gerinančią psichologinį pacientų nusiteikimą, skatinančią žmogų sveikti aplinką. Minint ligoninės ir Lietuvos dailininkų sąjungos Klaipėdos skyriaus draugystės dešimtmetį išleistas dovanotų darbų albumas – katalogas „Ars Vitae“.

Nuo 2004 m. **Lietuvos neįgalių žmonių sąjunga** ir viešoji įstaiga „**Menų terapijos centras**“ kasmet rengia meninius-socialinius performansus. Kūrybinės metodikos vadovės yra scenografė dr. Audronė Brazauskaitė ir kompozitorė Snieguolė Dikčiūtė. Per kūrybinę partnerystę, kurioje dalyvauja profesionalūs menininkai ir įvairios socialinės priežiūros organizacijos, valstybinės institucijos (VDA KF, LDTTA ir kt.) siekiama realizuoti tokį tarpdisciplininio meno produktą – socialinį-meninį performansą, kuris sudarytų sąlygas kūrybiškai sąveikauti neįgaliems asmenims, menininkams profesionalams ir kitoms pasirinktoms socialinėms grupėms. Projekto autoriai teigia: bendradarbiavimas tarp neįgalaus asmens ir profesionalaus menininko modernaus tarpdisciplininio meno kūrybiniame procese turi įtaką šio proceso dalyvių asmenybių pokyčiams bei žiūrovo, visuomenės nario, nuostatoms tokio proceso atžvilgiu. Tokio proceso metu kuriama dalyvių socialinė sąveika, skatinama visuomenės tolerancija bei pozityvūs socialiniai ir kultūriniai pokyčiai (plačiau žr. <http://www.menuterapija.lt>).



Socialinis meninis performansas DIALOGAI. Meninė idėja A. Brazauskaitės, S. Dikčiūtės. Renginys NEGALIA – NE KLIŪTIS. Dalyviai: Lietuvos žmonių su negalia sąjungos neįgalūs asmenys, aktoriai, muzikantai. 2009 m.

2004 m. savo veiklą pradėjo ir iki šiol gyvuoja Lietuvos muzikos ir teatro akademijos inicijuotas **projektas „Clinica musicalis“** – bendras Lietuvos muzikos ir teatro akademijos, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų ir M. Rostropovičiaus fondo labdaros koncertų projektas. Rengiami profesionaliosios muzikos didieji koncertai pagrindinėse sveikatos priežiūros paslaugų įstaigų salėse, mažesni – šių įstaigų skyriuose. Šių koncertų tikslas – ligonių rekreacija, emocinė ir protinė atgaiva, psichikos stabilizavimas, kartu ir ligoninėje skirtą gydymo kurso stiprinimas. „Clinica musicalis“ koncertų klausytojai – uždaro erdvės gyventojai, ligoniai ir ten dirbantys medikai. „Clinica musicalis“ koncertai turi aktyvinamąjį poveikį. Klausytojai (ligoniai) „ištraukiami“ iš ligoninės aplinkos ir pakviečiami pasinerti į kitokį – muzikos pasaulį. „Clinica musicalis“ koncertuose dalyvauja Lietuvos muzikos ir teatro akademijos studentai ir pedagogai, taip pat Nacionalinės M. K. Čiurlionio menų gimnazijos, B. Dvariono dešimtmetės vaikų muzikos mokyklos moksleiviai, Vilniaus kvartetas, fortepijoninis trio „Camerata Baltica“ ir kt. Per dešimt veiklos metų projekte „Clinica musicalis“ dalyvavo per 300 atlikėjų.

Menininkė ir parodų kuratorė prof. dr. Eglė Ganda Bogdaniienė rengia socialinius meno projektus, į kūrybinį procesą įtraukiančius asmenis su negalia, senelių globos namų gyventojus ir Vilniaus dailės akademijos Tekstilės katedros studentus (pvz., tęstinis projektas „Būkime kartu, kurkime drauge“, rengiamas nuo 2009 m. drauge su mokymo centru „Mes esame“ lankytojais, turinčiais proto negalią), dalyviai supažindinami su kūrybos procesais, įvairiomis vilnos vėlimo technikomis. Projekto rėmuose inicijuoja studentų parodas Antavilių pensionate, Vilkpėdės ligoninėje, Eksperimentinės ir klinikinės medicinos departamento Gerontologijos ir reabilitacijos centre ir kitur.

2009 m. Vilniaus universiteto vaikų ligoninei dvidešimt jaunų menininkų iš Lietuvos, Latvijos, Jungtinės Karalystės, Armėnijos, Bosnijos ir Hercegovinos, Vokietijos, Portugalijos, Švedijos sukūrė daugiau nei 200 tapybos, grafikos, skulptūros, fotografijos kūrinių, dizaino elementų. **Projektas „Meno teritorija“** buvo nacionalinės programos „**Vilnius – Europos kultūros sostinė 2009**“ edukacinės meno programos „Europos menų mokykla“ dalis ir buvo iš dalies finansuotas Europos Komisijos lėšomis. Jaunųjų menininkų kūrybinėms dirbtuvėms vadovavo žinomi Lietuvos ir užsienio menininkai – Kęstutis Grigaliūnas, Karina Matiukienė, Vilmantas Marcinkevičius, Nauris Kalinauskas, Margaret Cahill, Antoin O’Heocha. Menininkai Gintaras Jocius ir Rolandas Kiaulevičius sukūrė mažiesiems ligoniukams skirtą pasaką-spalvinimo knygelę „Ką pamiršo Vukas?“. Teatralizuotas knygelės pristatymas buvo surengtas vaikų ligoninėje.



Teatralizuotas spalvinimo knygelės pristatymas Vaikų ligoninėje. Projektas „Meno teritorija“, 2009 m.

Projekto „Meno teritorija“ programoje 2009 m. birželio 1-2 d. buvo surengta pirmoji Lietuvoje tarptautinė konferencija „Menas sveikatai: patirtis ir perspektyvos“, kurioje savo patirtimi dalinosi Jungtinės Karalystės, Airijos, Švedijos, Jungtinių Amerikos Valstijų, Norvegijos, Prancūzijos, Estijos, Latvijos ir Lietuvos menininkai, meno vadybininkai ir mokslininkai, meno terapijos specialistai. Po konferencijos, birželio 3 d. LR Seime buvo inicijuota diskusija „MS projektų perspektyvos Lietuvoje“, įvykusi bendrame Sveikatos reikalų ir Švietimo, mokslo ir kultūros komitetų posėdyje. Diskusijos dalyviams sutarus dėl šios srities svarbos, buvo įkurta tarpžinybinė darbo grupė prie LR Vyriausybės kanceliarijos.

2010 m. įkurta asociacija „Balta scena“, organizavusi socialinės klounados veiklas Lietuvoje, 2013 m. buvo reorganizuota į asociaciją „**RAUDONOS NOSYS Gydytojai klounai**“. Mokyti klounados, improvizacijos, darbo ligoninėje specifikos, psichologiškai prisitaikyti prie ligoninės aplinkos ir taisyklių „gydytojai-klounai“ dirba vaikų ligoninėse, lanko našlaičių namus. Šis terapijos būdas turi savitą metodiką, kuri padeda „rasti kalbą“ (nebūtinai verbalinę) ir susišnekėti su sunkiai bendraujančiais, socialiai atskirtais, psichologinių problemų turinčiais vaikais. Klouno terapijos esmė – ne fiziškai žaisti su vaiku, o aktyviai psichologiškai bendrauti per jo vaizduotę. Jei tik įmanoma, stengiamasi su vaikais bendrauti individualiai. Ligoninėje rengiamas ne bendras pasirodymas, pavyzdžiui, žaidimų kambaryje, o apsilankoma palatose ir bendraujama su kiekvienu vaiku atskirai. Klouno terapija praskaidrina ne tik vaikus, bet ir ligoninės ar kitos vaikais besirūpinančios įstaigos personalo, lankytojų nuotaikas (plačiau žr. <http://www.raudonosnosys.lt>).

Bandomasis projektas „Menas žmogaus gerovei“ buvo finansuotas LR kultūros ministerijos, vykdamas Lietuvos kultūros politikos kaitos gairių įgyvendinimo 2012-2014 metų tarpinstituciniame veiklos plane numatytą priemonę įgyvendinti projektus, sudarančius palankias sąlygas stiprinti meno poveikį sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos srityse siekiant pagerinti žmonių gyvenimo kokybę.

Projekto „Menas žmogaus gerovei“ programa vyko Panevėžio šv. Juozapo globos namuose, Centro poliklinikos Psichikos sveikatos klinikoje, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose ir klinikų filiale Vaikų ligoninėje. Meninėje projekto programoje dalyvavo senyvo amžiaus žmonės, psichikos ligų pacientai, ligoninės personalas, Vaikų ligoninės pacientai ir personalas. Įgyvendinant projektą buvo atliktas tyrimas, kuriame buvo vertinamas meno poveikis asmenų psichosocialinei ir dvasinei gerovei. Tyrimo rezultatai parodė, kad projektas reikšmingai prisidėjo prie asmens gerovės kūrimo – padėjo įgyti naujų įgūdžių ir gebėjimų, teigiamai veikė asmens emocijas ir savivertę, taip pat didino projekto dalyvių socialinį aktyvumą, stiprino bendruomeninius ryšius.



Tapybos ant šilko kūrybinės dirbtuvės Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose. Projektas „Menas žmogaus gerovei“, 2012 m.

Įsteigta 2012 m. nevyriausybinė **organizacija „Verslas ar menas“** vykdo kūrybinius ir edukacinius projektus, įtraukdama žmones su negalia bei socialiai pažeidžiamus vaikus ir jaunimą. Prioritetinė grupė yra regėjimo negalią turintys vaikai ir jaunimas – aklieji ir silpnaregiai. Organizuojami ir visuomenei skirti kultūriniai ir meniniai renginiai, pristatantys negalią turinčių žmonių meninę kūrybą, taip siekiama mažinti socialinę atskirtį tarp sveikų ir regėjimo negalią turinčių žmonių (plačiau žr. <http://www.vam.lt>).

2013 m. pradėjusi veiklą nevyriausybinė **organizacija „Socialiniai meno projektai“** vykdo tik socialinius meno projektus, organizuoja mokymus, seminarus, kūrybinius ir edukacinius projektus. Nuo 2013

m. plėtojamas projektas „Šokio laboratorija“ – šokio menininkų kūrybos projektai, kuriais siekiama didinti socialinės atskirties grupių – senjorų ir asmenų su protine ir fizine negalia, dalyvavimą kūrybinėje veikloje. 2014 m. Nacionaliniame vėžio institute įgyvendinti trijų menininkų – Rasos Baradinskienės, Uljonos Odišarijos ir Gailės Pranskūnaitės kūriniai. 2014 m. surengta mokymų programa dailės muziejų edukatoriams „Susitikime muziejuje“ ir inicijuota edukacinė programa, skirta asmenims, turintiems demenciją, specialiųjų poreikių. 2014 m. balandžio 22 d. Nacionalinėje dailės galerijoje LR kultūros ministerija ir „Socialiniai meno projektai“ kartu su partneriais – Britų Taryba, Šiaurės ministrų tarybos biuru Lietuvoje ir Mančesterio Metropolijos universitetu – surengė konferenciją „Menas ir psichikos sveikata. Kūrybinė partnerystė – politika ir praktika“, kuri pristatė Lietuvos, Jungtinės Karalystės bei Suomijos patirtį, įgyvendinant tarpsektorines programas, orientuotas į visuomenės sveikatos stiprinimą ir gerovės didinimą (plačiau žr. <http://www.menasgerovei.lt>).

3.3.2. Meno sveikatai veiklų tyrimas

Šioje dalyje pristatomas atliktas Lietuvoje vykdytų meno veiklų bei sveikatos ir kultūros sričių bendradarbiavimo tyrimas.

Ruošiantis atlikti tyrimo apklausą raštu, buvo renkama informacija (telefonu, analizuojant įstaigų/organizacijų paslaugų pristatymą ir veiklos ataskaitas internete ir pan.) apie menines veiklas ir sąveiką su sveikatos sektoriumi. Pastebėta, kad nepaisant 2005–2014 m. įdirbio ir priimtų dokumentų (aptarta aukščiau), Lietuvoje praktiškai dar vyrauja skirtingas MT, menų terapijos metodų taikymo, ir MS veiklų supratimas, jų taikymas bei terminai vykdomai veiklai apibūdinti. Pastebėta, kad tiek literatūroje, tiek spaudoje, tiek projektų aprašymuose, tiek tarp specialistų ar kasdienėje kalboje dažnai šios sąvokos pakeičia viena kitą ir neatitinka turinio. Iš veiklos pavadinimo, nepasidomėjus detaliu veiklos aprašymu ir rezultatų pristatymu, neįmanoma nuspėti, kas iš tiesų buvo vykdoma. Nors MT yra atskira profesija, pasitaiko atveju, kai ji priskiriama laisvalaikio užimtumo terapijai ar laisvalaikio užimtumo veikloms, pavyzdžiui, dažnai MT vadinamos įvairios meninės veiklos: muzikos klausimasis, koncertų lankymas, muzikavimas grupėje, sausų puokščių darymas, piešimo būreliai, lankstymas iš popieriaus, mezgimas, žvakių liejimas, keramika ir įvairūs kiti rankdarbiai. Labai dažnai menų terapijų metodų taikymas įvardinamas kaip MT, pavyzdžiui, nurodoma, kad psichologai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai, pedagogai, menininkai, bibliotekininkai, tautodailininkai, kiti kultūros specialistai teikia MT paslaugas. Geriausi atveju dirbdami jie gali taikyti atskirus menų terapijų metodus. Analizuojant veiklos tikslus dar labiau išryškėja, kad veiklos pavadinimas vartojamas netinkamai. Dažnai, pavyzdžiui, menų terapijos tikslu įvardijamas užimtumas kūrybine veikla, rankdarbių/amatų mokymas, relaksacija, kino teatrų ar koncertų lankymas ir pan. Surinkta preliminari informacija ir 2011–2012 m. atlikto Menų terapijos poreikio Lietuvoje tyrimo [3] duomenys (iš viso 231 respondentai iš Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, dienos užimtumo centrų, socialinės globos įstaigų), parodė, kad Lietuvoje tyrimo atlikimo momentu MT terminas vartojamas laisvai jį interpretuojant, todėl dažnai pasitaiko šiame lauke veikiančių specialistų nesusikalbėjimo. Kartu atsiskleidė ir labai didelis įvairių specialistų ir įstaigų susidomėjimas bei įsitraukimas

³ Menų terapijos paslaugų poreikio Lietuvoje tyrimas (2010-2011) įgyvendinant Lietuvos Respublikos Ministro Pirmininko 2009 m. rugsėjo 7 d. potvarkį Nr. 376 „Dėl darbo grupės sudarymo“ bei vadovaujantis LR sveikatos ministerijos viceministrės 2010-02-01 rašto Nr. 10-(22.1-12)-548 „Dėl darbo grupės parengtų siūlymų menų terapeuto profesinei veiklai įteisinti“ 3 punktu „Atlikti menų terapijos paslaugų poreikio tyrimą“.

į meno ir kūrybos proceso taikymą teikiant paslaugas įvairaus amžiaus, skirtingų sutrikimų ir įvairių poreikių turintiems pacientams ir/ar klientams.

Atliekant šį tyrimą pasirinkta ieškoti respondentų, galinčių vykdyti MS veiklas, bendradarbiaujant kultūros ir sveikatos sektoriams. Profesinės menų terapijų asociacijos Lietuvoje jungia daug kultūros, meno, meno edukacijos ir kitų sričių specialistų, kurie dirbdami dažnai vykdo MS veiklas, todėl anketos platintos profesinių asociacijų – Lietuvos dailės terapijos taikymo, Lietuvos muzikos terapijos ir Lietuvos meno terapijos, asociacijų nariams ir kultūros įstaigoms, specialistus apklausiant apie vykdomas MS veiklas, tikintis aptikti praktikų, kurias jie vykdė drauge su sveikatos priežiūros įstaiga ar specialistais.

Atsižvelgiant į Lietuvoje esamą MT ir MS terminų naudojimo ir veiklos turinio supratimo painiavą, nuspręsta į anketą įtraukti klausimus dėl veiklos tikslo ir detalaus veiklos aprašymo, kad būtų galima identifikuoti, kurios užpildytos anketos pateikia informaciją apie tyrimo objektą ir galės toliau būti vertinamos bei įtraukiamos į rezultatų analizę.

Siekiant įvertinti kultūros ir sveikatos sektoriaus bendradarbiavimą, į anketą įtrauktas klausimas apie veiklos partnerius. Bendradarbiavimo praktikų nuspręsta ieškoti tiek tarp skirtingų sektorių specialistų, tiek tarp įstaigų. Norint surinkti duomenų apie šias praktikas, buvo svarbu išsiaiškinti, kokie specialistai dažniausiai vykdo tokias veiklas – profesionalūs menininkai, kultūros specialistai, sveikatos priežiūros, socialinio darbo, edukologijos ar kitų sričių. Anketa papildyta klausimais apie specialistus, vykdančius veiklas tiek pagrindinėje, tiek partnerio įstaigose. Į anketą buvo įtraukti klausimai ir apie tikslinės grupės dalyvius, veiklų vykdymo laikotarpius ir reguliarumą bei tęstinumą.

Tyrimo rezultatai

MS veiklų praktika Lietuvoje pristatoma pagal 40-ties respondentų e. paštu gautų užpildytų anketų duomenis. Sveikatos ir kultūros sektoriuose vykdytos meno/kultūros veiklos tirtos vadovaujantis šiais MS veiklos požymiais:

1. MS veiklą vykdo **profesionalus menininkas**;
2. MS tikslinės grupės – dalyviai **aktyviai dalyvauja** kūrybinėje veikloje;
3. MS veikla vykdoma **bendradarbiaujant** kultūros ir sveikatos sektoriams.

Kaip buvo paminėta anksčiau, MS vykdytojai dažnai skirtingai vadina savo vykdomą veiklą ir neteisingai priskiria ją menų terapijų veiklai. Siekiant surinkti kuo tikslesnę informaciją apie vykdomas veiklas ir įvertinti jas pagal jų turinį, bet ne pagal pavadinimą, anketose buvo prašoma nurodyti: „*Vykdyta kultūrinė/meninė veikla (trumpai ir kuo tiksliau apibūdinkite, kas buvo vykdoma bendradarbiaujant kultūros ir sveikatos sektoriams, pvz., užimtumas meninėje veikloje ar menų terapijos, ar teatro, parodų lankymas, ar performansas, ar įstaigos aplinkos gerinimas ir pan.*“ 3 lentelėje pateikiami respondentų atsakymai į pateiktą klausimą apie vykdomą kultūrinę/meninę veiklą bei kokie specialistai ją vykdė.

3 lentelė. Vykdomų MS veiklų pavyzdžiai ir jas vykdančių specialistų pavyzdžiai.

VYKDYTA KULTŪRINĖ/MENINĖ VEIKLA	KOKIOS SRITIES SPECIALISTAS,-AI VYKDĖ VEIKLĄ
„Užimtumas meninėje veikloje – menų terapija. Poezijos ir dailės kūrinių kūrimas, vaidyba, dainavimas, muzikos kūrinių atlikimas.“	Kultūros/meno; edukologijos
„ (...) vykdomos veiklos: muzikos terapija, dailės terapija, molio ir keramikos terapija, žaidimų ir literatūros terapija bei užimtumas meninėse veiklose: rankdarbiai, floristika, choreografija, meninė raiška. (...) ne tik lanko parodas, bet ir patys jose dalyvauja. Organizuojami įvairūs meninės veiklos renginiai (...) įstaigoje ir už jos ribų.“	Socialinio darbo
„Menų terapija“	Kita
„Bendra kūrybinė veikla stovykloje, jos pristatymas ir aptarimas – suaugę pacientai ir neįgalieji, įstaigos specialistai, bendruomenės nariai, studentai.“	Kultūros/meno; socialinio darbo; edukologijos
„Meno terapijos užsiėmimų metu dalyvaujantys piešė, tapė, gamino įvairius meno darbelius įvairiomis technikomis. Meno terapija padeda pacientams sveikti, stiprina savo vertės pajautimą, meninę kompetenciją.“	Edukologijos
„Taikomasis šokis. Šokis pritaikytas tiek fizinę negalią, tiek protinę negalią turintiems žmonėms.“	Edukologijos
„Muzikos terapija, dailės terapija, molio ir keramikos terapija, žaidimų ir literatūros terapija bei užimtumas meninėse veiklose: rankdarbiai, floristika, choreografija, meninė raiška, parodų lankymas, dalyvavimas.“	Socialinio darbo
„Meninio skaitymo, poezijos valandėlės, dailės ir keramikos užsiėmimai, muzikavimas ir dainavimas, dainų inscenizavimas.“	Kultūros/meno
Užimtumas meninėje veikloje ir įstaigos aplinkos gerinimas.“	Kita
„Edukacinės programos vaikams, seminarai ir kūrybinės dirbtuvės socialiniams darbuotojams bei pedagogams; (...) spektakliai vaikams, turintiems įvairių bei kompleksinę negalią, su tėveliais, globėjais, kartu su miesto bendruomenės nariais.“	Kultūros/meno; sveikatos priežiūros; edukologijos
„Proto mūšių sveikatos tema ciklas; (...) su skaitytojais vaikais inscenizuoti kūriniai (...) sveikos gyvensenos, dantų priežiūros tematika; (...) atviros kūrybinės dirbtuvės (bibliotekos puošimas); dainuojamosios poezijos vakarai (muzikos terapija); nuolat organizuojamos spaudinių parodos sveikos gyvensenos, krūties vėžio prevencijos, žalingų įpročių prevencijos temomis.“	Kultūros/meno; sveikatos priežiūros
„Amatų dirbtuvės – (...) susipažinimas su lietuviškais etnografiniais papročiais (...) mokymas tradicinių liaudies amatų – mezgimo, medžio drožybos, keramikos ir molinių puodų žiedimo, žvakių liejimo, odos dirbinių gamybos.“	Tautodailininkai

„Teatry lankymas“	Kultūros/meno
„Miuziklas“	Kultūros/meno; sveikatos priežiūros; socialinio darbo; edukologijos
„Tradicinių šokių ir dainavimo pagrindų mokymai“	Kultūros/meno; socialinio darbo; edukologijos
„Įvairios darbinės ir kūrybinės veiklos kuriant „FlashMobuk'ą“	Kultūros/meno; socialinio darbo
„Menų terapijos teoriniai ir praktiniai užsiėmimai“	Kultūros/meno; sveikatos priežiūros

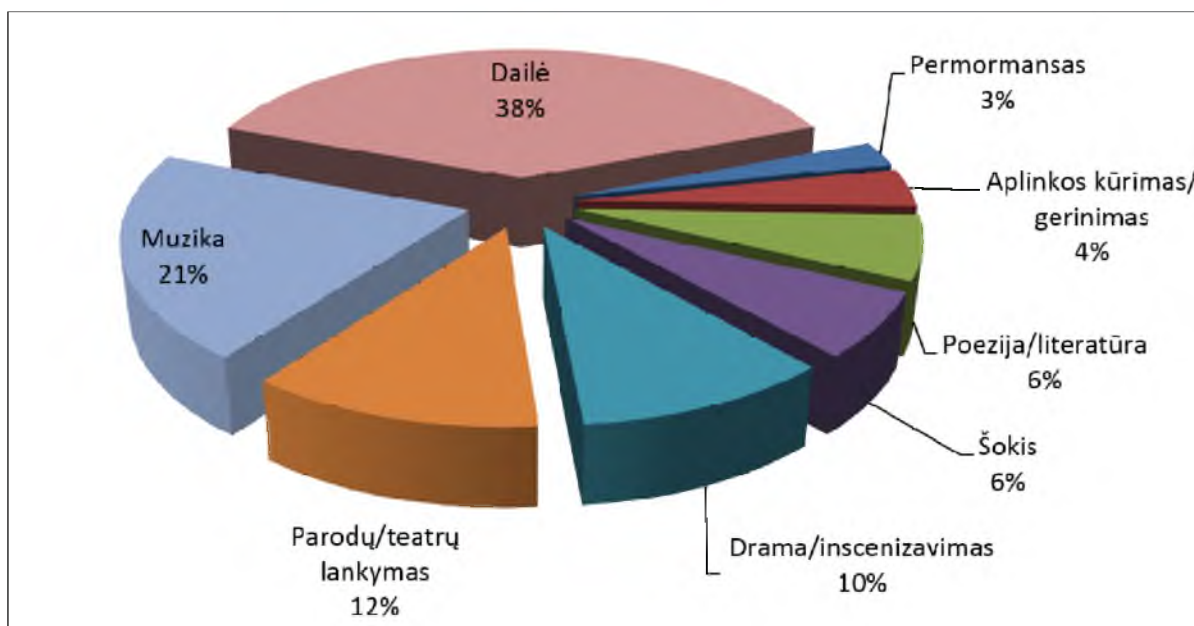
Šaltinis: sudaryta autorių.

Vertinti MS veiklos rezultatus nebuvo šio tyrimo tikslas, bet iš anketų galima matyti, kad veikla dažniausiai siekiama spręsti socialinės integracijos, bendravimo ir / ar psichologines problemas. Žemiau pateikiame kelis MS veiklos tikslų pavyzdžius, kuriuos įvardija respondentai:

- „Gerinti gyventojų fizinę, psichikos ir socialinę sveikatą, didinti pasitikėjimą savimi, padėti įgyti naujų meno gebėjimų ir įgūdžių, siekiama ir integracijos tikslų.“
- „Vykdant kūrybinę veiklą didinti pacientų integraciją, skatinti kūrybiškumą, didinti savivertę. Kūrybine veikla skatinti bendravimą.“
- „Tyrinėti ir vystyti dialogą tarp menininkų, sveikatos sistemos specialistų ir psichikos sutrikimų turinčių pacientų.“
- „Gydomaisiais tikslais – visas psichologines, ligai būdingas problemas. Dažniausiai nerimas, psichologinis stresas, nepasitikėjimas, nemokėjimas atsiskleisti grupėje, saviraiškos, vienatvės, nepilnavertiškumo ir kt.“
- „Meninės aplinkos sukūrimas, gyvenimo sąlygų pagerinimas.“
- „Tikslingai skatinti (...) gyventojus, ypač jaunimą, puoselėti krašto papročius, tradicinius liaudies amatus bei turiningai leisti laisvalaikį.“

Tyrimo metu išryškėjo, kad išlieka painiava tarp MT, MS, laisvalaikio užimtumo veiklos ir meno edukacijos veiklų. Iš veiklų aprašymo anketose matyti, kad šių veiklų turinys dažnai neatitinka nurodyto pavadinimo. Apibendrinant respondentų atsakymus ir 3 lentelėje pateiktus pavyzdžius, svarbu paminėti, kad pastebėta didelė meno ir kultūros veiklos formų įvairovė. Apibendrintai vykdytų veiklų įvairovė ir jų dažnumas pateikiamas žemiau esančiame paveiksle.

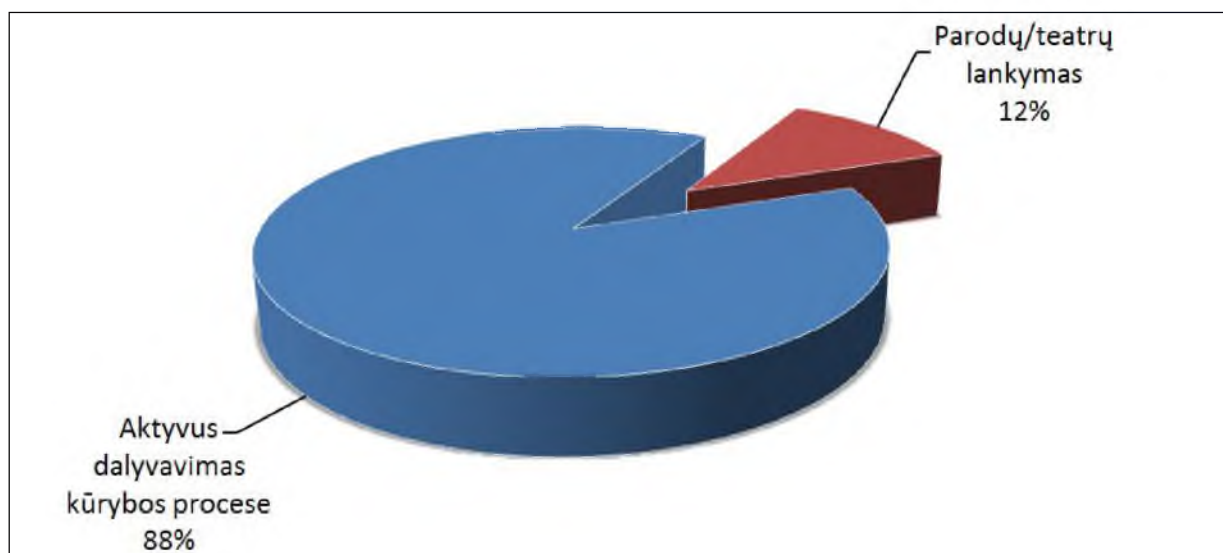
4 paveikslas. Vykdomų meninių veiklų įvairovė ir pasiskirstymas pagal dažnumą.



Įstaigose buvo taikoma viena ir daugiau meno ir/ar kultūros veiklos rūšių. Skirtingos meno ir kultūros veiklos proporcingai pasiskirsto taip: poeziją ir literatūrą taikė 6% respondentų, performansą – 3%, dramą ir inscenizaciją – 10%, šokį – 6%, muziką – 20%, dailę – 36% ir t. t.

Kitame paveiksle pateikiamas vykdytų veiklų pasiskirstymas pagal dalyvių aktyvaus ir/ar pasyvaus dalyvavimo veiklose požymį.

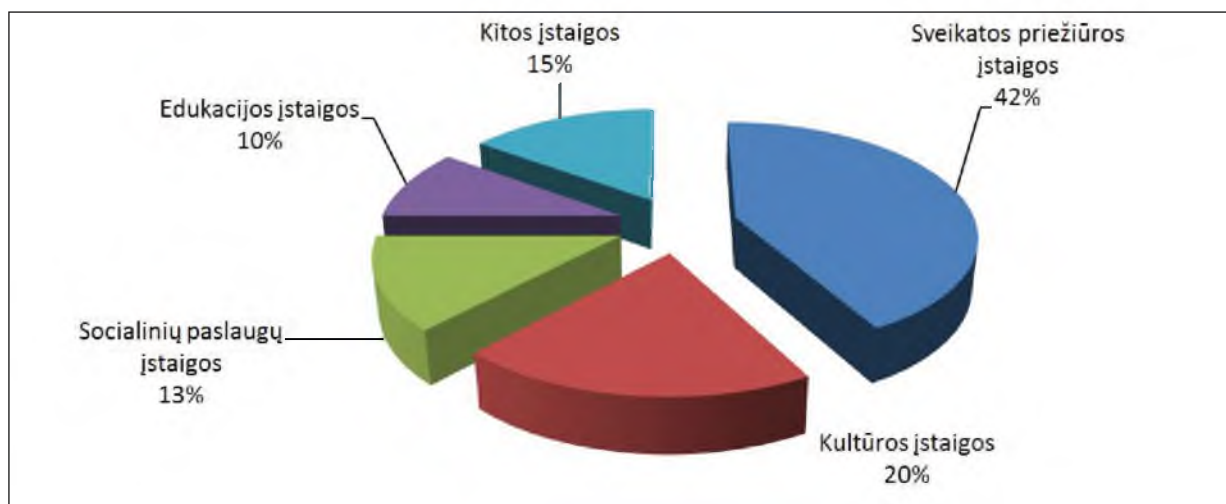
5 paveikslas. Vykdomų meninių veiklų pasiskirstymas pagal dalyvių aktyvų ir/ar pasyvų dalyvavimą MS.



Vertinant vykdytas veiklas pagal MS būdingą bruožą – aktyvų tikslinės grupės dalyvavimą kūrybinėje veikloje – akivaizdu, kad dominuoja veiklos, kuriose dalyviai aktyviai dalyvauja, nelikdami pasyviais meno vartotojais. Nustatyta, kad didžiausia dalis MS veiklų – 88% aktyviai įtraukė tikslinės grupės dalyvius į kūrybos procesą, 12% respondentų nurodė, kad lankė parodas ir/ar teatro spektaklius.

Vienas iš pagrindinių MS veiklos požymių yra kultūros/meno ir sveikatos priežiūros sričių bendradarbiavimas. Pateikiame tyrime atliktą šių sričių bendradarbiavimo įvertinimą. Pirmiausia tyrime buvo vertinta, kokių veiklos sričių įstaigose vykdoma MS veikla. Žemiau lentelėje pateikiame grafinį vaizdą su procentiniu įstaigų pasiskirstymu.

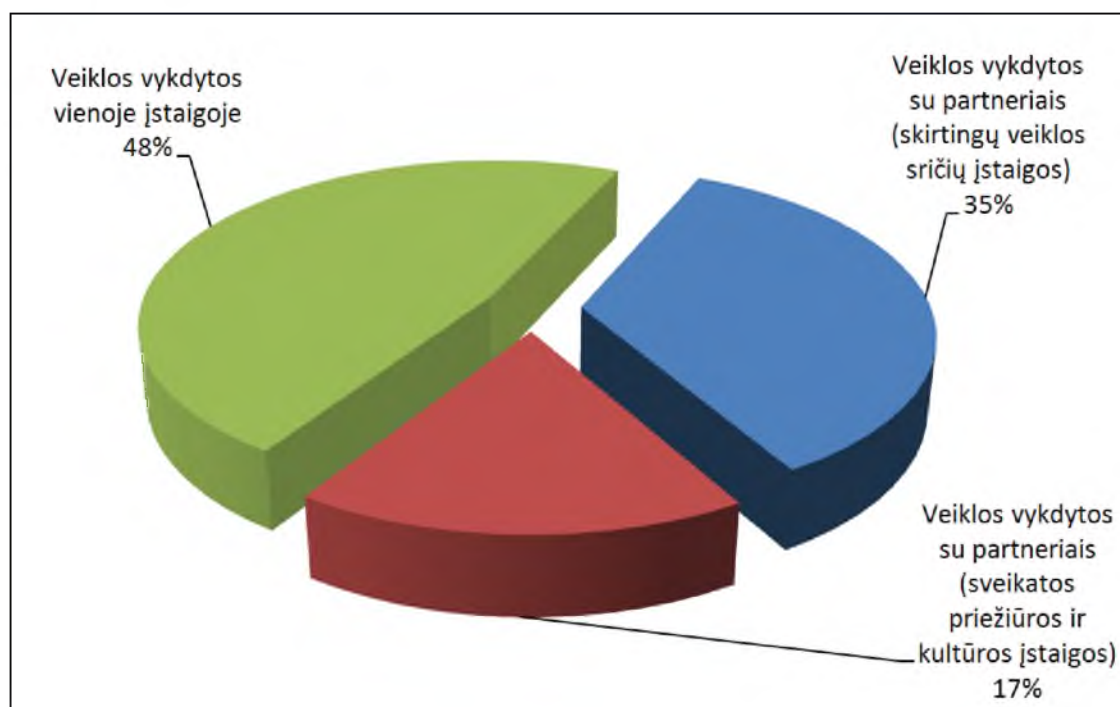
6 paveikslas. MS veiklos vykdymas įstaigose pagal veiklos sritis.



Daugiausia MS vykdžiusių įstaigų buvo asmens sveikatos priežiūros įstaigos – 42%. 20% sudaro kultūros įstaigos, 13% – socialinių paslaugų įstaigos, 10% – edukacijos įstaigos ir 15% – kitos įstaigos.

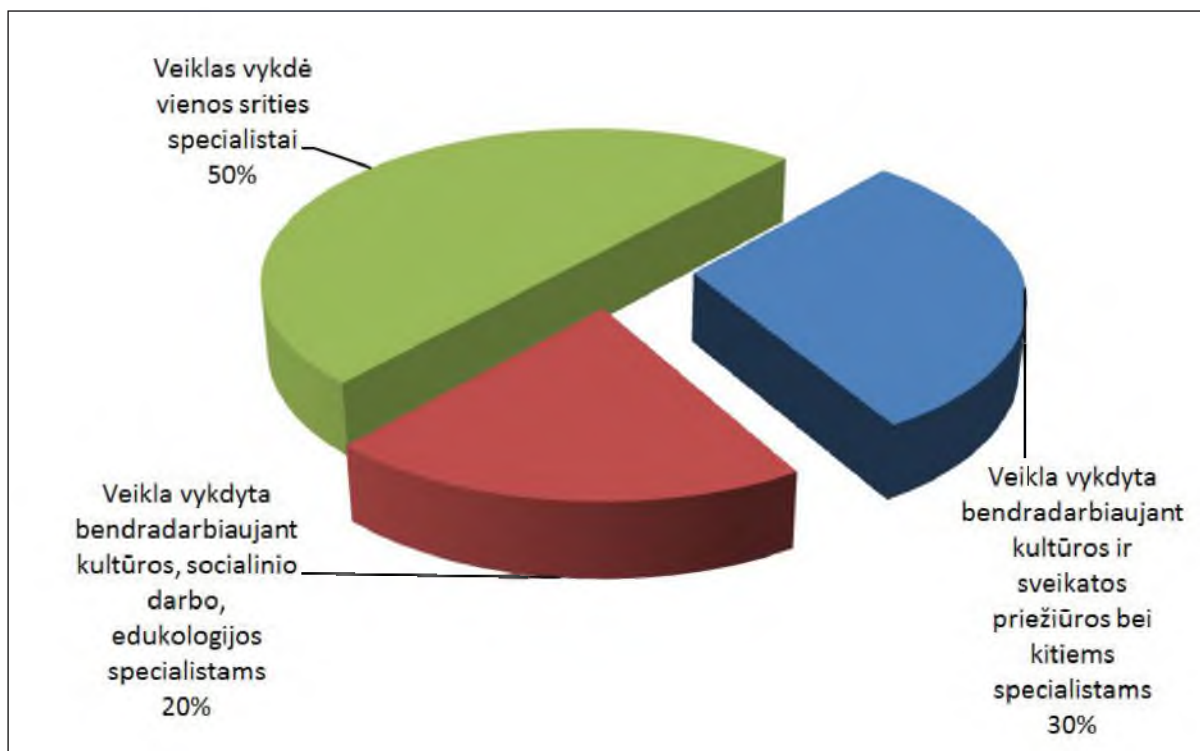
Tyrimo metu nustatyta, kad 35% į anketos klausimus atsakiusių įstaigų MS veiklą vykdo drauge su partneriais, t. y. bendradarbiaujant skirtingose srityse veikiančioms įstaigoms. Kad bendradarbiauja kultūros ir sveikatos priežiūros įstaigos, nurodė 7 iš 40 respondentų, ir tai sudaro 17% visų atsakymų. 48% respondentų veiklą vykdytos vienoje įstaigoje.

7 paveikslas. Bendradarbiavimas, vykdant MS veiklas, tarp skirtingų veiklos sričių įstaigų.



Iš anketinių duomenų matyti, kad bendradarbiauja ne tik įstaigos, bet ir skirtingų sričių specialistai, vykdant MS veiklas vidutiniškai bendradarbiauja po 3 skirtingų sričių specialistus. Nustatyta, kad 50% apklaustų įstaigų – 20 iš 40 – MS veiklą vykdo bendradarbiaujant skirtingų sričių – kultūros, sveikatos priežiūros, socialinio darbo, edukologijos ir kitiems specialistams. Tarp jų skaičiuojama 12 kultūros ir sveikatos priežiūros bei kitų sričių specialistų bendradarbiavimo atvejų, ir tai sudaro 30%, o 50% atvejų veiklą vykdė vienos srities specialistai, dažniausiai kultūros. Žemiau lentelėje pateikiamas procentinis pasiskirstymas.

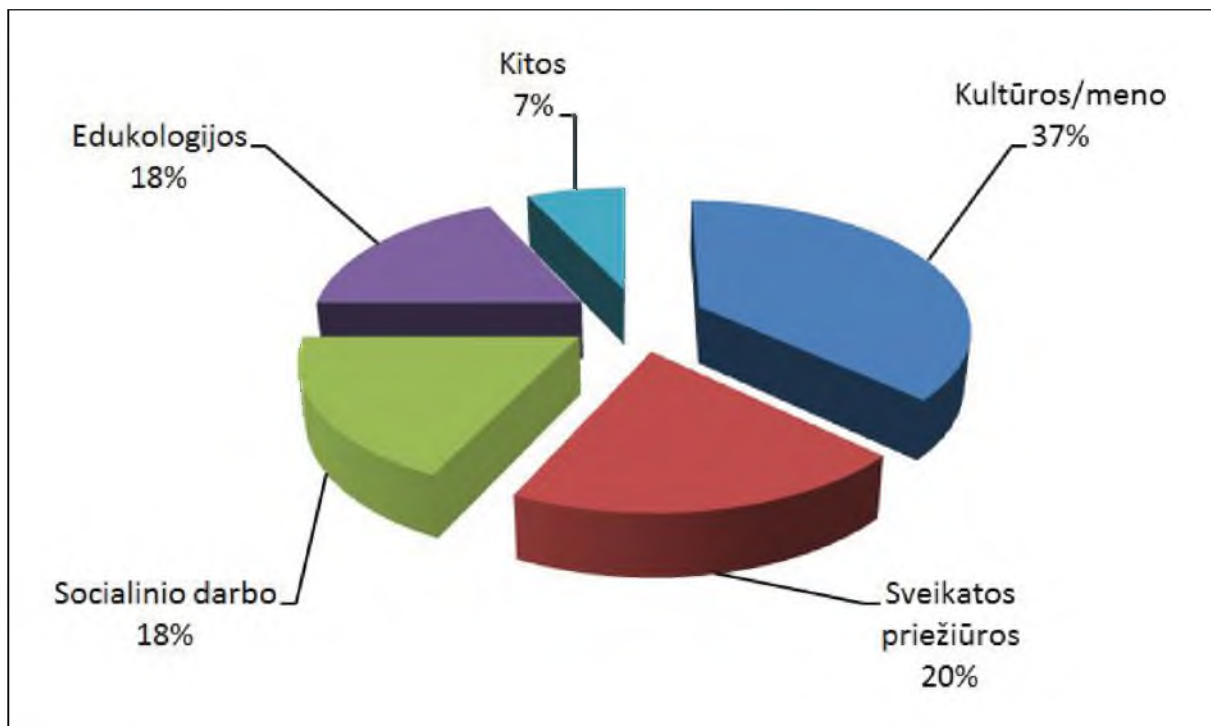
8 paveikslas. Skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimas vykdant MS veiklas.



Toliau pateikiame apibendrintus duomenis, **kokių sričių specialistai vykdo MS veiklas.**

Anketų duomenys atskleidė svarbų požymį: meno veiklas vykdo ne tik kultūros/meno specialistai, bet socialiniai darbuotojai, edukologai ir kiti specialistai, neturintys reikiamos profesinės kvalifikacijos. Keli pavyzdžiai pateikti 3 lentelėje. Daugelis respondentų nurodė, kad veiklas vykdo drauge su partneriais, todėl žemiau lentelėje pateikiame procentinį pasiskirstymą tarp specialistų, teikusių MS paslaugas tiek pagrindinio vykdytojo, tiek partnerio įstaigoje.

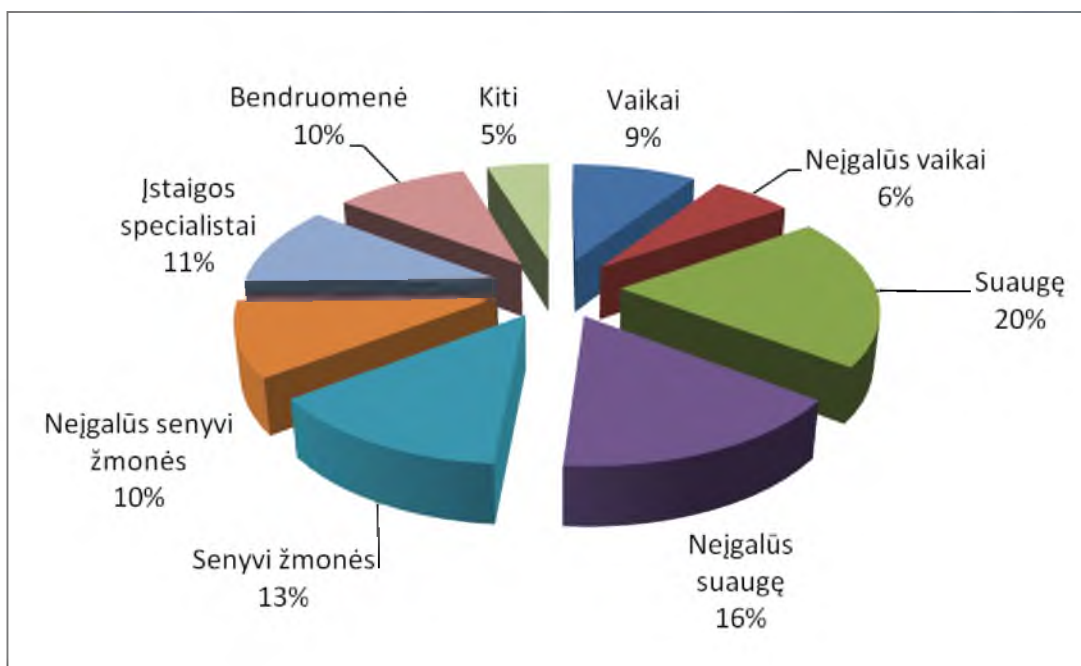
9 paveikslas. Procentinis pasiskirstymas tarp skirtingų sričių specialistų, kurie vykdė MS veiklas.



Iš tyrimo duomenų matyti, kad daugiausia MS veiklų vykdo kultūros/meno specialistai – 37%, sveikatos priežiūros – 20%, socialinio darbo ir edukologijos – po 18% ir kitos – 7%.

Anketų duomenys parodė, kad **MS veiklose dalyvavo įvairios tikslinės grupės**, o kartais ir kelios vienoje veikloje. Tai vaikai ir neįgalūs vaikai, suaugę ir neįgalūs suaugę asmenys, senyvo amžiaus ir/ar su negalia senyvo amžiaus asmenys, įstaigos specialistai, bendruomenė ar kt. Apibendrinus duomenis matyti, kad tikslinių grupių dalyvavimas MS vykdomose veiklose pasiskirsto taip: vaikai sudaro 15%, iš jų neįgalūs vaikai – 6%, suaugusieji – 36%, iš jų neįgalūs – 16%, senyvi žmonės – 23%, iš jų neįgalūs – 10%, įstaigos specialistai – 11%, bendruomenės – 10% ir kiti – 5%.

10 paveikslas. MS veiklų tikslinės grupės procentinis pasiskirstymas pagal amžių ir/ar negalią.



Galima dar paminėti, kad didesnė dalis – 58% respondentų nurodė, kad MS veiklas vykdo **įgyvendindami projektus**, t. y. veiklos buvo nenuolatinio pobūdžio, ir 42% nurodė, kad MS veiklas vykdo įstaigose **nuolat**, iš jų beveik pusė (9 iš 19 arba 47%) yra asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

Apibendrinimas

- Lietuvos praktikoje MT, meno terapijos metodų taikymo, ir MS veiklas įvairūs šioje srityje veikiantys specialistai supranta skirtingai. Šių veiklų sampratos, veiklas apibūdinančios sąvokos, veiklų tikslai dažnai painiojami, nes Lietuvoje MT (iki 2014 10 30) ir MS (iki šiol) veiklos bei jų taikymo sritys teisiškai neapibrėžtos.

- MS veiklas vykdo įvairių sričių specialistai, neturintys tam reikalingo profesinio pasirengimo, profesionalūs menininkai sudaro tik 42% vykdytojų. Vyrauja skirtingas MS taikytojų profesinis pasirengimas, kvalifikacija, keliami skirtingi MS veiklos tikslai, rezultatai nevertinami, vykdomų MS veiklų turinys dažniausiai pagrįstas specialisto-vykdytojo bazinėmis kompetencijomis.

- MS veiklų formos yra įvairios, taikomi metodai vienaip ar kitaip priklauso tiek nuo paslaugas teikiančių specialistų išsilavinimo, pasirengimo, tiek nuo finansavimo šaltinių (projektinis ir / ar biudžetinis), skirtingai vadinamos, tačiau turi ir bendrų bruožų – tai kūrybos proceso taikymas, dalyvio asmeninis įsitraukimas į veiklą. Kadangi iki šiol MS veikla nėra apibrėžta ir reglamentuojama, ji dažnai vadinama MT. Svarbu atkreipti dėmesį, kad MS veiklų taikymas Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose aplinkos humanizavimo tikslais yra gana menkas, apie jo atvejus nurodė tik 4% apklausos dalyvių.

- Aiškiai pastebimas skirtingų sričių įstaigų ir / ar specialistų bendradarbiavimas, bendradarbiauja daugiau nei pusė – 52,5% – apklaustų įstaigų, tačiau sveikatos priežiūros ir kultūros sektoriai bendradarbiauja mažiau, apie šiuos atvejus patvirtino tik 17,5% iš apklaustųjų arba 33% iš visų bendradarbiaujančių. Skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimas dažnesnis nei įstaigų ir sudaro 57,5%. Apie atskirų kultūros ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo atvejus nurodė 36% iš visų apklaustųjų.

- MS veiklose tikslinės grupės dalyviai aktyviai įtraukiami į kūrybos procesą, tai sudaro net 88% atvejų.

- MS veiklos dažniau vykdomos projektinio finansavimo pagrindu ir nėra tęstinės, tai nurodė 58% apklaustųjų.

IV skyrius

Kultūros ir sveikatos sektorių sąveikos plėtros galimybės

4.1. Kultūra, menas ir sveikata Europos Sąjungos politikos kontekste

Šioje dalyje apžvelgiami ES politiniuose dokumentuose išdėstyti sveikatos ir kultūros sričių prioritetai, aktualūs šio tyrimo kontekstui. Analizuojant pagrindinius sveikatos gerinimo srities politinius dokumentus, pastebima, kad:

- yra nustatyti aiškūs 2020 m. tvaraus ir integralaus ES augimo prioritetai;
- sveikata suvokiama kaip šio augimo veiksnys;
- siekiant gerinti sveikatą, ES pirmenybė teikiama sveikatą lemiantiems veiksniams (ypač mitybai, fiziniam aktyvumui), taip pat siekiama pasirengti tokioms grėsmėms kaip gyventojų senėjimas. Tarp numatytų priemonių skiriama: ugdymas ir mokymas, integralus veiklos rūšių organizavimas ir informacinių technologijų naudojimas.

Šie problemų sprendimo būdai matyti ir iš „aktualiausių XXI a. pirmosios pusės sveikatos ir sveikatos sistemų klausimų“ formulavimo (Europos Komisija, 2012, COM 736):

- gerinti lėtinių ligų ir atvejų, kai vienu metu sergama keliomis ligomis, valdymą, tobulinti veiksmingą prevenciją ir gerinti sveikatingumo veiklą;
- didinti sveikatos sistemų tvarumą ir veiksmingumą – diegti inovacijas, gerinti į pacientus (piliečius) orientuotą priežiūrą, piliečiams suteikti daugiau galių ir skatinti organizacinius pokyčius;
- skatinti tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą, sveikatos saugumą, solidarumą, universalumą ir lygybę;
- gerinti e. sveikatos produktų ir paslaugų kūrimo teisinės ir rinkos sąlygas.

2013 m. vasarį Europos Komisija pritarė strategijai „Investuojant į sveikatą“ (Europos Komisija, 2013, SWD 43). Šis dokumentas papildė Europos Komisijos komunikatą dėl Strategijos „Europa 2020“ (Europos Komisija, 2010, KOM 2020), nes atskleidžia, kaip investicijos padės pasiekti strategijoje „Europa 2020“ nustatyto pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo tikslą. Strategija „Investuojant į sveikatą“ planuojama stiprinti sveikatą bei ligų prevenciją sveikatos sektoriuje ir už šio sektoriaus ribų. Pabrėžta, kad svarbu rengti ir įgyvendinti priemones kartu su švietimo, būsto, aplinkos, užimtumo sektoriais, nes jie turi didelę įtaką gyventojų sveikatai.

Strategijoje išreikšti trys pagrindiniai prioritetai. Pirmasis susijęs su inovacine partneryste dėl **aktyvaus**

ir sveiko senėjimo. Sveiko senėjimo strateginis tikslas buvo suformuluotas ir ankstesnėje 2007 m. Europos Sąjungos sveikatos strategijoje 2007–2013 metams „Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“ (Europos Bendrijų Komisija, 2007, KOM 630).

Antrasis strateginis tikslas – **sveikatos netolygumų mažinimas.** Pabrėžta, kad reikia daugelio sektorių pastangų, siekiant didesnės naudos blogiau nei vidutiniškai gyvenančioms gyventojų grupėms, mažinant atskirtį. 2009 m. Europos Bendrijų Komisijos komunikate „Solidarumas sveikatos srityje“ sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas (Europos Bendrijų Komisija, 2009, KOM 567) išskirtas pažeidžiamų grupių poreikių tenkinimo prioritetas.

Trečias strateginis tikslas siejamas su **investicijomis į sveikatos priežiūros darbuotojus.** Europos Komisijos Žaliojoje knygoje dėl Europos sveikatos priežiūros darbuotojų (Europos Bendrijų Komisija, 2008, KOM 725) tarp nustatytų šios srities strateginių tikslų ir priemonių yra:

- pakankamo sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus, atsižvelgiant į demografines tendencijas, užtikrinimas: tinkamai skaičiuoti išlaidas sveikatos priežiūros darbuotojams, **sudaryti jiems geresnes darbo sąlygas, skatinti motyvaciją**, tinkamai planuoti ir paskirstyti žmogiškuosius išteklius;
- visuomenės sveikatos pajėgumų didinimas: **stiprinti sveikatos gerinimo ir ligų prevencijos pajėgumus** vykdant patikras, didinant dėmesį darbuotojų saugai ir darbo medicinai;
- sveikatos priežiūros specialistų mokymo užtikrinimas: rekomenduojama naudoti struktūrinių fondų lėšas teikiant paramą sveikatos priežiūros specialistams mokytis ir perkvalifikuoti, rengti ir tobulinti; **darbo sąlygoms gerinti**; svarbu tinkami mokymai, kad sveikatos priežiūros specialistai galėtų kuo veiksmingiau naudotis naujomis technologijomis ir sprendimais.

PSO ir Europos Komisija parengė rekomendacijas, kaip spręsti socialinės nelygybės problemas geriau panaudojant ES struktūrinius fondus. Pabrėžiama, kad darbuotojų gebėjimų stiprinimas – tai nėra vien darbo jėgos gausinimas, tai – ir organizacinė plėtra, pažanga partnerystės, lyderystės stiprinimo ir išteklių paskirstymo srityse. Siūloma mokytis iš gerosios patirties pavyzdžių – kitų projektų patirties (PSO, 2010). Pažymėtina, kad išvardyti trys pagrindiniai tikslai turi sąsają su meno ir kultūros potencialu gerinti gyventojų sveikatą: siekiant sveiko senėjimo ir mažinant atskirtį – per bendruomenės sveikatos stiprinimą, per sveikatos ugdymo, taip pat per specifines priemones; o siekiant sveikatos darbuotojų potencialo didinimo – per sveikatos darbuotojams adresuotas MS intervencijas.

Reikėtų atkreipti dėmesį, kad ES, pateikdama strategines programas ir nustatydamą paramos teikimo prioritetus, remiasi senųjų ES valstybių narių mokslo ir praktikos gerąja patirtimi bei laimėjimais, tad rekomenduoja patikimų būdų, kaip gerinti gyventojų sveikatą bei spręsti sveikatos sistemos funkcionavimo problemas. Pagrindiniai prioritetai ir principai yra **naujoviški mūsų šalies kontekste**, o jiems aprašyti dažnai nesama nusistovėjusios ir visiems suprantamos terminologijos. Be to, tokių prioritetų ir principų įgyvendinimas **ne visada atitinka Lietuvoje galiojančių teisės aktų nuostatas.** Pavyzdžiui, ES rekomenduojami prioritetai, kaip pasitvirtinusi geroji patirtis, apima tokius metodus kaip „veiklos integralumas“, „bendruomeninės paslaugos“, „deinstitucionalizacija“, „nelygybės mažinimas“, „neformali priežiūra“, „aktyvus senėjimas“, „gerovė darbe“ etc. Lietuvoje siūloma pasinaudoti šia gerąja patirtimi ir vadovautis panašiais principais (MTVC, 2013).

ES kultūros politikos darbotvarkėje pagrindiniai klausimai yra kultūrų įvairovė bei jų tarpusavio dialogas, kultūra kaip kūrybiškumo ir novatoriškumo katalizatorius ir kultūra kaip ES tarptautinių santykių dalis. Šio tyrimo kontekstui aktualus atvirojo koordinavimo metodo darbo grupės, sudarytos iš valstybių narių deleguotų ekspertų, formuojančių politikos rekomendacijas, 2014 m. parengtas „Politikos vadovas: skatinant

kūrybines partnerystes“ (angl. *Policy handbook on promotion of Creative Partnerships*). **Kūrybinės partnerystės** apibrėžiamos kaip partnerystės tarp kultūros institucijų ir kitų sektorių (kultūra ir švietimas, kultūra ir sveikata, kultūra ir verslas ir pan.), kurios praturtina ir perduoda kūrybiškumo įgūdžius ir kompetencijas. Ekspertų nuomone, galimas kūrybinių partnerysčių poveikis – organizacijai, individams ar visuomenei – demonstruoja, kad šios iniciatyvos gali tapti reikšmingu kultūros ir kūrybiškumo indėliu siekiant „Europa 2020“ strateginių tikslų. Leidinyje pateikiama rekomendacija nacionalinės, regioninės ar vietos valdžios politikams atsižvelgti į kūrybinių partnerysčių potencialą ir rasti galimybių paremti jas kaip strateginį įrankį siekti socialinių ir verslo inovacijų, taip pat skatinti tokių partnerysčių radimąsi bei geros praktikos sklaidą, tarptautinį bendradarbiavimą.

Europos kultūros darbotvarkės 2015–2018 m. darbo plano pirmojo prioriteto „Prieinama ir įtrauki kultūra“ (angl. *Accessible and inclusive culture*) uždavinys yra skatinti kultūros indėlį į socialinės įtraukties procesą. Uždavinį paaiškinantis klausimas vėl primena kūrybines partnerystes – kaip viešoji politika gali skatinti ir remti kultūros institucijas dirbti per partnerystę su kitais sektoriais (sveikatos priežiūros, socialinės rūpybos, teisingumo ir t. t.)?

ES makroregioninėje strategijoje vienas iš septyniolikos Baltijos jūros regionui (angl. *EU strategy for the Baltic Sea Region – EUSBSR*) numatytų prioritetų yra kultūra. Tai naujas prioritetas, įtrauktas po strategijos revizijos 2013 m. Prioriteto įgyvendinimo veiklos kryptys išskiria bendradarbiavimą saugant ir aktualizuojant kultūros paveldą, bendradarbiavimą skatinant kūrybines industrijas kūrybiško ir konkurencingo regiono formavimui, bendradarbiavimą kultūros politikos srityje siekiant regioninės plėtros ir socialinės sanglaudos.

4.2. Lietuvos teisės aktų ir strateginių dokumentų apžvalga

Šioje dalyje pristatomos Lietuvos teisės aktų ir strateginių dokumentų nuostatos, sąlygojančios kultūros ir sveikatos sektorių sąveikas.

Strategijos „Europa 2020“ nuostatos plėtojamos pagrindiniuose Lietuvos ateities planavimo dokumentuose: valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintoje 2012 05 15 nutarimu Nr. XI-2015 (Žin., 2012, Nr. 61-3050), ir 2014–2020 metų Nacionalinės pažangos programoje, Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintoje 2012 11 28 nutarimu Nr. 1482 (Žin. 2012, Nr. 144-7430).

Valstybės pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ pabrėžiama, kad Lietuvą ateityje norima matyti kaip veiklią, solidarią, socialiai atsakingą visuomenę, pasižyminčią konkurencinga, integralia ir į aukštą pridėtinę vertę orientuota ekonomika. Aukštą pridėtinę vertę turinčios integralios Lietuvos ekonomikos pagrindas, be abejonės, yra **socialinis kapitalas – sveiki, kūrybingi ir darbingi žmonės**. Strategijoje numatoma, jog kultūra kiekvieno visuomenės nario gyvenime užims ypač svarbią vietą. „Ji suprantama ne tik kaip muziejų, parodų ar teatrų lankymas, bet ir daug plačiau – kaip visuomenės savivokos ir saviraiškos kultūra, kurianti pridėtinę vertę įvairiose visuomenės gyvenimo srityse.“ Siekiant įgyvendinti sumanios visuomenės viziją tarp esminių pokyčių iniciatyvų numatyta ne tik „plėtoti aukštos kokybės kultūros paslaugas visoje šalyje, siekiant užtikrinti kultūros įvairovę ir jos prieinamumą“, bet ir „skatinti **kultūros ir įvairių gyvenimo sričių partnerystę**, panaudojant kūrybos produktus ir kultūros paslaugas“.

2014–2020 metų Nacionalinės pažangos programos pirmojo prioriteto „Visuomenės ugdymas, mokslas ir kultūra“ tikslo įgyvendinimui numatytas uždavinys **„Skatinti dalyvavimą kultūrinėje veikloje“**. Visos šios uždavinio įgyvendinimo kryptys yra palankios MS veiklų vykdymui:

- remti iniciatyvas, skatinančias profesionalius menininkus įsitraukti į lokalius kultūrinius, ugdymo projektus, modernizuoti kūrybiškumo ugdymo aplinkas;
- remti kultūros vartojimo ir kultūros poreikio ugdymo iniciatyvas;
- remti naujoviškas socialines ir kultūrinės (įskaitant kolektyvinės kūrybos) iniciatyvas, susijusias su miestų mikrorajonuose ir regionuose gyvenančių, socialinę atskirtį patiriančių ar kitų specifinių gyventojų grupių įtraukimu į kultūros kūrimą ir sklaidą.

NPP numatyti horizontalieji prioritetai apima sritis, kurioms būdingos kompleksinės problemos ir kurių negalima išspręsti pasitelkus vienos ar kelių sektorių politikų priemones. Programoje išskiriami **3 horizontalieji prioritetai – „Kultūra“, „Regioninė plėtra“ ir „Sveikata visiems“**. Horizontaliųjų ir vertikalųjų (tematinių) prioritetų tikslai, uždaviniai ir įgyvendinimo kryptys derinami tarpusavyje. Meno ir sveikatos sąveikos plėtojimui aktualios šios veiklos sritys ir investavimo kryptys, numatytos 2014–2020 metų NPP horizontaliojo prioriteto „Kultūra“ tarpinstituciniame veiklos plane:

1. moksliniai tyrimai ir eksperimentinė plėtra, skatinant kūrybines ir kultūrinės inovacijas;
2. kokybiškų kultūros paslaugų kūrimas ir plėtra;
3. kultūros prieinamumo didinimas visoje šalyje;
4. visuomenės kūrybingumo ir dalyvavimo kultūrinėje veikloje skatinimas;
5. tarpsektorinės partnerystės ir kultūrinės edukacijos skatinimas ir sklaida;

Bendrosios nuostatos sudaro prielaidas, tačiau uždaviniuose, detalizuojant numatomas priemonių veiklas, galimybės nėra aiškios.

2014–2020 metų NPP horizontaliojo prioriteto **„Regioninė plėtra“** tarpinstituciniame veiklos plane nustatyti du tikslai – užtikrinti tolygią ir tvarią regionų plėtrą ir didinti teritorinę sanglaudą regionuose. Pirmajam tikslui įgyvendinti nustatyti trys uždaviniai, trečias iš jų – „skatinti aktyvumą ir saviraišką, į socialinių, ekonominių problemų sprendimą įtraukti bendruomenės ir nevyriausybinės organizacijas“ – yra labai palankus MS veiklų vykdymui. Aprašant šio uždavinio priemones ir įgyvendinimo būdus, tarp kitų galimų veiklų nurodyta **„kūryba grįstos partnerystės** tarp bendruomenės narių, menininkų ir kultūros institucijų, kai sprendžiamos iš anksto nustatytos socialinės problemos“. Taip pat numatyta „bendruomenės inicijuojamos vietos plėtros būdu įgyvendinamos veiklos: psichosocialinės, sociokultūrinės paslaugos“. NPP programoje, horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ apraše, pabrėžiama, kad: „Įvairias kultūrinės ir socialines problemas nevyriausybiniis sektorius dažnai geba išspręsti netradiciškai, o dažnai ir efektyviau, su mažesnėmis sąnaudomis nei valdžios institucijos.“

2014–2020 metų NPP horizontaliojo prioriteto **„Sveikata visiems“** tarpinstituciniame veiklos plane numatyta „įgyvendinti iniciatyvas „Menas žmogaus gerovei“, sudarančias palankias sąlygas meno poveikiui sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos srityse stiprinti siekiant pagerinti žmonių gyvenimo kokybę“. Numatomos finansuoti veiklos yra mokymo renginių, praktinių seminarų, konferencijų, pristatančių meno poveikio sveikatai tyrimus, veiklos ir vertinimo metodus ir užsienio patirtį šioje srityje, organizavimas; meno programos ir projektai, orientuoti į profesionaliojo meno prieinamumą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų įstaigose, į veiklą įtraukiantys šių įstaigų paslaugų vartotojus (pacientus, klientus ir pan.) ir / arba

personalą; meno programos ir projektai, skirti visuomenei sveikatingai, sveikam gyvenimo būdui skatinti, psichikos sveikatai gerinti ir kt.

Kituose sveikatos sektoriaus strateginiuose dokumentuose apie meno ir sveikatos sąveikos galimybes nėra net užuominos (pvz., Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa, Lietuvos Respublikos Seimo patvirtinta 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964). Taigi, galima aptikti nuostatų, kurios galėtų būti naudingos kultūros ir sveikatos sektorių dialogui, tačiau konkretizuojant šių nuostatų įgyvendinimo priemones (pavyzdžiui, 2014–2023 m. Sveikatos netolygumų mažinimo veiklos plano ir Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiklos plano) tokio komunikavimo pagrindas vis mažėja. Tarp potencialiai naudingų nuostatų galima minėti siekį taikyti (socialines) inovacijas rizikos veiksnių mažinimui. Minima sveikatai palankios aplinkos svarba, tačiau akcentuojami neigiami veiksniai ir užduotys juos mažinant. O vienintelis teigiamas aplinkos aspektas siejamas su universalaus dizaino principu – sukurti gyvenimui ir judėjimui patogią, saugią aplinką ir pritaikytą infrastruktūrą, taikant universalaus dizaino principus (planuojant ir projektuojant aplinką, pastatus ir jų prieigas, transporto sistemą). Kalbant apie sveikatos sektoriaus darbuotojus, dėmesio skiriama tik jų mokymams, sveikatos darbuotojų darbo sąlygos išvis nėra minimos.

LR sveikatos apsaugos ministerija nuo 2006 metų vykdo Nevyriausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo veikloje, skatinimo programą. Jos tikslas suformuluotas plačiai: skatinti nevyriausybines organizacijas aktyviai dalyvauti formuojant bei įgyvendinant sveikatos politiką, ugdant visuomenės informuotumą, skleidžiant informaciją apie sveiką gyvenseną, profilaktines programas ir kitas su sveikatos stiprinimu susijusias veiklas. Todėl šį tikslą galima skirtingai interpretuoti ir konkretizuoti.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 (Žin., 2012, Nr. 149-7630) sveikatos ir kultūros politikos nėra horizontalios, nepasižymi tarpsektorinio bendradarbiavimo skatinimu, kultūra siejama tik su švietimo sektoriumi. LR Vyriausybės 2012–2016 m. programos veiklos prioriteto „IV. Švietimo, mokslo, kultūros ir sveikatinimo politikos įgyvendinimas gerinant kokybę ir prieinamumą“ kryptis „4.4. Kultūros prieinamumo visoms visuomenės grupėms didinimas“ išskiria prieinamumą, bet ne dalyvavimą kultūrinėje veikloje.

Kultūros ministerijos 2014–2016 metų strateginis veiklos planas, Lietuvos Respublikos kultūros ministro patvirtintas 2014 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. JV-38 „Dėl 2014–2016 metų strateginių veiklos planų patvirtinimo“ numato penkis strateginius tikslus, iš kurių šio tyrimo kontekstui aktualus yra „Prieinamumas ir dalyvavimas“. Pristatant veiklos kontekstą pažymima, „kad būtina mažinti **kultūrinę ir socialinę atskirtį**, įtraukiant į kultūrinę veiklą **socialiai pažeidžiamas grupes**, sudaryti sąlygas visų amžiaus grupių žmonėms, ypač vaikams, vystyti kūrybingumą ir įsitraukti į kultūrinius projektus, skatinti norą dalyvauti kūryboje ir kultūros procesuose, užtikrinant sąlygas kultūrinėms žmogaus kompetencijoms ugdyti, pritaikyti, skleisti visą jo gyvenimą“.

Strateginio tikslo įgyvendinimui parengtos dvi programos – „Kultūros prieinamumo visoje Lietuvoje didinimas ir visuomenės dalyvavimo kultūroje skatinimas“ ir „Tautinių mažumų integracija į Lietuvos visuomenę, išsaugant jų tapatumą“. Strateginį tikslą įgyvendina ir programa „Kultūros rėmimo fondas“, kurią administruoja Lietuvos kultūros taryba. LKT finansavimo programoje patvirtinta priemonė „Teigiamo meno poveikio žmogaus sveikatai ir gerovei skatinimas“. Plačiau aptarsime prielaidas kitomis priemonėmis plėtoti meno ir sveikatos sąveikos projektus, atkeipdami dėmesį į galimybes juose aktyviai dalyvauti socialiai

pažeidžiamoms ar atskirties grupėms bei bendruomenei. Visose LKT priemonių finansavimo sąlygose nurodytas vienas iš kriterijų – prieinamumo didinimas. Visi numatyti kultūros ir meno sričių projektų vertinimo prioritetai ir jų balai:

1. vaikų ir jaunimo kultūrinis ugdymas – nuo 0 iki 10 balų;
2. kultūra regionuose – nuo 0 iki 10 balų;
3. **kultūros prieinamumo didinimas visoms amžiaus ir socialinėms grupėms** – nuo 0 iki 10 balų;
4. kultūros produktų ir paslaugų inovacijos – nuo 0 iki 10 balų;
5. kultūros tapatumas, lietuvių kalbos gyvybingumo išsaugojimas – nuo 0 iki 10 balų.

Vertinant kultūros ir meno sričių projektų paraiškas atsižvelgiama ne daugiau kaip į tris iš numatytų penkių prioritetų, taigi hipotetiškai galima teigti, kad mažai kultūros operatorių pasirinks šį prioritetą, nes jis nėra privalomas, o pasirenkamas. Kita silpnybė – aiškus prioriteto suvokimas – finansavimo paraiškos formoje pakanka jį tik pažymėti. Atskleisti, kaip jis atitinka projekto turinį ir kaip yra įgyvendinamas, neprašoma.

Įvertinus 2014 m. LKT finansuojamas programas, aiškus yra dalyvavimo kultūroje su medijų pagalba skatinimas, tam numatytos dvi programos – „**Skaitmeninto kultūros paveldo sklaida**“ ir „**Medijų ir informacinio raštingumo skatinimo projektai**“. Abi programos veiklų prioritetuose išskiria socialinės atskirties aspektą. Pirmoji numato vieną iš prioritetų projektams, skirtiems socialinės atskirties grupėms (bedarbiams, senjorams, neįgaliesiems), taip pat vaikams ir jaunimui. Antroji – jaunimo, vyresnio amžiaus bei socialiai pažeidžiamų grupių žmonių (žemesnio išsilavinimo, bedarbių, gyvenančių kaimo vietovėse) medijų ir informacinio raštingumo gebėjimų ugdymo projektams. Kitose LKT programose socialinės atskirties grupės, senjorai nėra minimi, dalyvavimas meninėje veikloje nėra išskiriamas, o aktyvus bendruomenės dalyvavimas numatytas tik užsienio menininkų rezidencijų programoje – prioritetas teikiamas projektams, įtraukiantiems įvairių kartų vietas, kurioje yra rezidencija, bendruomenę į reziduojančių kultūros ir meno kūrėjų veiklą.

Regionų kultūros plėtros 2012–2020 m. programa, Lietuvos Respublikos kultūros ministro patvirtinta 2011 m. spalio 19 d. įsakymu Nr. JV-639 „Dėl regionų kultūros plėtros 2012–2020 metų programos patvirtinimo“ nustato regionų kultūros plėtros prioritetines kryptis. Tarp programoje vartojamų ir apibrėžiamų sąvokų yra tyrimo kontekstui aktuali sąvoka „**socialinis kapitalas**“. Programos antrasis tikslas – skatinti regionines kultūros iniciatyvas ir kūrybinę raišką, didinant **socialinį ir kultūrinį kapitalą** regionuose, plėtojant bendruomeniškumą, pilietiškumą bei **socialinę sanglaudą**. Vienas iš jo įgyvendinimui numatytų uždavinių – regionuose sudaryti vienodas sąlygas žmogui ir įvairioms visuomenės grupėms **dalyvauti kultūrinėje veikloje**, ugdyti kultūrinį ir socialinį kapitalą, plėtojant kultūrinės savasties gyvybingumą, kultūros formų naujumą ir įvairovę. Programos trečiojo tikslo – skatinti tarptautinį, tarpregioninį, **tarpinstitucinį bendradarbiavimą**, sudarant sąlygas panaudoti kultūros procesus šalies ekonominei ir socialinei pažangai – situacijos analizėje įvardytos dvi sritys, kur neišnaudojamos bendradarbiavimo galimybės, t. y. švietimo ir socialinės apsaugos. Sveikatos apsaugos sritis nepaminieta.

Kultūros objektų aktualizavimo 2014–2020 metų programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos kultūros ministro 2014 m. spalio 6 d. įsakymu Nr. JV-708, nustato valstybės investicijų į kultūros paveldo ir kultūros infrastruktūros objektus tikslus, uždavinius, prioritetus ir bendruosius bei specialiuosius reikalavimus. Programos situacijos analizėje pažymima, jog „moksliniai tyrimai rodo, kad investicijos į kultūros sektorių

reikšmingai prisideda prie **gerovės** augimo. Kūrybinėmis ir kultūrinėmis iniciatyvomis gali būti skatnama **socialinė darna**, visuomenės grupių integracija į bendruomenes, stiprinamas bendruomeniškumas, plėtojamas kūrybinis mąstymas, žmonėms padedama **lengviau susidoroti su sunkumais ir iššūkiams**.“

Formuluojant siūlymus pagal sektorius, paminėtos bibliotekų sektoriaus galimybės: „Siekiant reikšmingai prisidėti prie gyventojų **socialinės įtraukties**, visuomeninio aktyvumo ir skirtumų tarp įvairių visuomenės grupių mažinimo, bibliotekos turi aktyviau kurti **socialiai pažeidžiamiausias visuomenės grupes** orientuotas paslaugas ir padėti joms integruotis į visuomenę bei tapti pilnaverčiais jos nariais.“ Muziejų sektoriui siūlomas sprendimas „pritaikyti muziejų fizinę ir informacinę infrastruktūrą paslaugų kokybės ir įvairovės užtikrinimui, tikslingai ir sistemingai diegiant šiuolaikines technologijas, didinti muziejaus paslaugų patrauklumą ir prieinamumą visuomenei, užtikrinti jos edukaciją ir **aktyvų dalyvavimą kultūros procesuose**.“

Tarp bendrųjų aktualizavimo reikalavimų, **privalomų** visiems kultūros objektams, nepriklausomai nuo kultūros objekte vykdomos kultūros veiklos ar objekto statuso, numatyta ne tik atsižvelgti į „teikiamų kultūros paslaugų ir produktų kokybę, prieinamumą, patrauklumą visuomenei, siekiant sudominti ir įtraukti kuo didesnę visuomenės dalį ir kuo įvairesnes tikslines grupes į kultūrinį gyvenimą“, bet ir tai, kad „objektas tarnaus visuomenės edukacijos, mokymosi visą gyvenimą, **socialinės įtraukties funkcijoms** vienu ar daugiau iš šių būdų: objekte bus įgyvendinamos neformalaus ugdymo programos vaikams, jaunimui ir suaugusiems, skatinant jų saviraišką, domėjimąsi kultūra, menu ir (ar) mokslu, motyvaciją mokytis ir tobulėti; objekte vykdomos veiklos skirtos pritraukti **socialinės atskirties** visuomenės grupių narius“.

Programoje aiškiai akcentuojama socialinės įtraukties svarba ir dėmesys socialinės atskirties grupėms, tačiau programos finansavimas skirtas investicijoms į kultūros objektų infrastruktūrą. Neaišku, ar kultūros įstaigos sugebės pritraukti lėšų ir efektyviai įgyvendinti „minkštąsias veiklas“ – aktyvų bendruomenės ar tikslinių grupių įtraukimą į dalyvavimą kultūros veiklose.

Kultūrinių ir kūrybinių industrijų 2014–2020 metų plėtros strategijos (projektas) pirmajame ir antrajame prioritetuose, t. y. Visų amžiaus grupių Lietuvos visuomenės narių **kūrybingumo** gebėjimų skatinimas (toliau – 1 prioritetas) ir Kultūrinių ir kūrybinių industrijų (KKI) potencialo kurti **gyvenimo kokybę** gerinančią, visuomenės kūrybingumą ir pilietiškumą skatinančią aplinką, realizavimas (toliau – 2 prioritetas) yra aiškiai numatytos galimos meno ir sveikatos sąveikos. Dokumente minima tarpsektoriniam bendradarbiavimui labai svarbi kūrybinių partnerysčių sąvoka, tačiau su ja siejamas ir uždaviniuose numatytas bendradarbiavimas tik su vienu sektoriumi / institucija – LR švietimo ir mokslo ministerija (rodiklis – mokinių, dalyvaujančių „kūrybinių partnerysčių“ projektuose, skaičius).

Strategijos projekte akcentuojama, kad „tyrimais įrodytas meno ir kultūros vaidmuo siekiant išsaugoti ir **gerinti visuomenės sveikatą** pagrindžia pastangas didinti KKI galimybes prisidėti sveikatinant visuomenę“. Strategijos 2 prioriteto uždaviniai (rodiklis – finansuotų projektų skaičius): 2.3. Didinti KKI vaidmenį telkiant vietas bendruomenes ir 2.4. Didinti KKI galimybes prisidėti sveikatinant visuomenę. Pirmuoju atveju uždavinys gali būti realizuojamas plėtojant bendruomenės meno projektus, siekiant bendruomenės socialinės sveikatos (įgalinimo, įtraukties, socialinių ryšių), o antrąjį atvejį prognozuoti sunkiau, nes prioriteto raktažodis yra aplinka. Jį suprasti galima kaip galimybę formuoti materialią aplinką (architektūrą, dizaino elementus),

bendruomenei pasyviai gaunant rezultatus, ir kaip galimybę bendruomenės projektams / dalyvaujamojo meno projektams, kai profesionalūs menininkai įtraukia bendruomenę į skirtingus kūrybinio proceso etapus (planavimą, realizavimą).

2014 m. buvo patvirtintos Prioritetinės mokslinių tyrimų ir eksperimentinės (socialinės, kultūrinės) plėtros ir inovacijų raidos (sumanios specializacijos) kryptys ir jų prioritetų įgyvendinimo programa. Tarp nustatytų 6 prioritetinių MTEP ir inovacijų raidos krypčių vienas prioritetas yra susijęs su MS sritimi:

- šeštasis prioritetas – „**Įtrauki ir kūrybinga visuomenė**“, turintis atliepti tokiems socialiniams iššūkiams kaip prastėjanti demografinė būklė, netolygi regioninė plėtra, skurdas, per menka socialinė sanglauda, nepakankamai ugdomas kūrybinis potencialas. Tarp šio prioriteto priemonių – socialinės inovacijos, skirtos gyventojų ir bendruomenių įgalinimui, naujų sąveikos formų kūrimui (LR Vyriausybė, 2014, Nr. 411). Įgyvendinant prioritetą skatinamos jungtinės iniciatyvos, skatinant mokslo ir studijų institucijas, asocijuotas verslo ir kitas struktūras, viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimą. MS veiklos, kaip kultūrinės socialinės inovacijos, turi tiesioginio pritaikymo galimybių įgyvendinant MTEP ir inovacijų raidos krypčių prioritetus.

Apžvelgtuose Lietuvos strateginiuose dokumentuose ir programose numatytos prielaidos kultūros ir sveikatos sričių bendradarbiavimui. Atskira priemonė „Teigiamo meno poveikio žmogaus sveikatai ir gerovei skatinimas“ yra finansuojama LKT, panaši priemonė „Menas žmogaus gerovei“ yra numatyta NPP tarpinstituciniame veiklos plane „**Sveikata visiems**“. Kituose dokumentuose sveikata neminima tiesiogiai, sąryšį su sveikata galima rasti tik per socialinius sveikatos sampratos aspektus.

Sveikata strateginiuose sveikatos politikos dokumentuose siejama su sveikatos priežiūros sistemos tobulinimu, bet mažai dėmesio skiriama prevencijai, socialinių sveikatą lemiančių veiksnių įtakai.

Lietuvos kultūros politikos dokumentuose dalyvavimo kultūroje sąvoka nėra detalai aprašyta ir atskleista. LR kultūros ministerijos strateginiame plane operuojama keliomis sąvokomis – „prieinamumas“ ir „dalyvavimas“, tačiau jų ribos nėra aiškios. Esama situacija aprašoma neišsamiai, todėl neaišku, koks dalyvavimas kultūroje skatinamas – aktyvus ar pasyvus, stebėtojiškas. Lietuvoje sąvokos „**dalyvaujamas menas**“, „**bendruomenių menas**“ nėra artikuliuotos, nusistovėjusios, jų nėra ir kultūros politikos dokumentuose. Galimybė aktyviai dalyvauti kultūros veiklose skatinama tik per paramą mėgėjų menui, etninei kultūrai ir tautodailei, tik keliose finansuojamose programose paminėta bendruomenės ar socialinės atskirties grupių dalyvavimo svarba, nors sąvokos socialinė atskirtis, socialinis kapitalas yra minimos programose.

4.3. Stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių analizė

Šioje dalyje pateikiama meno sąveikos su sveikatos sektoriumi Lietuvoje stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių analizė. Ši analizė parengta apibendrinus aukščiau ataskaitoje išanalizuotą informaciją bei remiantis kokybinės suinteresuotų dalyvių apklausos rezultatais.

STIPRYBĖS

Ilgametė pavienių iniciatyvų patirtis Lietuvoje taikant MS veiklas sveikatos priežiūros sektoriuje (pvz., organizuojant pacientų užimtumą).

Menininkų ir kūrėjų **aktyvus susidomėjimas** kūrybinės meninės veiklos pritaikymo galimybėmis sveikatinimo tikslais.

Teigiamas sveikatos priežiūros įstaigų vadovų, sveikatos priežiūros darbuotojų, visuomenės sveikatos biurų vadovų **požiūris ir aiškiai reiškiamas MS veiklų poreikis**.

SILPNYBĖS

Nepakankama MS veiklų taikymo sveikatos sektoriuje **įvairovė**, ypač įtraukiant sveikatos priežiūros darbuotojus ir senjorus.

Nėra išvystytas MS veiklų **organizavimo** sveikatos priežiūros įstaigose **modelis**.

Kultūros vadybos patirties stoka plėtojant MS veiklas sveikatos priežiūros sektoriuje.

MS intervencijų vykdytojų kvalifikacijos stoka.

Esama MS intervencijų vykdymo sveikatos priežiūros įstaigose **praktika neskatina** lygiavertiško kultūros įstaigos ir sveikatos priežiūros įstaigos (kaip užsakovo) **bendradarbiavimo**.

MS poveikių **mokslinio vertinimo stoka**.

GALIMYBĖS

Lietuvoje patvirtintuose **strateginiuose dokumentuose** implikuotos nuostatos, **leidžiančios kultūros ir sveikatos sektorių bendradarbiavimą**.

Lietuvoje **numatyta** MS veiklų, vykdytinų sveikatos priežiūros įstaigose, **finansavimo galimybė**.

Ilgametė ir gausi užsienio šalių tarptautinė MS intervencijų taikymo sveikatos priežiūros sektoriuje / sveikatinimo tikslais **patirtis**, sukaupti solidūs moksliniai įrodymai apie teigiamus MS poveikius tikslinėms grupėms – pacientams, vyresnio amžiaus žmonėms, socialiai pažeidžiamoms visuomenės grupėms.

Pavieniai atvejai Lietuvoje patvirtina, kad **meninė veikla mažina pacientų ir darbuotojų psichologinę įtampą, humanizuoja medicinos praktiką, kuria psichologinę ir socialinę gerovę**.

GRĖSMĖS

Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka kultūros ir sveikatos sektoriuose.

Sveikatos sektoriuje vyraujantis biomedicininis požiūris, pripažįstantis tik medicininių technologijų veiksmingumą, užkerta kelią visapusiškam meno intervencijų taikymui sveikatos sektoriuje.

Neprofesionaliai vykdant MS intervencijas galimas neigiamas šių veiklų poveikis.

4.4. Kultūros ir sveikatos sektorių bendradarbiavimo plėtros galimybės

Šiame skyriuje pristatomos organizacinės, institucinės ir politinės prielaidos, sąlygojančios meno ir sveikatos sektorių bendradarbiavimą. Ypač daug dėmesio skiriama MS veiklų vertinimui, užtikrinančiam MS veiklų veiksmingumą.

4.4.1. Organizaciniai, instituciniai ir politiniai bendradarbiavimo aspektai

Lietuvos gyventojai gana mažai aktyviai dalyvauja kultūrinėje veikloje. Kultūros, meno ir sveikatos kūrybinė partnerystė gali būti viena iš dalyvavimo kūrybinėse veiklose skatinimo strategijų. Kokios sąlygos ir veiksniai svarbūs kultūros ir sveikatos sektorių partnerystės plėtrai?

Kultūros ir sveikatos sektorių sąveika – organizacijų lygmuo

Kultūros organizacijų lygmeniu paskata MS projektų plėtrai yra besikeičianti organizacijų aplinka. Pasak Philippe'o Chaudoir, „menas menui“ laikai, kai kūryba buvo didinga ir izoliuota, praėjo. Diskutuodami apie šiandienos ir ateities iššūkius kultūros vadybos ekspertai akcentuoja daugelį svarbių veiksnių, tarp jų ir būtinybę suvokti visuomenės (bendruomenės) poreikius bei prisiimti socialinę atsakomybę dalyvauti kuriant bendruomenės gerovę.

Svarbi čia ir „auditorijų plėtros“ (angl. *audience development*) kryptis, kaip vienas iš 2014–2020 m. periodo ES programos „Kūrybiška Europa“ prioritetų. Daugelyje pasaulio šalių dėmesys auditorijai išaugo XX a. dešimtame dešimtmetyje, bet ES kultūros politikos darbotvarkės prioritetų sąrašė auditorijų plėtra įrašyta visai neseniai. Auditorijų plėtra – tai holistinis terminas, apimantis kultūrinį, socialinį ir ekonominį dalyvavimo kultūrinėje veikloje skatinimo aspektus. Didžiausias dėmesys čia skiriamas išlaikyti esamas ir pritraukti naujas tikslines grupes į kultūros organizaciją. Tačiau norint pasiekti įprastai nedalyvaujančius kultūrinėje veikloje žmones (angl. *non-audiences*), kultūros institucijos turi išeiti „už savo sienų“ fiziškai – į bendruomenę, į viešąją erdvę, netradicines vietas, kurdamos novatoriškas patirtis ir plėtodamos partnerystes su kitais sektoriais – mokyklomis, ligoninėmis, vietos valdžia, prekybos centrais ir pan.

Jei sveikatos priežiūros įstaigos būtų plačiau informuotos apie MS veiklų galimą teigiamą poveikį, tai galėtų tapti paskata svarstyti, kuo jos gali būti reikšmingos organizacijos vystymuisi. Planuojant ar plėtojant bendradarbiavimą su kultūros sektoriumi, sveikatos priežiūros įstaigos turėtų žinoti apie MS intervencijų galimybes stiprinti sveikatą, ugdyti sveiką gyvenseną ir pan. Meno programos gali būti svarbus veiksnys gerinant SPJ darbuotojų darbo sąlygas ir motyvaciją, vidinę įstaigos komunikaciją ir kultūrą, taip pat organizacijos įvaizdį viešojoje erdvėje.

Kultūros ir sveikatos sektorių bendradarbiavimas, nors ir skatinamas horizontaliosios politikos nuostatų, kelia nemažai iššūkių. Pasak Airijos organizacijos „The Waterford Healing Arts Trust“ vadovės Mary Grehan, menas ir sveikata – tai lyg tarpkultūrinė santuoka, kai partneriai kalba skirtingomis kalbomis – ir tai ne tik profesinės leksikos ar ekspertizės, bet ir organizacinės kultūros skirtumai (SPJ būdinga griežta hierarchinė struktūra ir valdymo modelis, o meno organizacijos pasižymi kūrybiškais planavimo metodais, eksperimentine kultūra).

2012 m. Lietuvoje įgyvendinto bandomojo projekto „Menas žmogaus gerovei“ leidinyje pateiktos rekomendacijos, kaip plėtoti kūrybinę partnerystę, kaip planuoti bei įgyvendinti ir vertinti socialinius meno projektus sveikatos priežiūros ar socialinės globos įstaigose.

Kultūros sektoriuje veikiančios organizacijos gali plėtoti MS veiklą keliais būdais:

1. savo veiklą skirti MS praktikai (kurti specializuotas kultūros organizacijas);
2. viena iš veiklos sričių pasirinkti MS projektų vykdymą ir / ar dalyvauti jungtiniuose kitų organizacijų vykdomuose projektuose ar programose.

MS veiklos specializacijos pobūdis gali būti įvairialypis – tikslinė grupė, meno sritis ar vienos iš MS krypčių plėtojimas. Specializuotos MS organizacijos, kokių nemažai veikia Jungtinėje Karalystėje, JAV, Kanadoje, nuosekliai dirbdamos sukaupia ekspertinę patirtį, suburia suinteresuotųjų šalių (naudos gavėjai, bendruomenės, rėmėjai, savivaldybės atstovai) gretas ir taip siekia darnios plėtros.

Sveikatos priežiūros sektoriaus įstaigos taip pat gali imtis iniciatyvos ir vykdyti MS programas, pasitelkusios kultūros organizacijas ar kultūros vadybininkus. Šiuo atveju tikslinga Jungtinės Karalystės pavyzdžiu formuoti MS programos komitetą, darbo grupę ar tarybą, kurią sudarytų skirtingų SPĮ lygių darbuotojai. Taip būtų sudaroma galimybė priimant sprendimus įtraukti visus SPĮ darbuotojus, ne tik vadovus ar administraciją, ir organizacijoje sukurti MS projektų nuosavybės jausmą (angl. *ownership*).

Gera praktika ir tinklaveika

Nesvarbu, kurios pusės – sveikatos ar kultūros profesionalų iniciatyva vykdomos MS veiklos, pasak Lauros Huhtinen-Hildén, esminis klausimas plėtojant praktiką ir politiką yra „kaip mes apibrėžiame kokybę?“ Kas skiria sėkmingą veiklą nuo mažiau sėkmingos? Kokių kompetencijų reikia dirbantiesiems šioje srityje ?

Esama kelių svarbių veiksnių, užtikrinančių MS projektų sėkmę:

- tinkama fizinė aplinka, ypač jei meno veiklose dalyvauja žmonės su negalia;
- palankus požiūris į MS veiklas (tiek menininkų, tiek meno veiklų dalyvių);
- geras tikslinės grupės atstovų (gyventojų, žmonių su negalia, sveikatos ir socialinių poreikių turinčių pacientų, jų artimųjų) informavimas apie MS veiklų galimybes bendruomenėje ar sveikatos priežiūros įstaigoje;
- kultūros vadybininkų informavimas apie gyventojų, pacientų poreikius ir jų galimybes dalyvauti meno veiklose;
- kultūros ir sveikatos sektorių bendradarbiavimą nustatanti politika šalyje, savivaldybėje, institucijoje (Milligan, 2014).

Dar vienas svarbus aspektas – menininkų ir kultūros vadybininkų pasirengimas dirbti sveikatos priežiūros įstaigose ar bendruomenėje. Jungtinėje Karalystėje, JAV, Airijoje yra organizacijų, kurios rengia neformalius mokymus menininkams, norintiems dirbti sveikatos priežiūros įstaigose ar bendruomenėse, parengti gerosios praktikos ir rekomendacijų leidiniai.

Anni Raw ir Ana Rosas Mantecón tyrinėdamos dviejų šalių – Anglijos ir Meksikos menininkų dalyvaujamojo meno praktiką bendruomenėje ieškojo bendrų bruožų, kurie leistų svarstyti teorinį šios veiklos

modelį. Autorės išskyrė šešis pagrindinius elementus, kurie charakterizuoja šią veiklą: 1) asmens motyvacija (skirtingų šalių menininkai, pasak autorių, demonstruoja labai stiprią motyvaciją šiai veiklai), 2) intuicija, 3) santykių struktūra, 4) erdvės struktūra, 5) etika, 6) kūrybiškumas (Anni Raw & Ana Rosas Mantecón, 2013).

Geros patirties sklaida labai reikšminga ir nacionalinei, ir tarptautinei MS plėtrai. Geros patirties perėmimas ir adaptavimas Lietuvoje daugeliu atveju paspartintų MS plėtrą, padėtų išvengti klaidų, skatintų naujas iniciatyvas. Šalyse, sėkmingai plėtojančiose MS praktika, veikia tinklinės organizacijos, kurios kaupia ir skleidžia informaciją, geros praktikos pavyzdžius, rūpinasi kompetencijos ir kvalifikacijos kėlimu, organizuoja mokymus, konferencijas, užsiima lobistine veikla. Dar 1997 metais ataskaitoje, kurią nepriklausomų ekspertų grupė parengė Europos Tarybai, buvo pateikta rekomendacija, skirta Europos Tarybai, UNESCO, nacionalinėms vyriausybėms bei regioninės valdžios ir savivaldos institucijoms: „Nacionalinės ir regioninės valdžios institucijos turėtų skatinti ir remti meno ir sveikatos tinklines organizacijas (jeigu jos dar nėra sukurtos), siekdamos suburti meno administratorius, menininkus, gydytojus ir slaugytojus. Būtina sąlyga – kultūros ir sveikatos apsaugos sektorių bendradarbiavimas. Šie tinklai turi organizuoti seminarus bei mokymus ir skatinti meno, kaip sudėtinės sveikatos priežiūros dalies, sampratą, parodydami, kokį vertingą vaidmenį menas gali atlikti.“

Finansavimo modeliai

Tarptautinė patirtis rodo, kad vienas iš nuoseklią MS plėtrą užtikrinančių veiksnių yra ilgalaikis finansavimas ir skirtingų suinteresuotųjų šalių parama. Ilgalaikio nevyriausybinų organizacijų finansavimo modelis sudaro galimybes vykdyti 2–3 metų ar ilgesnes programas, o jos leidžia stebėti ne tik trumpalaikį poveikį, bet ir siekti ilgalaikių pokyčių. Dalis Jungtinėje Karalystėje veikiančių organizacijų, plėtojančių MS veiklą, yra nuolatinį finansavimą gaunančios įstaigos. Reikia atkreipti dėmesį ir į finansavimo sandarą – svarbią biudžeto dalį sudaro ne tik meno paramos agentūrų finansavimas, bet ir savivaldybės ar sveikatos priežiūros sektoriaus lėšos, taip pat įvairių fondų parama. Prancūzijoje, kreipiantis dėl jungtinės kelių ministerijų programos finansavimo (Sveikatos ministerijos ir Kultūros ministerijos susitarimas), sveikatos priežiūros įstaigos indėlis laikomas pranašumu, nes taip sveikatos įstaiga aiškiai parodo suinteresuotumą ir šios veiklos pripažinimą.

Lietuvoje esamos finansavimo programos, kurias vykdo LR KM ir LR SAM neturėtų dubliuoti viena kitos, bet siekti sinergijos ir aiškaus funkcijų pasiskirstymo. LKT finansuojama priemonė „Teigiamo meno poveikio žmogaus sveikatai ir gerovei skatinimas“ vykdoma dvejus metus (projektai pagal šią priemonę finansuoti 2013 ir 2014 m.), todėl atsižvelgiant 2012 m. įgyvendinto bandomojo projekto, 2013-2014 m. projektų rezultatus, bei šio tyrimo rekomendacijas tikslinga parengti detalesnį priemonės aprašymą, išskiriant prioritėtines sritis, sąlygas ir pan. Nustatant projektų finansavimo apimtis, galima būtų skirti dvi projektų grupes – didelės apimties projektai (bandomieji arba demonstraciniai), kurių finansavimo ribos galėtų būti 100 000 – 200 000 Lt ir nedideli projektai, skirti naujoms iniciatyvoms ar nedidelę patirtį MS srityje turinčioms organizacijoms, kurių finansavimo ribos galėtų būti 10 000 – 20 000 Lt. Didelės apimties projektų įgyvendinimui svarbūs reikalavimai būtų suinteresuotųjų šalių dalyvavimas, projektų novatoriškumas ir sisteminių pokyčių siekis (pvz. galimybė po projekto inicijuoti naują regioninę programą, naują paslaugą SPJ ir pan.). Tokių projektų rezultatų vertinimui rekomenduotina pasitelkti išorinius ekspertus, mokslininkus ir tyrėjus.

Politikos nuostatos

Ekonomikos krizės ir nauji ateities visuomenės iššūkiai neišvengiamai lemia pragmatinį požiūrį į kultūrą, todėl pastarojo dešimtmečio kultūros politikoje vis dažniau akcentuojama ekonominė ir socialinė kultūros vertė. Dabar beveik vieningai pripažįstama transformuojanti kūrybiškumo galia individo ir visuomenės gerovei.

Svarbi prielaida MS plėtrai Lietuvos nacionalinės politikos lygmeniu yra socialinės meno kuriamos vertės aktualizavimas. Lietuvos kultūros politikos kaitos gairėse, kurias 2010 m. birželio mėn. 30 d. patvirtino LR Seimas, buvo numatyta būtinybė kultūros politiką susieti su kitomis valstybės politikos sritimis ir sukurti veiksmingą institucijų bendradarbiavimo modelį. Bendradarbiavimas, kurį taikliai apibūdina terminas „**kūrybinė partnerystė**“ yra labai svarbi MS plėtros sąlyga ir praktikos, ir politikos lygmeniu. Siekiant reikšmingų rezultatų, svarbus ne tik kultūros ir sveikatos organizacijų bendradarbiavimas ar finansavimo sąlygos. Politinio lygmens palaikymas ir valstybės politika šioje srityje būtina, nes vien iniciatyvos „iš apačios“ negali pakeisti situacijos ar pasiekti „proveržio“. Politinės valios ir lyderystės svarbą iliustruoja Jungtinės Karalystės pavyzdys. Pasak C.Parkinson, Jungtinėje Karalystėje plėtojant meno ir sveikatos sąsajos idėją pasižymėjo kai kurie šviesuoliai ir lyderiai, suvokiantys tikrąsias meno galimybes ir nekeičiantys savo įsitikinimų bei sumanymų pagal ekonomikos svyravimus [4].

Sveikatos priežiūra yra griežtai reglamentuojama sritis, tikslinės grupės (ligoninių pacientai, psichikos ligomis sergantys asmenys ir pan.), kurios įtraukiamos į meninę veiklą ir kultūrinius projektus, gali būti pažeidžiamos, todėl būtina užtikrinti šios veiklos etiką, siekti meninių intervencijų kokybės, o tikintis žymaus poveikio – ir veiklos nuoseklumą bei tęstinumą. Tik aiškus suinteresuotųjų šalių sutarimas dėl bendradarbiavimo tikslų ir pagrindinių proceso grandžių – praktikos, stebėsenos / tyrimų ir politikos – sąveika gali nulemti darnią MS plėtrą. Tai pasiekti galima bendradarbiaujant skirtingoms institucijoms.

2011 m. LR sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu VšĮ „Viešosios politikos ir vadybos institutas“ atliko tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizę, įvertino analogišką patirtį ES šalyse ir esamą teisinę bazę Lietuvoje. Tyrimas parodė, kad **tarpinstitucinis bendradarbiavimas Lietuvoje nėra išplėtotas**. Nors buvo parengta daug tarpinstitucinių dokumentų, tačiau juose numatytos priemonės nesudarė sąlygų reikšmingiems pokyčiams, dalis priemonių liko neįgyvendinta. Kitų valdymo sričių institucijos dalyvavimą Sveikatos apsaugos ministerijos koordinuojamose programose vertino gana žinybiškai, t. y. SAM koordinuojamos programos nebuvo traktuojamos kaip „horizontalios“, taigi ir ne prioritetingos, todėl dauguma SAM koordinuojamų programų priemonių įgyvendintos tik SAM ir jai pavaldžių įstaigų lėšomis bei pastangomis. Tyrime taip pat konstatuojama, kad Lietuvoje apskritai vyrauja **sektorinis požiūris į socialinių-ekonominių problemų sprendimą**, o tai sukuria nepalankias sąlygas taikyti tiek formalius, tiek neformalius tarpinstitucinio bendradarbiavimo mechanizmus.

Kultūra ir sveikata yra 2014–2020 metų NPP **horizontalūs prioritetai**, tarpministerinio bendradarbiavimo priemonės yra numatytos 2014–2020 metų tarpinstituciniuose veiklos planuose „Kultūra“

⁴ Jungtinėje Karalystėje geriausias tokio politinio atstovavimo pavyzdys yra Niupoorto lordas Alanas Howarthas. Vienu metu A. Howarthas ėjo meno ministro pareigas ir meną pasitelkė kaip priemonę socialiniams ir sveikatos srities pokyčiams paskatinti, daug kartų inicijavo diskusijas Lordų Rūmuose ir įtikino sveikatos apsaugos valstybės sekretorių viešai palaikyti meno sveikatos srityje idėją.

ir „Sveikata visiems“, tačiau praktinis šio bendradarbiavimo mechanizmas nėra aiškus. Vertinant anksčiau minėto tyrimo rezultatus, galima grėsmė, jog kasdienėje organizacinėje veikloje išlieka inercija mąstyti ir veikti savo sektoriaus ribose.

Lietuvos kultūros politikoje aktyvaus dalyvavimo meninėje veikloje aspektas nėra aiškiai prioritetizuojamas ir siejamas su instrumentinės meno vertės galimybėmis – sveikata ar gerove. Sveikatos apsaugos sektoriaus programos yra „medikalizuotos“, nepakanka programų ar priemonių, kurios skatintų nevyriausybinių sektoriaus organizacijų ar bendruomenių dalyvavimą, sprendžiant sveikatos problemas. Taigi Lietuvoje yra itin aktualu plėsti MS suvokimo ribas, nes tiek politikos, tiek praktikos srityje juntamas sektorių uždarumas, o geros praktikos pavyzdžių meno ir sveikatos bendradarbiavimo srityje dar trūksta.

Tyrimo metu apžvelgtas meno ir sveikatos sektorių sankirtoje susiformavęs veiklos laukas, Lietuvoje dar nėra pakankamai išplėtotas. Nėra ilgalaikių, didelės apimties (pvz., vieno regiono) programų, MS projektų tęstinumą didele dalimi užtikrina nevyriausybinių organizacijų, projektų iniciatorių motyvacija ir pasišventimas. Tik kelios nevyriausybines organizacijos Lietuvoje nuosekliai dirba šioje srityje, neišnaudojamas bendruomenės vaidmuo sveikatinimo srityje.

Apibendrinus tyrimo rezultatus, galima teigti, kad Lietuvoje šios krypties plėtra sudarytų sąlygas įgyvendinti kultūros politikos ir sveikatos politikos horizontalumo nuostatas. Kultūros ir sveikatos sričių bendradarbiavimas gali užtikrinti socialinę atskirtį dėl ligos ar sveikatos sutrikimų patiriančių asmenų dalyvavimą kultūroje, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir sveikatos priežiūros įstaigų aplinką, skatinti socialines inovacijas, gerinti visuomenės sveikatą ir gerovę plėtojant bendruomeninius meno ir sveikatos projektus. MS projektai gali reikšmingai prisidėti įgyvendinant LR Vyriausybės ir LR kultūros ministerijos numatytus kultūros prieinamumo ir dalyvavimo kultūroje tikslus, tačiau tam reikalingas aiškus prioritetų nustatymas, proceso stebėseną bei vertinimas.

Sėkmingos užsienio praktikos ir Lietuvoje įgyvendintų meno ir sveikatos projektų rezultatų sklaida sudarytų galimybę keisti vyraujančią plačiosios visuomenės ir politikos formuotojų požiūrį į kultūros sektorių kaip į valstybės „išlaikytinį“, negebantį dalyvauti kuriant asmens ar bendruomenės gerovę.

4.4.2. Meno intervencijų vertinimas

Siekiant tinkamai plėtoti MS projektų praktiką, svarbus projektų stebėjimas / vertinimas (angl. *monitoring / evaluation*) ir poveikio tyrimai. Vertinimo tikslus ir gylį gali nulemti daugelis aplinkybių – organizacijos veiklos ar finansavimo pobūdis, pačios MS programos / projekto pobūdis, naujumas (pvz., pilotinės programos vertinimui reikėtų skirti didesnę dėmesį nei kasmetinei, tęstinei, sėkmingai plėtojama programai) ir pan.

Išskiriamos dvi intervencijų arba projektų vertinimo kategorijos: formuojantys ir apibendrinamieji vertinimai. Formuojantys vertinimai atliekami pačioje intervencijos įgyvendinimo pradžioje, siekiant patikslinti apimtį ir kryptį pasirinkimą. Tai vienas būdų patikrinti, ar atliktas planavimas adekvatus realioms

galimybėms.

Apibendrinamieji vertinimai atliekami daug dažniau, neretai būtent apie šiuos vertinimus galvojama vartojant pačią „vertinimo“ sąvoką. Šioje vertinimo grupėje irgi esama skirtingo pobūdžio vertinimų – vieni jų turėtų atsakyti į klausimą, ar įgyvendinama ta intervencija, kuri buvo planuojama, o kiti – kokie (jei išvis) pokyčiai gali būti siejami su intervencijos įgyvendinimu (teigti veiklos ir rezultatų priežastingumo realiame pasaulyje įgyvendinant kompleksines socialines intervencijas praktiškai neįmanoma).

Išskiriamos dvi apibendrinamųjų vertinimų grupės.

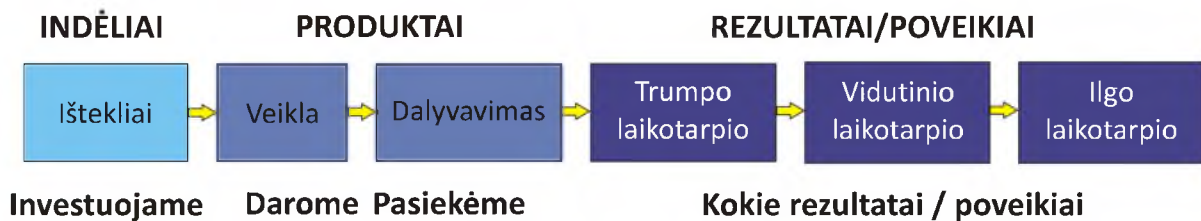
- Proceso vertinimai, atliekami įgyvendinant projektą. Jų siekis – patikslinti, ar intervencija įgyvendinama, kaip buvo numatyta, ir kiek įmanoma stebėti bei matuoti intervencijos efektus (lauktinus ir neplanuotus projekto tarpinius rezultatus).

- Rezultatų ir poveikių (pasekmių) vertinimai, atliekami projekto įgyvendinimo pabaigoje ir netgi tam tikrą laikotarpį projektui pasibaigus, siekiant pastebėti ilgalaikį poveikį.

Praktiškai gana retai užtikrinamos galimybės išmatuoti ilgalaikius projekto poveikius (todėl, kad, pvz., pasibaigus projektui nebelieka finansavimo ir organizacinių prielaidų atlikti tokius vertinimus). Ilgalaikių poveikių vertinimas – tai būdas įrodyti, kad intervencija turėjo ne tik trumpalaikius rezultatus. Kitas būdas patikimai išmatuoti intervencijos reikšmingumą – lyginti priskiriamus intervencijai rezultatus / poveikius (įskaitant ir iš anksto nenumatytus) projekto dalyvių grupėje ir grupėje, kuri projekte nedalyvavo. Ypač svarbu, kad kontrolinė grupė būtų labai panaši į projekto dalyvių grupę.

Vertinimo elementų loginė grandis (kiekvienas elementas susietas su kitu „jeigu, tai“ ryšiu) pristatyta paveiksle.

11 paveikslas. Loginė vertinimo komponentų grandinė.



Kaip matyti iš paveikslo, investavus išteklių, galima vykdyti veiklą, jei pasiekiami tikslinę grupę. Įvykdyta veikla ir tikslinės grupės įtraukimas ir yra projekto produktai. Turint projekto produktų, galima tikėtis ir susijusių rezultatų, net poveikių.

Pagrindiniai vertinimo kriterijai yra šie (LR finansų ministerija, 2010):

- tinkamumas – kriterijus, pagal kurį vertinamas projekto tikslų, uždavinių ir tikslinių grupių poreikių atitikimas, tinkamumas siekiant spręsti identifikuotas problemas;

- efektyvumas – kriterijus, pagal kurį vertinamas projekto išteklių ir / ar sąnaudų bei produktų ar rezultatų santykis;

- rezultatyvumas – kriterijus, pagal kurį vertinamas numatytų ir įgyvendintų projekto tikslų bei uždavinių santykis, t. y. jų pasiekimo laipsnis. Jeigu vertinimas atliekamas projekto įgyvendinimo metu,

vertinama rezultatų pasiekimo tikimybė;

- poveikis – kriterijus, pagal kurį nustatomi tiesioginiai ir netiesioginiai programos padariniai (nauda arba žala).

Norint užtikrinti vertinimo kokybę, reikia pasirinkti vieną ar du vertinimo kriterijus ir pagal juos kartu su suinteresuotais dalyviais formuluoti vertinimo klausimus.

Yra keli vertinimo etapai. Jie apima paruošimo, įgyvendinimo ir sklaidos / taikymo darbus.

4 Lentelė. Vertinimo etapai

1 etapas Pasirengti vertinimui	NUSPRĘSTI	Projekto tikslus ir uždavinius
2 etapas Planuoti vertinimą	APIBRĖŽTI	Vertinimo tikslą: - Kodėl atliekamas vertinimas? Vertinimo auditoriją: - Kas gaus ir naudos informaciją?
	NUSTATYTI	Procesą Išteklis: - Kas atliks vertinimą? Kaip? Kokiomis lėšomis? - Kurie suinteresuoti dalyviai bus įtraukti? - Kokie yra terminai?
3 etapas Nustatyti rodiklius	NUSTATYTI	Pagrindinius vertinimo rodiklius: - Kaip parodyti, kad tikslai ir uždaviniai pasiekti?
4 etapas Duomenų rinkimas	PLANUOTI	Duomenų rinkimo ir analizės metodus bei įrankius: - Kokie yra tyrimo klausimai? - Kaip surinkti duomenis? Iš kur? - Kaip analizuoti informaciją? - Kaip užtikrinti konfidencialumą?
	RINKTI	Vertinimo duomenis: - Atlikti tyrimai, užrašai, interviu, apklausos, fokusuotų diskusijų grupės ir pan.
5 etapas Duomenų analizė	ANALIZUOTI	Surinktą informaciją: - Sutrumpinti - Patikrinti - Nustatyti rezultatus ir išvadas - Diskutuoti ir parengti ataskaitą
6 etapas Ataskaitos sklaida ir praktikos gerinimas	PARENGTI/PATEIKTI ATASKAITĄ	Vertinimo rezultatus, susijusius su: - Procesu - Projekto rezultatais - Projekto poveikiu
	PAGERINTI	Procesus Praktikas

Šaltinis: Effective Change for Arts Victoria, 2002.

Vertinimo metodų esama daug. Kokybinio arba kiekybinio metodo pasirinkimas priklauso nuo vertinimo / tyrimo klausimų. Dažnai skirtingi metodai naudojami duomenų rinkimui ir surinktos informacijos analizei. Vertinimo patikimumą gerina metodų kombinacijos taikymas, nes kiekybiniai metodai leidžia sužinoti „po truputį apie viską“, o kokybiniai – „daug apie kai ką“. Patikimesni rezultatai gaunami, kai išvados remiamos trijų skirtingų šaltinių informacija (tai duomenų trianguliacija).

Tarp vertinimo metodų būna:

- apklausa (su klausimynais) – raštu, internetu;
- „balsavimas“, kai respondantai atsako į vieną klausimą, rinkdamiesi iš atsakymų variantų;
- interviu – telefonu, akis į akį, individo arba grupės (pvz., specialistų grupės diskusija)
- palyginimai – kontroliniai sąrašai, etalonai, stebėjimai;
- fokusuotų diskusijų grupės, bendruomenės forumai;
- duomenų keitimo tendencijų analizė, pvz., apsilankymų, lyčių santykio, demografinių duomenų, interneto puslapių aktyvumo;
- pasakojimai – atvejų analizė;
- kūrybinės strategijos – fotografijos, video, vaidmenų atlikimo, teatro ir pan.

Norint užtikrinti vertinimo rezultatų patikimumą, vertinimo metu paprastai taikomi moksliniai tyrimo metodai. Vis dėlto vertinimas nėra tapatus moksliniams tyrimams, nes mokslas kuria žinias, o vertinimu siekiama pagerinti praktiką. Todėl vertinimas orientuojamas taip, kad jo rezultatai būtų panaudojami. Kad taip nutiktų, į vertinimą įtraukiami pagrindiniai suinteresuoti dalyviai (juk būtent jie suinteresuoti dėl ateities intervencijų ir jų poveikio), klausimai ir rezultatai (o kartais net išvados) pateikiami atsižvelgiant į suinteresuotų dalyvių nuomonę; taip pat daug dėmesio skiriama užtikrinti išvadų sklaidai.

Vertinimų turinys neabejotinai priklauso nuo intervencijų logikos ir charakteristikų. Pavyzdžiui, bendruomeninių MS intervencijų vertinimo negalima įsivaizduoti be pačios bendruomenės pokyčių stebėjimo ir matavimo.

5 Lentelė. Pagrindiniai bendruomeninių MS intervencijų vertinimo komponentai.

	Dalyviai	Projektas/organizacija	Bendruomenė	
PROCESAS	Kaip dalyviai dalyvauja projekto veikloje?	Kaip projektas valdomas/administruojamas?	Kaip bendruomenė dalyvauja projekto veikloje?	PROCESAS
REZULTATAI	Kas nutiko dalyviams įgyvendinant projektą?	Kas nutiko įgyvendinant projektą?	Kas įvyko bendruomenėje dėl projekto įgyvendinimo?	REZULTATAI
POVEIKIAI	Kas nutiko dalyviams įgyvendinant projektą ilgesnėje laiko perspektyvoje arba lyginant su kontroline grupe (panaši, bet nedalyvaujančių projekte asmenų grupė)?	Kas nutiko įgyvendinant projektą ilgesnėje laiko perspektyvoje arba lyginant su kontroline (panaši, bet nedalyvaujančių projekte asmenų grupė)?	Kas atsitiko įgyvendinant projektą ilgesnėje laiko perspektyvoje arba lyginant su kontroline bendruomene (panaši, bet nedalyvaujanti projekte bendruomenė)?	POVEIKIAI
	Dalyviai	Projektas/organizacija	Bendruomenė	

Šaltinis: Effective Change for Arts Victoria, 2002.

ES Struktūrinių fondų paramos naudojimo taisyklės turi didelę įtaką vertinimo kultūros formavimui Lietuvoje. Vis daugiau žmonių supranta, kad vertinimai padeda suvokti, ar intervencijos įgyvendinamos, kaip buvo planuota, ar pasiekti numatyti rezultatai, o jeigu ne, dėl kokios priežasties: klaidingo planavimo ar neteisingo įgyvendinimo. Vertinimai gali laiku patikslinti vadybinius mechanizmus. O mokslas – net pagerinti žinias apie visuomenę ir, neabejotinai, MS poveikį Lietuvos kontekste.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

6 lentelė. Išvados ir rekomendacijos.

IŠVADOS	REKOMENDACIJOS
Yra gausu mokslinių įrodymų ir jų apibendrinimų, grindžiančių Vakarų šalių strategijas taikyti MS intervencijas, siekiant stiprinti ir išsaugoti gyventojų sveikatą ir mažinti sveikatos netolygumus.	<p>Rekomenduojama didinti bendruomenės ir socialiai pažeidžiamų grupių dalyvavimą meno veiklose siekiant didinti gyventojų sveikatos raštingumą, mažinti stigmą, socialinę atskirtį ir taip prisidėti prie bendruomenės sveikatos gerinimo.</p> <p>Atsižvelgiant į tarptautinius mokslinius įrodymus, sveikatos sektoriuje rekomenduojama plačiau taikyti MS veiklas: dėl geresnių sveikatos rezultatų kartu veikiant medicinos intervencijoms ir MS veikloms, stiprinant pacientų kūrybiškumą, didinant jų motyvaciją sveikti.</p>
Santykinai menkas MS veiklų taikymas Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose aplinkos humanizavimo tikslais.	Rekomenduojama plėsti MS veiklas sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant humanizuoti aplinką ir pagerinti sveikatos priežiūros įstaigų įvaizdį.
Neskiriama dėmesio sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų psichosocialinių rizikos veiksnių prevencijai taikant MS veiklas.	Rekomenduojama sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų psichosocialinių rizikos veiksnių prevencijai taikyti MS veiklas.
Lietuvoje vyrauja projektinė, t. y. nenuolatinė MS veiklų įgyvendinimo praktika esant trumpalaikiam ir nepakankamai aiškiai apibrėžtam MS intervencijų finansavimui.	<p>Nustatyti MS veiklų prioritetus.</p> <p>Sukurti MS veiklų įgyvendinimo tęstinumą užtikrinančius mechanizmus.</p> <p>Didinti finansavimą kultūros sektoriui atsižvelgiant į teigiamus meno poveikius asmens ir visuomenės sveikatai bei gerovei.</p>
Neišnaudojamas bendruomenės potencialas gerinti bendruomenės narių sveikatą.	Aktyvinti bendruomenės vaidmenį sveikatinimo srityje taikant MS veiklas.

IŠVADOS	REKOMENDACIJOS
<p>Tarptautiniai moksliniai tyrimai ir praktika atskleidžia, kad vykdant MS intervencijas turi dalyvauti profesionalus menininkas. Tarptautinės studijos ir užsienio šalių praktika taip pat nurodo, kad MS intervencijų kokybė priklauso nuo menininko profesionalumo ir bendrųjų (motyvacijos, empatijos ir pan.) bei specialiųjų gebėjimų, įgalinančių tinkamai dirbti su MS veiklų tikslinėmis grupėmis.</p>	<p>Rekomenduojama, kad MS veiklas vykdytų profesionalūs menininkai, įgiję specialių kompetencijų, reikalingų šiai veiklai vykdyti.</p> <p>Atsižvelgiant į MS intervencijų tikslinės grupės specifiką (pvz., psichikos ligomis sergantys asmenys, vyresnio amžiaus pacientai ir kt.) parengti metodines rekomendacijas profesionalių menininkų darbui su tikslinėmis grupėmis.</p> <p>Atsižvelgiant į MS veiklų tikslinės grupės specifiką (pvz., psichikos ligomis sergantys asmenys, vyresnio amžiaus pacientai ir kt.) rekomenduojama parengti MS mokymo modulius formalaus ir neformalaus ugdymo įstaigose profesionalių menininkų darbui su šiomis tikslinėmis grupėmis.</p>
<p>Skirtingai suprantami MS intervencijų taikymo principai, esama įvairių taikymo praktikų skirtingoms pacientų grupėms. Atliekant praktiką painiojami meno terapijos, meno terapijos metodų taikymo ir MS veiklos modeliai.</p>	<p>Sveikatos priežiūros įstaigose parengti MS intervencijų praktinio veiklų vykdymo aprašą ir reikalavimus atsižvelgiant į tikslinių grupių specifiką.</p>
<p>Įgyvendinant MS intervencijas, trūksta proceso ir rezultatų vertinimo.</p>	<p>Parengti MS intervencijų vykdymo sveikatos priežiūros įstaigose ir bendruomenėje vertinimo reikalavimus.</p>
<p>Užsienio šalyse politika grindžiama moksliniais įrodymais. Dėl menko MS koncepcijos žinomumo ir intervencijų taikymo Lietuvoje mokslinių šios srities tyrimų praktiškai nesama.</p>	<p>Skatinti taikomuosius mokslinius tyrimus MS srityje įtraukiant meną sveikatai į mokslinių tyrimų prioritetus.</p>

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Arts Council England (2010). Adult participatory arts. London: Arts Council England.

Arts Council England (2007). The arts, health and well-being. London: Arts Council England.

Arts Council England, Department of Health (2007). A prospectus for arts and health. London: Arts Council England, Department of Health.

Antonovsky A. (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

The Arts Council (2003). The Arts and Health Handbook: a practical guide. Prieiga per internetą: www.artscouncil.ie.

Barley, E.A., Robinson, S., Sikorski, J. (2012). Primary-care based participatory rehabilitation: users' views of a horticultural and arts project. *British Journal of General Practice*, 62(595), 127-134.

Becker, E., Dusing, S. (2010). Participation is possible: A case report of integration into a community performing arts program. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(4), 275-280.

Beesley, K., White, J.H., Alston, M.K., Sweetapple, A.L., Pollack, M. (2011). Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme. *Disability and Rehabilitation*, 33(23-24), 2346-2355.

Bygren, L. O., Johansson, S. E., Konlaan, B. B., Grjibovski, A. M., Wilkinson, A. V., Sjöström, M. (2009). Attending cultural events and cancer mortality: A Swedish cohort study. *Arts & Health*, 1, 64-73.

Bygren, L.O., Weissglas, G., Wikström, B.M., Konlaan, B.B., Grjibovski, A., Karlsson, A.B., Andersson, S.O., Sjöström, M. (2009). Cultural participation and health: a randomized controlled trial among medical care staff. *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 469-73.

Bygren, L. O., Konlaan, B. B., Johansson, S. E. (1996). Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *British Medical Journal*, 313(7072), 1577-1580.

Brandes, V., Terris, D.D., Fischer, C., Schuessler, M.N., Ottowitz, G., Titscher, G., et al. (2009). Music programs designed to remedy burnout symptoms show significant effects after five weeks. *Annals of the New York Academy of Science*, 1169, 422-425.

Bradt, J., Dileo, C., Potvin, N. (2013). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 12:CD006577. Žiūrėta internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006577.pub3/pdf>

Broderick, S. (2011). Arts practices in unreasonable doubt? Reflections on understandings of arts practices in healthcare contexts. *Arts & Health*, 3(2), 95-109.

Bonilha, A.G., Onofre, F., Vieira, M.L., Prado, M.Y., Martinez, J.A. (2009). Effects of singing classes on pulmonary function and quality of life of COPD patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 1-8.

- Bungay, H., Clift, S. (2010). Arts on prescription: a review of practice in the U.K. *Perspectives in Public Health*, 130(6), 277-281.
- Cameron, M., Crane, N., Ings, R., Taylor, K. (2013). Promoting well-being through creativity: how arts and public health can learn from each other. *Perspectives in Public Health*, 133(1), 52-59.
- Camic, P.M., Tischler, V., Pearman, C.H. (2014). Viewing and making art together: a multi-session art-gallery-based intervention for people with dementia and their carers. *Aging & Mental Health*, 18(2), 161-168.
- Carson, A.J., Chappell, N.L., Knight, C.J. (2007). Promoting health and innovative health promotion practice through a community arts centre. *Health Promotion Practice*, 8(4), 366-274.
- Chan, M.F., Chan, E.A., Mok, E., Kwan Tse, F.Y. (2009). Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(4), 285-294.
- Clift S. (2012). Creative arts as a public health resource: moving from practice – based research to evidence based practice. *Perspectives in Public Health*, 132(3), 120-7.
- Clift, S.M., Hancox, G. (2001). The perceived benefits of singing: findings from preliminary surveys of a university college choral society. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121(4), 248-256.
- Cohen, G.D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K.M., Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46 (6), 726-734.
- Connecticut Commission on Culture and Tourism (2004). *The Values Study. Rediscovering the Meaning and Value of Arts participation*. Hartford: Alan S. Brown & Associates LLC.
- Creech, A., Hallam, S., Varvarigou, M., McQueen H., Gaunt H. (2013). Active music making: a route to enhanced subjective well-being among older people. *Perspectives in Public Health*, 133(1), 36-43.
- Cuypers, K., Krokstad, S., Holmen, T.L., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L.O., Holmen, J., et al. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(8), 698-703.
- Daykin, N., McClean, S., & Pilkington, P. (2008). *Evaluation of Art-Lift: A partnership arts and health project*. Bristol: University of the West of England, Centre for Public Health Research.
- Daykin, N., Byrne, E., Soteriou, T., O'Connor, S. (2008). The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literature. *Journal of the Royal Society of the Promotion Health*. 128(2), 85-94.
- Davies, C. R., Knuiman, M., Wright, P., Rosenberg, M. (2014). The art of being healthy: a qualitative study to develop a thematic framework for understanding the relationship between health and the arts. *BMJ Open*, 4(4): e004790. Prieiga per internetą: <http://bmjopen.bmi.com/content/4/4/e004790.full>
- Department of Health (1980) *Inequalities in Health. Report of Research Group*. Prieiga per internetą: <http://www.sochealth.co.uk/resources/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980>
- Dyer G, Hunter E. (2009). Creative Recovery: art for mental health's sake. *Australas Psychiatry*, 1(S), 146-150.
- Durham university (2009) *Participatory Arts Practice in Healthcare Contexts. Guidelines for Good Practice*. Prieiga per internet: <http://www.waterfordhealingarts.com/userfiles/file/Participatory%20Arts%20in%20Health%20Guidelines%2009%281%29.pdf>
- Effective Change for Arts Victoria; Darebin City Council; City of Whittlesea and VicHealth (2002) *Evaluating community arts and community well-being. An evaluation guide for community arts practioners*. Prieiga per internetą: www.effectivechange.com.au

- Europos bendrijų komisija (2007). Baltoji knyga 2008–2013 m. ES strateginis požiris. Kartu sveikatos labui. KOM(2007) 630.
- Europos bendrijų komisija (2009) Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES. KOM (2009) 567.
- Europos Komisija. 2011-2014 m. kultūros srities darbo plano įgyvendinimo ir svarbos vertinimo ataskaita. Briuselis, 2014. Prieiga internete: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/LT/1-2014-535-LT-F1-1.Pdf>
- European Communities (2009) Literature Review Salutogenesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People. Available at: www.2010againstopoverty.eu.
- European Commission (2013) Investing in Health. SWD (2013) 43.
- European Commission (2012). A Report Policies and good practices in the public arts and in cultural institutions to promote better access to and wider participation in culture, p.7. Prieiga internete: http://www.kulturradet.se/Documents/Nyheter/European_agenda_for_culture.pdf
- Europos Komisija (2008). Žalioji knyga dėl Europos sveikatos priežiūros darbuotojų. COM(2008) 725.
- Europos Komisijos komunikatas (2012) 2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui. KOM (2012).
- The European Task Force on Culture and Development (1997). In from the margins. A contribution to the debate on culture and development in Europe.
- Everitt, A., & Hamilton, R. (2003). Arts, health and community: A study of five arts in community health projects. Durham: Centre for Arts and Humanities in Healthcare and Medicine, University of Durham.
- Flood, M., Phillips, K.D. (2007). Creativity in older adults: a plethora of possibilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(4), 389-411.
- Forsblom, A., Laitinen, S., Särkämö, T., Tervaniemi, M. (2009). Therapeutic role of music listening in stroke rehabilitation. *Annals of the New York Academy of Science*, 1169, 426-30.
- Gilroy A. (2007). The use of art work in art psychotherapy with people who are prone to psychotic states. A clinical practice guideline. *International Journal of Art Therapy*, 12(1), pp. 49-50. ISSN 1745-4832.
- Golembiewski J. (2012). Salutogenic design: the neurological basis of health promoting environment. *World Health Design*, October 2012, pp.62-69. Prieiga per internetą: www.worldhealthdesign.com.
- Goulding, A. (2013). How can contemporary art contribute toward the development of social and cultural capital for people aged 64 and older. *Gerontologist*, 53(6), 1009-1019.
- Hacking, S., Secker, J., Spandler, H., Kent, L., Shenton, J. (2008). Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. *Health and Social Care in the Community*, 16 (6), 638–649.
- Hacking, S., Secker, J., Kent, L., Shenton, J. (2006). Spandler H. Mental health and arts participation: the state of the art in England. *Journal of Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 121-127.
- Hansen A., Kling S., et al. (ed) (2013) Creativity, lifelong learning and ageing population Osteraund: Jamti Forlang. Prieiga per internetą: <http://www.lemproject.eu/WORKING-GROUPS/museums-and-the-ageing-population-1/creativity-III-and-ageing-population>
- Hanson, H., Schroeter, K., Hanson, A., Asmus, K., Grossman, A. (2013). Preferences for photographic art among hospitalized patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), E337-345.
- Huhtinen-Hildén, L. (2014). Perspectives on professional use of arts and arts based methods in elderly care. *Arts & Health*, 6(3), 223-234.

- Hampshire, K.R., Matthijsse, M. (2010). Can arts projects improve young people's wellbeing? A social capital approach. *Social Science and Medicine*, 71(4), 708-716.
- Illich I. (2003) 'Medical nemesis', *J Epidemiol Community Health*, 57, pp. 919-922.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2010). GBD Cause Patterns. Žiūrėta internete: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/>
- Johnson, J.K., Louhivuori, J., Stewart, A.L., Tolvanen, A., Ross, L., Era, P. (2013). Quality of life (QOL) of older adult community choral singers in Finland. *International Psychogeriatrics*, 25(7), 1055-1064.
- Kafewo, S.A. (2008). Using drama for school-based adolescent sexuality education in Zaria, Nigeria. *Reprod Health Matters*, 16(31), 202-210
- Kelaher, M., Dunt, D., Berman, N., Curry, S., Joubert, L., Johnson, V. (2014). Evaluating the health impacts of participation in Australian community arts groups. *Health Promotion International*, 29(3), 392-402.
- Kilroy, A.J., Garner, C., Parkinson, C., Kagan, C., & Senior, P. (2007). Invest to Save: Arts in health evaluation, exploring the impact of creativity, culture and the arts, on health and well being. Prieiga per internetą: <http://www.miriad.mmu.ac.uk/investtosave/reports/Summary%20Report%20ISP.pdf>
- Konlann, B. B., Bygren, L. O., Johansson, S. E. (2000). Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(3), 174-178.
- Lane, R. M. (2006). Arts in Health Care. A New Paradigm for Holistic Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 24(1), 70-75.
- Lankston, L., Cusack, P., Fremantle, C., Isles, C. (2010). Visual art in hospitals: case studies and review of the evidence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 103(12), 490-499.
- Lawson, J., Reynolds, F., Bryant, W., Wilson, L. (2013). 'It's like having a day of freedom, a day off from being ill': Exploring the experiences of people living with mental health problems who attend a community-based arts project, using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 19(6), 765-777.
- Lietuvos Respublikos Seimas (2010). Nutarimas Nr. XI-977 "Dėl Lietuvos kultūros politikos kaitos gairių patvirtinimo". *Valstybės žinios*, Nr. 80-4152.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybė (2014). Nutarimas Nr. 172 "Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo". *Teisės aktų registras*, Nr. 2026.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybė (2014). Nutarimas Nr. 269 "Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Kultūra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo". *Teisės aktų registras*, Nr. 3544.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybė (2014). Nutarimas Nr. 293 "Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo". *Teisės aktų registras*, Nr. 4113.
- LR Finansų ministerija, Viešosios politikos ir vadybos institutas (2010) ES struktūrinės paramos vertinimas: metodinės gairės. Prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/documents/10157/f2b85f6b-9813-4d-35-a7f4-5ef15e1695fb>
- Lietuvos Respublikos kultūros ministras (2014). Įsakymas Nr. JV-38 „Dėl 2014-2016 metų strateginių veiklos planų patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos kultūros ministras (2011). Įsakymas Nr. JV-639 "Dėl regionų kultūros plėtros 2012–2020 metų programos patvirtinimo“.

- Lietuvos Respublikos Seimas (2014). Nutarimas Nr. XII-964 "Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo". Teisės aktų registras, Nr. 2014-09403.
- Lietuvos Respublikos Seimas (2012). Nutarimas Nr. XII-51 Dėl "Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-2016 metų programos patvirtinimo". Valstybės žinios, Nr. 149-7630.
- Lietuvos Respublikos Seimas (2012). Nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“. Valstybės žinios, Nr. 61-3050
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2014). Įsakymas Nr. V-815 "Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo". Teisės aktų registras, Nr.2014-10332.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2014). Įsakymas Nr. V-825 "Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo". Teisės aktų registras, Nr.2014-10374.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2014). Įsakymas Nr. V-1114 "Profesinių kvalifikacinių reikalavimų meno terapeutui aprašo patvirtinimo". Teisės aktų registras, Nr. 2014-16343.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2014). Įsakymas Nr. V-1317 "Dėl nevyrausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo veikloje, skatinimo programos patvirtinimo".
- MacPherson, S., Bird, M., Anderson, K., Davis, T., Blair, A. (2009). An art gallery access programme for people with dementia: 'you do it for the moment'. *Aging & Mental Health*, 13(5), 744-752.
- Makin, S., Gask, L. (2012). 'Getting back to normal': the added value of an art-based programme in promoting 'recovery' for common but chronic mental health problems. *Chronic Illness*, 8(1), 64-75.
- Margrove, K.L, SE-SURG (South Essex Service User Research Group), Heydinrych, K., Secker, J. (2013). Waiting list-controlled evaluation of a participatory arts course for people experiencing mental health problems. *Perspectives in Public Health*, 133(1), 28-35.
- Margrove, K.L., Pope, J., Mark, G.M. (2013). An exploration of artists' perspectives of participatory arts and health projects for people with mental health needs. *Public Health*, 127(12), 1105-1110.
- Matarasso F. Use or ornament? The social impact of participation in the arts. *Comedia*, 1997. Prieiga per internetą: <http://www.feisean.org/downloads/Use-or-Ornament.pdf>
- Michelkevičė L. (2009). Dalyvavimo estetika: analitinių ir kritinių prieigų paieška. *Acta Academiae Artium Vilnensis*, 52, 255-266.
- Milligan, N.V., Nieuwenhuijsen, E.R., Grawi, C.L. (2014). Using a participatory action strategic approach to enhance accessibility and participation in arts and cultural events: results of four focus groups. *Disability and Health Journal*, 7(1), 105-113.
- Mills, C., Knuijan, M., Rosenberg, M., Wood, L., Ferguson, R. (2013). Are the arts an effective setting for promoting health messages? *Perspectives in Public Health*, 133(2), 116-121
- Murray, M., Crummett, A. (2010). I don't think they knew we could do these sorts of things': social representations of community and participation in community arts by older people. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 777-785.
- Noice, T., Noice, H., Kramer, A.F.(2014). Participatory arts for older adults: a review of benefits and challenges. *Gerontologist*, 54(5), 741-53.
- Novak-Leonard J.L., Brown A.S., Brown W. (2011). *Beyond attendance: A multi-modal understanding of arts participation*. Washington: Office of Research & Analysis.
- Orpwood, N. (2008). Hospital design grows into an art form. *Health Estate*, 62(2), 60-2.
- Parkinson, C., White, M. Inequalities, the arts and public health: Towards an international conversation. (2013). *Arts & Health*, 5(3), 177–189.

- Philipp, R., Gibbons, N., Thorne, P., Wiltshire, L., Burrough, J., Easterby, J. (2015). Evaluation of a community arts installation event in support of public health. *Perspectives in Public Health.*, 135(1), 43-48.
- PSO Europos biuras (2010). How health systems can address health inequalities through improved use of Structural Funds. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129868/e94606.pdf
- Prince, M., Ptael, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877.
- Putnam, R. (2000) *Bowling Alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Quinn, N., Shulman, A., Knifton, L., Byrne, P. The impact of a national mental health arts and film festival on stigma and recovery.(2011). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 123(1), 71-81.
- Raw A., Mantecón A.R. (2013). Evidence of a transnational arts and health practice methodology? A contextual framing for comparative community-based participatory arts practice in the UK and Mexico, *Arts & Health. An International Journal for Research, Policy and Practice*, 5:3, 216-229
- Reeves M. Measuring the economic and social impact of the arts: a review, 2002. Prieiga internete: <http://www.artscouncil.org.uk/media/uploads/documents/publications/340.pdf>
- Reynolds, F., Vivat, B., Prior, S. (2008). Women’s experiences of increasing subjective well-being in CFS/ME through leisure-based arts and crafts activities: a qualitative study. *Disability & Rehabilitation*, 30(17), 1279-1288.
- Renton, A., Phillips, G., Daykin, N., Yu, G., Taylor, K., Petticrew, M. (2012). Think of your arteries: arts participation, behavioral cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London. *Public Health*, 126(1), 57-64
- Repar, P.A., Patton, D.(2007). Stress reduction for nurses through Arts-in-Medicine at the University of New Mexico Hospitals. *Holistic Nursing Practice*, 21(4),182-186.
- Rickett, C., Greive, C., Gordon, J. (2011). Something to hang my life on: the health benefits of writing poetry for people with serious illnesses. *Australas Psychiatry*. 19(3), 265-268.
- Roe, B., McCormick, S., Lucas, T., Gallagher, W., Winn, A., Elkin, S. (priimta spaudai). *Coffee, Cake & Culture: Evaluation of an art for health programme for older people in the community*. *Dementia*.
- Ross, E.A., Hollen, T.L., Fitzgerald, B.M. (2006). Observational study of an Arts-in-Medicine Program in an out-patient hemodialysis unit. *American Journal of Kidney Diseases*, 47(3), 462-8.
- Scottish Government and Health Action Partnership International (2012) *Working for Equity in Health The role of work, worklessness and social protection in health inequalities Context, situation analysis and evidence review*. Prieiga per internetą: www.hapi.org.uk/what-we-do/working-for-equity-in-health
- Seedhouse D. (2001) *Health: the foundations for achievement*. Chichester: Wiley and Sons. 2nd ed.
- Skingley, A., Bungay. H. (2010). The Silver Song Club Project: singing to promote the health of older people. *British Journal of Community Nursing*, 15(3), 135-40.
- Spandler, H., Secker, J., Kent, L., Hacking, S., Shenton, J.(2007). Catching life: the contribution of arts initiatives to recovery approaches in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 791-799.
- Staricoff, R. (2004). *Arts in Health: A review of the medical literature*. London: Arts Council England. Prieiga per internetą: <http://www.artscouncil.org.uk/documents/publications/>

- Staricoff, R., Duncan, J.P., & Wright, M. (2004). A study of the effects of visual and performing arts in health care. London: Chelsea and Westminster Hospital. Prieiga per internetą: <http://www.publicartonline.org.uk/archive/research/documents/ChelseaAndWestminsterResearchproject.pdf>
- Stickley, T., Eades, M. (2013). Arts on prescription: a qualitative outcomes study. *Public Health*, 127(8), 727-734.
- Stickley, T., Hui, A. (2012). Arts In-Reach: taking 'bricks off shoulders' in adult mental health inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(5), 402-409.
- Stickley T. (2010). Does prescribing participation in arts help to promote recovery for mental health clients? *Nursing Times*, 106(18), 18-20.
- Survilienė, R., Brazauskaitė, A., Karpavičiūtė, S., Petkutė, I., Žilinskaitė Vytienė, V. (2012). Menas žmogaus gerovei. Vilnius: VšĮ Dailininkų sąjungos galerija.
- Vaananen, A., Muray, M., Koskinen, A., Vahter, J., Kouvonen, A., Kivimaki, M. (2009). Engagement in cultural activities and cause specific mortality: Prospective cohort study. *Preventive Medicine*, 49, 142-147.
- VšĮ "MTVC" (2013). Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas. Prieiga internete: www.sam.lt
- VšĮ "Viešosios politikos ir vadybos institutas" (2012). Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties es šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo galutinė ataskaita, Vilnius.
- White, M. (2009). *Arts Development in Community Health. A social tonic*. Radcliffe Publishing Ltd.
- White, M. (2006). Establishing common ground in community-based arts in health. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 128-133.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.