



**Mental
Health
Europe**

Equal rights.
Better mental health.
For all.

2025. gada decembris

**Pārdomājiet, lai atjaunotu:
Ceļā uz tiesību un dzimumu
līdztiesību ievērojošām garīgās
veselības sistēmām Eiropā**



**Pārdomājiet, lai atjaunotu:
Ceļā uz tiesību un dzimumu līdztiesību ievērojošām garīgās
veselības sistēmām Eiropā**

2025

**Atbrīvojums no atbildības: Šis dokuments ir tulkots no angļu valodas, izmantojot mašīntulkošanas
programmatūru; tādēļ tulkojuma precizitāte nav garantēta.**

“Jo saimnieka rīki nekad neizjauks saimnieka māju. Tie var ļaut mums uz laiku uzvarēt viņu viņa paša spēlē, bet tie nekad neļaus mums panākt patiesas pārmaiņas. Rasisms un homofobija ir reāli apstākļi visās mūsu dzīvēs šajā vietā un laikā. Es aicinu katru no mums šeit ieskatīties savā dziļākajā iekšējā pasaulē un saskarties ar šo bailēm un naidu pret jebkādām atšķirībām, kas šeit pastāv. Redzēt, kāda seja tam ir. Tad personīgais kā politiskais var sākt apgaismot visas mūsu izvēles.”

Audre Lorde

Autore:

Dr. Ugnė Grigaitė

Līdzīpašniece, projektu vadītāja un pētniece NVO Mental Health Perspect;

Doktora grāds globālajā sabiedrības veselībā, Lisabonas Globālās garīgās veselības institūts, Kompleksās veselības pētniecības centrs, NOVA Medicīnas skola, NOVA Lisabonas Universitāte.

Recenzenti:

Ann-Katrin Orr, MHE politikas speciāliste, un Camille Roux, MHE politikas vadītāja.

Redaktors:

Nabil Sanaullah, MHE komunikāciju vadītājs.

Dizains un maketēšana:

Alexandre Verlinden no Grat-Grat.

Pasūtījis Mental Health Europe**Pateicība:**

Par nenovērtējamo palīdzību, konsultācijām un būtisko ieguldījumu mēs esam patiesi pateicīgi Cianán B. Russell un ILGA Europe, Camille Butin un IPPF European Network, Julieann Cullen un Global Mental Health Peer Network, Giulia Traversi un European Disability Forum, kā arī EIGE.

Saturs

Kopsavilkums	6
Ievads.....	8
Kāpēc dzimums ir svarīgs garīgajā veselībā: ziņojuma darbības joma un mērķi	8
Saskarsmes un tiesību perspektīva	9
Pašreizējā situācija Eiropā un tās ietekme uz garīgo veselību	10
Dzimumu nevienlīdzība, uz dzimumu balstīta vardarbība un sieviešu un meiteņu garīgā veselība	10
Lesbietes, biseksuālas, transpersonas un interseksuālas sievietes: marginalizācija un ietekme uz garīgo veselību.....	13
Psihosociālā invaliditāte un dzimumu līdztiesības realitāte saistībā ar piespiešanu un institucionalizāciju	16
Medicīniskā sieviešu naidīgums un dzīves pieredzes devalvācija garīgās veselības un veselības aprūpes sistēmās	18
Dzimums un interseksionalitāte garīgajā veselībā	21
Psihosociālā garīgās veselības modeļa praktiskā nozīme	21
Datu trūkuma un dzimumu neņemot vērā garīgās veselības sistēmu izaicinājumi	22
Līdzdalības un iekļaujoša pētniecība, politika un prakse.....	23
Holistiskas pieejas garīgajai veselībai	24
Sociālie determinanti un atvēršanās pieeja	24
Traumas un vardarbības apzināta aprūpe	24
ES politika dzimumu līdztiesības un garīgās veselības jomā	27
Pārskats par galvenajām ES pamatnostādņēm.....	27
Trūkumi un silosi: integrācijas trūkums starp garīgās veselības un dzimumu līdztiesības programmu	31
Secinājums.....	32
Politikas ieteikumi.....	34
Ieteikumi ES iestādēm:	34
Ieteikumi dalībvalstīm:	35
1. pielikums: Metodes	37
Metodika un ētiskā pieeja	37
Refleksivitāte un metodoloģiskā refleksija	37
2. pielikums: Terminu vārdnīca	39

Kopsavilkums

Šajā ES līmeņa izpētes pētījumā tiek izvērtēta dzimuma un garīgās veselības savstarpējā saistība, analizējot to personu pieredzi, kuras identificējas kā sievietes, un sniedzot uz pierādījumiem un cilvēktiesībām balstītus politikas ieteikumus ES un valstu politikas veidotājiem. Tajā uzsvērta sieviešu, tostarp lesbiešu, biseksuāļu, transpersonu un interseksuāļu (LBTI+) sieviešu, kā arī sieviešu ar psihosociālām invaliditātēm garīgās veselības realitāte, sniedzot pierādījumus, lai informētu par iekļaujošu, dzimumu līdztiesību veicinošu un atvērto orientētu politiku. Tajā parādīts, ka, neraugoties uz ES saistībām dzimumu līdztiesības, garīgās veselības un invaliditātes tiesību jomā, šīs programmas un saistītie dati un uzraudzības instrumenti joprojām ir sadrumstaloti.

Sistēmiskā dzimumu nevienlīdzība tieši ietekmē sieviešu garīgās veselības rezultātus. Sociālekonomiskās atšķirības, tostarp dzimumu atalgojuma un pensiju atšķirības, nestabils darbs un nesamērīgas aprūpes pienākumi, pastiprina garīgās veselības stresorus. Viens no nozīmīgākajiem sieviešu garīgās veselības noteicošajiem faktoriem ir pakļautība dzimumu vardarbībai (GBV), kas palielina risku saslimt ar garīgās veselības traucējumiem, savukārt sievietēm, kuras cieš no garīgās veselības traucējumiem, ir daudz lielāks risks saskarties ar GBV. Marginalizētās grupas, tostarp migranti, bēgļi, rasu diskriminācijas skartās sievietes un LBTI+ sievietes, saskaras ar papildu nozīmīgiem šķēršļiem, lai saņemtu drošu, traumas un vardarbību ņemtu vērā un uz atvērto orientētu vērstu garīgās veselības aprūpi. LBTI+ sievietes bieži saskaras ar paaugstinātu garīgās veselības risku stigmatas, mazākumtautību stresa un sistēmiskas atstumtības dēļ, tostarp trans sievietes saskaras ar paaugstinātu vardarbību, bet interseksuālās sievietes ir nesamērīgi pakļautas medicīniskām iejaukšanām bez viņu piekrišanas.

Dzimumu aizspriedumi bieži izraisa to, ka sieviešu pieredze tiek minimizēta, noraidīta vai pārlietu medicīniski traktēta, kas pastiprina bezspēcības ciklus, tostarp pakalpojumu un iestāžu ietvaros. Sievietes ar psihosociālām invaliditātēm ir nesamērīgi pakļautas seksuālai vardarbībai, piespiedu pasākumiem, piespiedu medikamentu lietošanai, izolācijai un, dažos gadījumos, piespiedu sterilizācijai vai reproduktīvo tiesību liegšanai. Šādi pārkāpumi rada tūlītēju un ilgtermiņa kaitējumu garīgajai veselībai un uzticībai veselības aprūpes un atbalsta sistēmām. Šādas prakses grauj ķermeņa autonomiju, pastiprina traumas un pārkāpj ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām (UNCPRD).

Šis ziņojums uzsver steidzamu vēstījumu: garīgās veselības politika, kas neņem vērā dzimumu, un dzimumu līdztiesības politika, kas neņem vērā tās saistību ar garīgo veselību, rada risku pastiprināt nevienlīdzību, vēl vairāk izslēdzot marginalizētās iedzīvotāju grupas. Lai izprastu dzimumu un garīgo veselību, ir nepieciešams starpdisciplinārs skatījums, atzīstot, kā sociālā pozīcija, identitāte un strukturālās nevienlīdzības ietekmē garīgo veselību. Tas atbilst garīgās veselības psihosociālajam modelim, kas garīgo veselību skata plašākā dzīves kontekstā. Sociālie un vides faktori, piemēram, nabadzība, nevienlīdzība, vardarbība un traumas, ievērojami ietekmē garīgās veselības rezultātus.

Būtiska nozīme ir vienaudžu un kopienas atbalstam, taču tam nav piešķirts pietiekams finansējums. Ir steidzami nepieciešams stiprināt šo atbalstu līdztekus profesionālajai aprūpei. Personīgā atveseļošanās jāatbalsta ar kompleksu atbalsta sistēmu palīdzību, tostarp vienaudžu atbalstu, pieejamiem kopienas pakalpojumiem un iekļaujošu politiku, kas tās izstrādē un praksē atzīst cilvēkus ar dzīves pieredzi par ekspertiem savā atveseļošanās procesā, tādējādi uzsverot autonomiju, izvēles iespējas un nozīmīgu līdzdalību.

Garīgās veselības sistēmu pārveidošana – gan politikā, gan praksē – no dzimumu līdztiesības viedokļa prasa strukturālas izmaiņas. Ir būtiski veselības, līdztiesības, invaliditātes un cilvēktiesību stratēģijās iekļaut dzimumu līdztiesību veicinošu, uz dzimumu līdztiesību balstītu, uz psihosociālo modeli balstītu un uz atveseļošanas vērstu pieeju. Politikai jārisina dzimumu vardarbības, nevienlīdzīgas aprūpes sloga, ierobežojošu normu un institucionālās diskriminācijas jautājumi, vienlaikus veicinot traumas un vardarbību ņemtu vērā, līdzdalības, izdzīvojušo vadītu, psihosociālu, uz cilvēktiesībām balstītu un uz atveseļošanas vērstu pieeju. Dzimumu līdztiesības iekļaušana garīgajā veselībā ir cilvēktiesību pienākums un sabiedrības interešu imperatīvs, kas atbilst ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām, Stambulas konvencijai un ES vienlīdzības un cilvēktiesību saistībām.

Kāpēc dzimums ir svarīgs garīgajā veselībā: ziņojuma darbības joma un mērķi

Dzimums būtiski ietekmē to, kā indivīdi piedzīvo, izpauž un reaģē uz garīgās veselības problēmām, tomēr tas bieži vien ir neredzams un paliek margināls dominējošajos garīgās veselības politikas pamatnostādnēs. No sociālajiem apstākļiem un traumām, kas veicina diskomfortu, līdz veidiem, kā cilvēkus diagnosticē, ārstē, atbalsta vai izslēdz no aprūpes, dzimums ir izšķirošs faktors, kas ietekmē garīgās veselības rezultātus.¹

Dažādās grupās parādās atšķirīgas tendences. Sievietes nesamērīgi bieži cieš no trauksmes, depresijas un ar stresu saistītiem traucējumiem, kas bieži saistīti ar nevienlīdzīgu neapmaksātu aprūpes pienākumu sadali, pakļautību dzimumu vardarbībai (GBV) un ilgstošām strukturālām nevienlīdzībām.² Savukārt vīrieši biežāk saskaras ar spiedienu, kas saistīts ar dominējošajām vīrišķības normām, piemēram, prasībām pēc izturības, pašpaļāvības un emociju apspiešanas. Šīs “normas” var būt šķērslis palīdzības meklēšanai un ir saistītas ar paaugstinātu vielu lietošanas un pašnāvību rādītāju.^{3 4} Turklāt slikta garīgā veselība šķiet pieaugam konkrētās grupās, jo īpaši vecākiem vīriešiem un jaunām sievietēm.⁵ Šādas atšķirības liecina par to, cik svarīgi ir izstrādāt garīgās veselības politiku un praksi, kas ne tikai reaģē uz dzimumu, bet arī aktīvi apstrīd ierobežojošus, kaitīgus un binārus stereotipus un risina sistēmiskos cēloņus, kas tiem ir pamatā.⁶

Šā ziņojuma mērķis ir izcelt dzimumu jautājumu no marginālās lomas uz centrālo lomu garīgās veselības politikas diskusijās ES līmenī. Izpētot, kā garīgās veselības sistēmas reproducē vai pretoties dzimumu nevienlīdzībai, tajā identificētas galvenās pārmaiņu jomas. Tajā apkopotas jaunās tendences un izcelti nepietiekami risinātie izaicinājumi, tos izvērtējot kritiski pašreizējās ES politikas kontekstā. Pēc šīs analīzes seko konkrēti, daudzlīmeņu ieteikumi, lai izveidotu iekļaujošas, dzimumu līdztiesības principus ievērojošas garīgās veselības sistēmas. Mērķis ir ne tikai informēt, bet arī veidot pamatu ilgtspējīgai interešu aizstāvībai, nodrošinot, ka turpmākās garīgās veselības un dzimumu līdztiesības stratēģijas balstās uz vienlīdzību, taisnīgumu un reālu pieredzi.

¹ Baños RM, Miragall M. (2024) Dzimuma jautājumi: kritisks elements garīgajā veselībā. *Spānijas psiholoģijas žurnāls*. 27:e28. DOI:10.1017/SJP.2024.29

² Ibid.

³ Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. (2010) Starpvalstu saikne starp dzimumu un garīgajām slimībām Pasaules Veselības organizācijas Pasaules garīgās veselības apsekojumos. *Arch Gen Psychiatry*. 66(7):785–795. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

⁴ PVO (2025) Pasaules garīgā veselība šodien: jaunākie dati. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>

⁵ Eurofound (2025) Garīgā veselība: riska grupas, tendences, pakalpojumi un politika: <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

⁶ IPPF Eiropas tīkls: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Pieklūts 22 oktobrī 2025. gadā.

Saskarsmes un tiesību perspektīva

Šajā ziņojumā izmantota intersekcionāla un uz tiesībām balstīta pieeja, lai izprastu dzimumu un garīgo veselību Eiropā. Pamatojoties uz ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (UNCRPD) principiem, tajā garīgā veselība atzīta par sabiedrības veselības, cilvēktiesību, sociālās un dzimumu līdztiesības jautājumu. Tiek izmantota intersekcionālā perspektīva, lai izskaidrotu, kā pārklājošās apspiešanas struktūras, piemēram, sieviešu naida, seksisms, diskriminācija pret invalīdiem, transfobija un homofobija, var mijiedarboties, ietekmējot garīgās veselības rezultātus, piekļuvi aprūpei un reālo pieredzi saistībā ar garīgo veselību un psihosociālo invaliditāti. Šī pieeja neuzskata dzimumu par bināru vai izolētu kategoriju, bet gan uzsver, kā dzimums mijiedarbojas ar citām identitātes un varas asīm, radot daudzslāņainu nevienlīdzību.

Ziņojumā galvenā uzmanība pievērsta garīgās veselības sociālajiem un strukturālajiem noteicošajiem faktoriem (piemēram, dzimumu vardarbība, diskriminācija un institucionalizācija), nevis individualizētiem, patoloģizētiem vai biomedicīniskiem izskaidrojumiem par ciešanām. Galvenā metode ir dokumentāla, balstoties uz pētījumiem, tostarp liecībām un aizstāvību, ko sniedz cilvēki ar dzīves pieredzi. Uzsvars tiek likts uz grupām, kas bieži tiek izslēgtas no galvenajām politikas diskusijām, lai nodrošinātu, ka ieteikumus sniedz tie, kurus tas visvairāk skar. Šī pieeja atbilst Mental Health Europe (MHE) apņemšanās ievērot cilvēktiesības, vienlīdzību un nozīmīgu līdzdalību garīgās veselības reformā.

Sīkāka informācija par galvenokārt dokumentālo metodoloģiju, refleksivitāti un ētiskajām pārdomām ir sniegta 1. pielikumā. Ziņojumā izmantoto galveno terminu glosārijs ir iekļauts 2. pielikumā.

Pašreizējā situācija Eiropā un tās ietekme uz garīgo veselību

Dzimumu nevienlīdzība, uz dzimumu balstīta vardarbība un sieviešu un meiteņu garīgā veselība

“Man šķiet, ka ļoti liela daļa no manas pieredzes ir saistīta ar to, ka es esmu sieviete. (...) Tagad es jūtos ļoti nedroša gan darbā, gan uz ielas. Man ir pastāvīga paranoja, ka kāds mani uzbruks, jo uzmāķšanās ir ļoti izplatīta. Nu, tā tas vienkārši ir. Es gandrīz vienmēr domāju par to, ka esmu sieviete, un to ir ļoti grūti aizmirst.” – Sieviete ar psihosociālu invaliditāti.⁷

Sievietes un meitenes visā ES joprojām saskaras ar sistēmiskām dzimumu nevienlīdzībām, kas tieši ietekmē viņu garīgo veselību. Sociālekonomiskās atšķirības, piemēram, pastāvīgās atšķirības dzimumu atalgojumā un pensijās⁸, augstāks nepilna darba laika un nestabilu darba vietu īpatsvars, kā arī nesamērīgas aprūpes pienākumi palielina sieviešu pakļautību stresam, finansiālajai nedrošībai un sociālajai atstumtībai. Šīs strukturālās nevienlīdzības palielina garīgās veselības traucējumu risku un ierobežo piekļuvi resursiem un atbalstam, turklāt piekļuvei bieži vien jau ir problēma.⁹ Tajā pašā laikā veselības aprūpes sistēmās visā Eiropā, jo īpaši garīgās veselības aprūpē, bieži trūkst dzimumu līdztiesības perspektīvas, un bieži netiek ņemts vērā, kā sieviešu garīgo veselību ietekmē plašāki sociālie faktori.¹⁰ Tas uzsvēr nepieciešamību pēc psihosociālas pieejas gan garīgās veselības izpratnē, gan pakalpojumu un politikas izstrādē. Pierādījumi liecina, ka sievietes ir nesamērīgi pārstāvētas primārās garīgās veselības aprūpes pakalpojumu lietotāju vidū.^{11 12 13} Turklāt pēdējā desmitgadē ir pieaudzis pašnāvību skaits sieviešu vidū, kas jaunākas par 20 gadiem, kas norāda uz jaunu neaizsargātību, kas prasa dzimumu līdztiesības jautājumus ņemot vērā novēršanas stratēģijas.¹⁴

⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Sieviešu ar invaliditāti pieredze Lietuvā, kad savstarpēji saistās viņu dzimums, invaliditāte, vardarbība ģimenē un garīgās veselības pakalpojumi. Žurnāls „Disability and Health”: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

⁸ Eiropas Parlaments, Nodarbinātības un sociālo lietu komiteja un Sieviešu tiesību un dzimumu līdztiesības komiteja (2025) Ziņojums par dzimumu atalgojuma un pensiju atšķirībām ES: pašreizējā situācija, izaicinājumi un turpmākā rīcība, kā arī pamatnostādņu izstrāde labākai novērtēšanai un taisnīgākai atalgošanai nozarēs, kurās dominē sievietes (2025/2038(INI)).

⁹ Eiropas datu žurnālistikas tīkls (2021) Maksāt vai atlikt: kā Eiropa izturas pret depresiju un trauksmi.

https://www.europeandatajournalism.eu/cp_data_news/pay-up-or-put-it-off-how-europe-treats-depression-and-anxiety/

¹⁰ Justyna Kucharska (2018) Kumulatīvā trauma, dzimumu diskriminācija un sieviešu garīgā veselība: pašcienas starpniecības loma, *Journal of Mental Health*, 27:5, 416-423, DOI: 10.1080/09638237.2017.1417548.

¹¹ Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et al. (2016) Dzimuma un citu pacientu raksturīgo iezīmju ietekme uz veselības aprūpes meklēšanas uzvedību: QUALICOPC pētījums. *BMC Primary Care*. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>

¹² Gao, Y., Burns, R., Leach, L. et al. (2024) Psihisko veselības pakalpojumu izvērtēšana cilvēkiem ar psihiskām traucējumiem: literatūras pārskats. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05965-z>

¹³ Bernal Arenas M, Arroyo-Sánchez A, Torres Parejo Ú, Muñoz-Negro JE. (2025) Sistematisks pārskats un metaanalīze par dzimumu atšķirībām trauksmes un depresijas ārstēšanā. *International Journal of Social Psychiatry*. DOI:[10.1177/00207640251331898](https://doi.org/10.1177/00207640251331898)

¹⁴ Eurofound (2025) Garīgā veselība: riska grupas, tendences, pakalpojumi un politika. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

Dzimumu vardarbība ir kritisks faktors, kas apdraud sieviešu garīgo veselību Eiropā, radot ļoti negatīvas sekas. Dzimumu vardarbība ir nozīmīga globāla sabiedrības garīgās veselības problēma, ņemot vērā tās plašo izplatību un tālejošās sekas gan individu, gan kopienu garīgajai veselībai un labklājībai gan vietējā, gan globālā līmenī. Vismaz viena no trim sievietēm¹⁵ ir piedzīvojusi psiholoģisku, ekonomisku, fizisku vai seksuālu vardarbību, tostarp vardarbību ģimenē un no intīma partnera, kas ir radījusi dziļu un ilgstošu ietekmi uz garīgo un fizisko veselību, kā arī tādas ilgtermiņa garīgās veselības sekas kā pēctraumatiskais stresa sindroms, depresija, trauksme, vielu lietošana un suicidālas tendences. Līdzīgi augsts vardarbības, jo īpaši vardarbības no intīma partnera, līmenis skar arī pusaudzes: gandrīz viena no četrām pusaudzēm, kuras ir bijušas attiecībās, ziņo, ka ir piedzīvojušas šādu vardarbību visā pasaulē.¹⁶

Sievietēm, kas ir cietušas no dzimumu vardarbības, ir vismaz trīs reizes lielāka varbūtība saslimt ar garīgās veselības traucējumiem nekā sievietēm, kam nav šādas pieredzes. Savukārt sievietēm ar garīgās veselības traucējumiem ir paaugstināts risks kļūt par dzimumu vardarbības upuriem. Risks ir vēl lielāks sievietēm ar psihosociālām invaliditātēm, kuras piedzīvo divas līdz piecas reizes lielāku vardarbības līmeni nekā sievietes bez invaliditātes.¹⁷ Šos kaitējumus bieži pastiprina stigmatizācija, upuru vainošana un sociālā atstumtība, kas kopā var ierobežot atveseļošanos un piekļuvi atbilstoši aprūpei. GBV upuri bieži saskaras ar atkārtotu traumēšanu savās attiecībās ar iestādēm, tostarp fiziskās un garīgās veselības aprūpes, tiesībaizsardzības un tiesu sistēmām. Piemēram, ja seksuālās vardarbības upuri Īrijā saņem garīgās veselības atbalstu, to terapiju veiktās konsultācijas var piekļūt juridiskajām komandām, kas aizstāv iespējamais vainīgos.¹⁸

Neskatoties uz ES līmeņa saistībām, pakalpojumu sniegšana joprojām ir nepietiekami finansēta un nevienmērīga dalībvalstīs. Migrantēm, bēgļiem un mazākumtautību sievietēm, kā arī sievietēm ar psihosociālām invaliditātēm ir papildu šķēršļi, lai saņemtu drošu, traumas un vardarbību ņemtu vērā ārstēšanu un aizsardzību.¹⁹ Lai risinātu GBV ietekmi uz garīgo veselību, ir nepieciešama uz izdzīvojušajiem orientēta un uz reālu pieredzi balstīta pieeja, kas apvieno pieejamu un atbilstošu garīgās veselības aprūpi un kompleksu atbalstu ar juridiskām, veselības un sociālām intervencēm, vienlaikus risinot plašākas strukturālās nevienlīdzības, kultūras un sabiedrības “normas”, kas uztur vardarbību.

„Es uzskatu, ka persona, kas mani izmantoja, zināja, ka es esmu neaizsargāta persona, jo tika atrastas antidepresantas, un viņš ļoti labi zināja, ka tās ir zāles garīgās veselības traucējumu

¹⁵ PVO (2021) Vardarbība pret sievietēm: izplatības novērtējumi. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

¹⁶ LynnMarie Sardinha, Ilknur Yüksel-Kaptanoğlu, Mathieu Maheu-Giroux, Claudia García-Moreno (2024) Intīmā partnera vardarbība pret pusaudzēm: reģionālie un valstu izplatības novērtējumi un saistītie faktori valstu līmenī. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8:9, 636 – 646. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(24\)00145-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(24)00145-7/fulltext)

¹⁷ Grigaitė, U. (2025) Lietuvas un Portugāles garīgās veselības aprūpes dienestu reakcija uz intīmā partnera vardarbības upuru garīgās veselības aprūpes vajadzībām. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

¹⁸ Īrijas Humanistiskās un integrējošās psihoterapijas asociācija (2025) IAHIP paziņojums par terapijas piezīmju izmantošanu tiesas prāvās par seksuālu vardarbību: <https://iahip.org/IAHIP-Statement-Therapy-Notes>

¹⁹ UNHCR (2024) Integrācijas rokasgrāmata: garīgā veselība. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/mental-health/mental-health>

ārstēšanai. Tas bija stigmatizēts. Mani sauca par „psihopāti” un tamlīdzīgi.” – Sieviete ar psihosociālu invaliditāti.²⁰

“Nav sistēmas, viņi nezina, kā rīkoties, ja notiek vardarbība pret personu ar invaliditāti. Viņiem nav ne jausmas, neviena iestāde nezina, kā rīkoties šādās situācijās. Tas ir fakts.” – Sieviete ar psihosociālu invaliditāti, kas dzīvo iestādē un ir piedzīvojusi vardarbību ģimenē.²¹

Pašreizējais politiskais klimats Eiropā saasina šos izaicinājumus. Pret dzimumu vērsto kustību pieaugums, sieviešu tiesību ierobežošana un pretreakcija pret dzimumu līdztiesības organizācijām apdraud progresu dzimumu līdztiesības jomā un vājina sievietēm un meitenēm pieejamo atbalsta infrastruktūru. Veselības aprūpē sievietes joprojām saskaras ar dažādām medicīniskās misogīnijas formām, tostarp to simptomu noraidīšanu, pārmērīgu medikamentu lietošanu vai to ciešanu patoloģizēšanu, nevis to sociālo un dzimumu saistīto cēloņu atzīšanu. Tas ne tikai padziļina neuzticību pakalpojumiem, bet arī veicina kaitējuma un atstumtības ciklu. Šī dinamika vēl vairāk pastiprinās, kad dzimums krustojas ar citām marginalizācijas asīm. Piemēram, sievietes, kas saskaras ar rasismu, bieži saskaras ar papildu šķēršļiem, piemēram, sistemātisku viņu sāpju nepietiekamu atzīšanu vai simptomu minimizēšanu, kas uzsver steidzamo nepieciešamību pēc interseksionālas pieejas gan veselības aprūpes nodrošināšanā, gan politikas izstrādē.²²

Šis pēdējā laika politiskās un sabiedrības tendences un veselības aprūpes taupības pasākumi ievērojami apdraud sieviešu garīgo veselību un piekļuvi garīgās veselības aprūpei.²³ Šīs tendences rada sievietēm naidīgu vidi, apdraudot reprodūktīvās tiesības, dzimuma identitātes atzīšanu un līdzdalību interešu aizstāvībā.²⁴ Cilvēktiesību aizstāvji, jo īpaši sievietes, saskaras ar pieaugošu stigmatu, iebiedēšanu un psiholoģisko stresu.²⁵ Marginalizētās grupas, piemēram, migrantu sievietes, sievietes ar invaliditāti un LGBTI+ sievietes, ir īpaši neaizsargātas. Mazākumtautību stresa jēdziens ir svarīgs, lai palīdzētu šos rezultātus uztvert kā sociālo un strukturālo apspiešanu mijiedarbības rezultātu, nevis tikai individuālu faktoru sekas.²⁶

Tajā pašā laikā pastāv dažas iedrošinošas ES līmeņa iniciatīvas, kā minēts šā ziņojuma sadaļā „Pārskats par galvenajām ES pamatnostādnēm”, kas vismaz daļēji atzīst, cik svarīgi ir risināt savstarpēji saistītas nevienlīdzības (). Praksē pilsoniskās sabiedrības organizācijas un sieviešu tiesību grupas turpina sniegt inovatīvus, uz kopienas balstītus garīgās veselības un atbalsta pakalpojumus, bieži aizpildot kritiskas nepilnības, ko atstājušas formālās sistēmas.

²⁰ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Sieviešu ar invaliditāti pieredze Lietuvā, kad savstarpēji saistās viņu dzimums, invaliditāte, vardarbība ģimenē un garīgās veselības pakalpojumi. Žurnāls „Invaliditāte un veselība”: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²¹ Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED: Invaliditātes pamatā esošās savienotas iekārtas un programmas vardarbības pret sievietēm un bērniem novēršanai Bulgārijā. Kera Foundation: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

²² MHE (2024) Rasu diskriminācijas ietekme uz garīgo veselību: <https://www.mentalhealth-europe.org/wp-content/uploads/2024/12/Report-The-mental-health-impacts-of-racial-discrimination.pdf>

²³ UN Women (2025) Sieviešu tiesības 30 gadus pēc Pekinas konferences: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2025/03/womens-rights-in-review-30-years-after-beijing>

²⁴ Frank C. Worrell (2023) Abortu aizliegums apdraud sieviešu garīgo un fizisko veselību. *American Journal of Public Health*. 113, 382-383: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307241>

²⁵ Polijā uzbrukušo SRHR aizstāvju liecības: <https://defendthedefenders.eu>. Pieklūts 22 oktobrī 2025. gadā.

²⁶ Matthew Rivas-Koehl, Dane Rivas-Koehl, Shardé McNeil Smith (2023) Laika starptautiskās minoritāšu stresa modelis: minoritāšu stresa teorijas pārskatīšana. *Ģimenes teorijas un pārskata žurnāls*. <https://doi.org/10.1111/jftr.12529>

Kopumā dzimumu nevienlīdzība, dzimumu vardarbība un sistēmiska diskriminācija uzsver steidzamo nepieciešamību ES iestādēm un dalībvalstīm visaptverošāk risināt sieviešu garīgās veselības jautājumus kā tiesību un līdztiesības jautājumus. Tas prasa ilgtspējīgas investīcijas dzimumu līdztiesībai, traumām un vardarbībai pielāgotos un atveseļošanai vērstos garīgās veselības pakalpojumos, stingrāku ES saistību izpildi sieviešu un meiteņu aizsardzībā pret vardarbību un sieviešu, kurām ir šāda pieredze, nozīmīgu iesaistīšanu politikas izstrādē un uzraudzībā.

“Es zināju, ka ar mani kaut kas nav kārtībā, jo man bija ēšanas traucējumi un nebija mēnešreizes (...). Tad es sāku apmeklēt psihologus un pat psihiatrus, un lietoju antidepresantus. Man tas bija ļoti grūti. Bet tajā laikā viņi varbūt man jautāja par vardarbību, bet, pat ja jautāja, tad par to vairs nerunāja. Mēs neaizskārām šo vardarbības tēmu.” – Sieviete ar psihosociālu invaliditāti.²⁷

“Vienīgais risinājums, kas man ir [traumām], ir doties pie psihiatra, lai piepildītu sevi ar medikamentiem. Es lietoju 15 tabletes dienā. Es lietoju medikamentus. Attiecībā uz atbalstu, neviens man nekad nav ieteicis neko. Tikai medikamenti, medikamenti, medikamenti pēc medikamentiem.” – Sieviete ar psihosociālu invaliditāti.²⁸

“Īpaši, kad es biju pusaudze un sāku apmeklēt [psihologu], [vardarbība ģimenē] bija jāizvirza un tai bija jāpievērš lielāka uzmanība. Jo es visu laiku augu ārkārtīgi saspringtā gaisotnē. Visāda veida kaunā, vainas sajūtā un saspringtībā. Un tas nekad nevienam nebija interesanti.” – Sieviete ar psihosociālu invaliditāti.²⁹

Lesbietes, biseksuālas, transpersonas un interseksuālas sievietes: marginalizācija un ietekme uz garīgo veselību

Lesbietes, biseksuālas, transpersonas un interseksuālas (LBTI+) sievietes bieži saskaras ar īpašu garīgās veselības problēmu kopumu, ko veido savstarpēji saistītas pieredzes, kas saistītas ar mazākumtautību stresu, stigmu, diskrimināciju un vardarbību. Pētījumi un sabiedrības liecības konsekvēnti liecina, ka LBTI+ sievietēm salīdzinājumā ar vispārējo iedzīvotāju skaitu ir paaugstināts risks saslimt ar garīgās veselības traucējumiem un simptomiem, piemēram, depresiju, trauksmi un

²⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Sieviešu ar invaliditāti pieredze Lietuvā, kad savstarpēji saistās viņu dzimums, invaliditāte, vardarbība ģimenē un garīgās veselības pakalpojumi. Žurnāls „Invaliditāte un veselība”: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²⁸ Patrícia Neca (2023) DIS-CONNECTED: Invaliditātes pamatā esošas savienotas iekārtas un programmas vardarbības pret sievietēm un bērniem novēršanai Portugālē. Fenacerci: https://validityngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_PT_EN.pdf

²⁹ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Sieviešu ar invaliditāti pieredze Lietuvā, kad savstarpēji saistās viņu dzimums, invaliditāte, vardarbība ģimenē un garīgās veselības pakalpojumi. Žurnāls „Disability and Health”: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

suicidālām domām.³⁰ Šos rezultātus ietekmē sistēmiska izslēgšana, ģimenes noraidījums, naidīgi sabiedrības naratīvi un pastāvīgs vardarbības drauds un pieredze.

Visā Eiropā LGBTI+ sievietes bieži saskaras ar šķēršļiem, lai piekļūtu drošiem un atbalstošiem garīgās veselības pakalpojumiem. Diskriminācija veselības aprūpes iestādēs joprojām ir izplatīta, un pat tad, ja nav atklātas naidīguma izpausmes, daudziem pakalpojumu sniedzējiem trūkst atbilstošas apmācības par LGBTQI specifiskajiem jautājumiem. Tas rada situācijas, kurās indivīdi vai nu slēpj savas identitātes galvenos aspektus, kas var traucēt terapijas efektivitāti, vai arī tiek pakļauti netiešām, bet kaitīgām neatzišanas formām.^{31 32} Turklāt LGBTQI jautājumos informētu garīgās veselības aprūpes un psihosociālā atbalsta pakalpojumu sniedzēju trūkums ir īpaši akūts migrantēm un bēgļu sievietēm, kuras nevar viegli piekļūt terapijai savā dzimtajā valodā, kas rada garas gaidīšanas rindas un turpmāku atstumtību.³³

Tā kā daudzas LGBTQI+ sievietes saskaras arī ar sociālekonomisko nestabilitāti, privātā psiholoģiskā palīdzība bieži vien ir finansiāli nepieejama, kas pastiprina strukturālās nevienlīdzības.^{34 35} Konkrētas pieredzes pastiprina šos izaicinājumus dažādās apakšgrupās. Piemēram, lesbietes un biseksuālas sievietes saskaras gan ar hiperseksualizāciju, gan deseksualizāciju, un daudzas no tām ir pakļautas seksuālai vardarbībai.³⁶ Biseksuālas sievietes bieži vien saskaras ar izdzēšanu, īpaši heteroseksuālās attiecībās, kas apdraud identitātes apstiprināšanu.³⁷ Turklāt trans sievietes saskaras ar nepārtrauktiem uzbrukumiem no dzimumu līdztiesības pretinieku kustībām un naidīgiem mediju naratīviem, kas tās attēlo kā draudus, nevis upurus vai izdzīvojušās, kas noved pie sociālās izolācijas, paaugstinātas trauksmes³⁸ un samazinātas mobilitātes publiskās telpās. Tās arī saskaras ar nesamērīgu vardarbības līmeni, tostarp slepkavībām, un vislielākā riska grupā ir trans sievietes, kas pieder pie mazākumtautībām, migranti un seksa darbinieki.³⁹

Papildus iepriekš minētajam daudzas interseksuālas sievietes bērnībā bieži tiek pakļautas nebrīvprātīgām, medicīniski nevajadzīgām iejaukšanām, kas izraisa ilgstošu traumu un neuzticību veselības aprūpes sniedzējiem. Tāpēc interseksuālas sievietes saskaras ar īpaši nopietniem garīgās veselības riskiem, kas sakņojas medicīniskā, ģimenes un sabiedrības traumā. Neprātīgas un medicīniski nevajadzīgas procedūras, kuru mērķis ir it kā “normalizēt” viņu ķermeņus, balstoties uz sabiedrības “normām”, bieži tiek veiktas, pakļaujot spēcīgam spiedienam no ārstu un ģimenes puses, radot indivīdiem ilgtermiņa psihiskās veselības traumas, traucējot ķermeņa integritāti un radot

³⁰ FRA datu pārliks: <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtiq-survey-iii>. Piekļūts 22 oktobrī 2025. gadā.

³¹ Eiropas Padome (2024) LGBTI cilvēku tiesības uz augstāko sasniedzamo veselības standartu un piekļuvi veselības aprūpei Eiropā: <https://rm.coe.int/prems-124824-gbr-2575-right-to-the-highest-attainable-standard-of-health/1680b1ba4d>

³² Bettergarcia, J., Matsuno, E., Conover K.J. (2021) Psiholoģiskās veselības aprūpes sniedzēju apmācība queer-apstiprinošā aprūpē: sistematisks pārskats.

Seksuālās orientācijas un dzimumu daudzveidības psiholoģija, 8. sējums (3), 365–377. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-92937-006>

³³ Nyikavaranda, P., Pantelic, M., Jones, C.J. et al. (2023) Šķēršļi un veicinātāji, kas ietekmē Eiropas sieviešu migrantu iespējas meklēt un saņemt garīgās veselības atbalstu primārajā aprūpē un kopienā: sistematisks pārskats par „feminisimiem”. *Starptautiskais žurnāls par vienlīdzību veselības jomā*. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01990-8>

³⁴ Bianca D.M., Wilson, Allegra R. Gordon, Christy Mallory, Soon Kyu Choi, M.V. Lee Badgett (2021) LBQ sieviešu veselība un sociālekonomiskā labklājība ASV. <https://glma.org/docs/LBQ-Women-Mar-2021.pdf>

³⁵ Kinitz, D.J., Shahidi, F.V., Kia, H. et al. (2024) Nedroša nodarbinātība: novārtā atstāta problēma lesbiešu, geju, biseksuālu un transpersonu darbinieku vidū.

Seksuālās orientācijas pētījumi un sociālā politika. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00950-3>

³⁶ Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., Parks, K. A. (2014). Seksuālā viktimizācija un ar to saistītie riski lesbiešu un biseksuālu sieviešu vidū. *Vardarbība pret sievietēm*, 19(5), 634–657. <https://doi.org/10.1177/1077801213490557>

³⁷ Emma M. Leonard (2021) Monoseksisma izdzēšana: identitātes attīstības izpēte biseksuālām sievietēm. *Misūri Valsts universitāte*.

<https://bearworks.missouristate.edu/theses/3702>

³⁸ Cirley Novais Valente Junior, Adriane Mesquita de Medeiros (2022) Balss un dzimuma neatbilstība: saikne starp trans sieviešu balss uztveri un garīgo veselību. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.10.002>

³⁹ Trans Murder Monitoring Update (2024) <https://tgeu.org/files/uploads/2024/11/TGEU-TMM-TDoR2024-Table-2.pdf>. Preses relīze (2024): <https://tgeu.org/will-the-cycle-of-violence-ever-end-tgeus-trans-murder-monitoring-project-crosses-5000-cases/>

neuzticību veselības aprūpes sniedzējiem.⁴⁰ Tā kā feminizējošas operācijas ir izplatītākas nekā maskulinizējošas, interseksuāli bērni tiek nesamērīgi virzīti uz sieviešu dzimuma piešķiršanu neatkarīgi no viņu identitātes, kā rezultātā interseksuālas sievietes ir pārstāvētas pārmērīgi daudz un ir ievērojams skaits transpersonu un nebināru interseksuālu cilvēku.⁴¹ Augšana šādos apstākļos bieži vien rada ģimenes stresu, sabiedrības stigmatu un atbalstošu identitātes attīstības modeļu trūkumu. Pieaugušas, daudzas interseksuālas sievietes var atlikt vai izvairīties no veselības aprūpes meklēšanas, tostarp garīgās veselības atbalsta, jo pakalpojumu sniedzēji paši var būt bijuši viņu agrāko traumu izraisītāji. Tas pastiprina izslēgšanas, izolācijas un neārstētas diskomforta ciklus, uzsverot steidzamo nepieciešamību pēc traumas un vardarbības informētas, uz tiesībām balstītas veselības aprūpes un vienaudžu vadīta atbalsta interseksuālajām kopienām.^{42 43}

Visas šīs pieredzes kopumā ilustrē patoloģizācijas, piespiešanas, marginalizācijas un traumas dziļo psiholoģisko ietekmi uz LGBTI+ sievietēm. Kopienas balstīts vienaudžu atbalsts spēlē izšķirošu lomu šo kaitējumu mazināšanā. Vienaudžu vadītas vai vienaudžu informētas grupas bieži vien ir vienīgās drošas un atbalstošas telpas, kas pieejamas LGBTI+ sievietēm visā ES. Tomēr šīs iniciatīvas joprojām ir ļoti nepietiekami finansētas, parasti balstās uz brīvprātīgo darbu un ir pakļautas sabrukuma riskam, ja galvenās personas izdega.⁴⁴ Kopienas centru stiprināšana un resursu piešķiršana, kas var nodrošināt vienaudžu atbalstu līdztekus profesionālai psihosociālajai aprūpei, ir daudzsoļīga un steidzami nepieciešama intervence. Šo situāciju vēl vairāk pasliktina ierobežotais finansējums visā ES, kas uzsver kritisko nepieciešamību turpmāk politikas un finansējuma lēmumos prioritizēt garīgo veselību.

Visbeidzot, strukturālās nepilnības politikas un pakalpojumu izstrādē pastiprina visas šīs nevienlīdzības LGBTI+ sievietēm. ES līmeņa garīgās veselības programmas bieži vien nav pieejamas organizācijām, kas strādā ar savstarpēji marginalizētām iedzīvotāju grupām, jo īpaši valstīs, kur LGBTQI+ personas un kopienas jau ir izslēgtas no valsts finansējuma.⁴⁵ Bez mērķtiecīgas resursu piešķiršanas un sistēmiskām reformām LGBTI+ sieviešu specifiskās garīgās veselības vajadzības turpinās tikt ignorētas. Lai risinātu šo problēmu, nepieciešams ne tikai finansējums un apmācības pakalpojumu sniedzējiem, bet arī veicināt izdzīvojušo vadītas, kopienā sakņotas pieejas un atzīt LGBTQI+ sieviešu unikālos stresa cēloņus: izslēgšanu no ģimenes, sabiedrības stigmatu, pret dzimumu vērstu politiku, patoloģizāciju, medicīnisko un institucionālo vardarbību.

⁴⁰ Valentine Hallard (2024) Interseksuālie ķermeņi, ķirurģija un centieni pēc "normāluma". Cilvēktiesību pētniecības centrs:

<https://www.humanrightsresearch.org/post/intersex-bodies-surgery-and-the-pursuit-of-normality>

⁴¹ Human Rights Watch (2017) "Es gribu būt tāds, kāds esmu dzimis": medicīniski nevajadzīgas operācijas interseksuāliem bērniem ASV.

<https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>

⁴² OII Europe (2020) Ziņojums par interseksuālu cilvēku situāciju Eiropā un Centrālajā Āzijā: <https://www.oii-europe.org/covid-19-survey-report/>

⁴³ OII Europe (2022) COVID-19 interseksuālo cilvēku aptaujas turpinājums: <https://www.oii-europe.org/oii-europe-follow-up-covid-19-intersex-survey-2022/>

⁴⁴ Erin Howe un Somjen Frazer (2021) Finansējums, lai pielāgotos mainīgajai realitātei: LGBTI organizācijas par finansējuma stāvokli Eiropā un Centrālajā Āzijā. Strength in Numbers Consulting Group ILGA-Europe. <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Funding-Meet-Changing-Realities-LGBTI-Organisations-State-Funding-Europe-Central-Asia.pdf>

⁴⁵ Ibid.

Psihosociālā invaliditāte un dzimumu līdztiesības realitāte saistībā ar piespiešanu un institucionalizāciju

Sievietes un meitenes ar psihosociālu invaliditāti ES saskaras ar dziļiem un pastāvīgiem savu tiesību pārkāpumiem, kas bieži sakņojas institucionālisma, piespiešanas un sistēmiskas diskriminācijas mantojumā un paliekošajos aspektos. Neskatoties uz zināmu progresu deinstitucionalizācijas programmās, daudzas sievietes joprojām atrodas psihiatriskajās slimnīcās, segregētās aprūpes iestādēs vai citās segregētās vidēs, kur tās ir pakļautas paaugstinātam nolaidības, piespiešanas un dzimumu vardarbības riskam.^{46 47 48} Institucionālā vide bieži vien nevis mīkstina, bet gan pastiprina stresu, atņemot sievietēm autonomiju, apklusinot to pieredzi un pastiprinot stigmatu gan par invaliditāti, gan par garīgo veselību.

Institucionalizācijas dzimumu dimensija bieži tiek ignorēta. Sievietes ar psihosociālu invaliditāti institucionālajā vidē ir nesamērīgi pakļautas seksuālajai un dzimumu vardarbībai, tostarp piespiedu medikamentu lietošanai, izolācijai un dažos gadījumos piespiedu sterilizācijai vai reproduktīvo tiesību liegšanai.^{49 50} Šādi pārkāpumi ne tikai rada tūlītēju kaitējumu, bet arī ilgtermiņa sekas garīgajai veselībai, ķermeņa autonomijai un uzticībai veselības aprūpes un atbalsta sistēmām. Šādas prakses ir pretrunā ar ES ratificētajām ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesību ievērošanu saistībām, kas paredz juridiskās rīcībspējas aizsardzību, brīvību no ļaunprātīgas izmantošanas un piespiešanas, kā arī tiesības dzīvot neatkarīgi un būt iekļautam sabiedrībā. Dzimumu līdztiesības pieeja deinstitucionalizācijai prasa nodrošināt sievietēm piekļuvi drošiem, kopienas balstītiem pakalpojumiem, kas īpaši vērsti uz vardarbības risku novēršanu un sniedz visaptverošu atbalstu. Tas ietver atbilstošu finansējumu, personāla apmācību dzimumu līdztiesības jautājumos un mehānismus, kas dod sievietēm iespēju izdarīt izvēli un kontrolēt savu dzīvi pārejas periodā no institucionālās aprūpes un pēc tās.

Saskaņā ar Eiropas Invaliditātes foruma (EDF) ziņojumu „⁵¹” (Pārveidojot aprūpi: sievietes ar invaliditāti un pāreja no aprūpes iestādēm uz kopienu) sievietes un meitenes ar invaliditāti, tostarp tās, kurām ir psihosociāla invaliditāte, joprojām saskaras ar daudzveidīgiem kaitīgiem stereotipiem. Tie pastiprina diskrimināciju un palielina pakļautību vardarbībai, atstumtībai un tiesību pārkāpumiem, kas savukārt var izraisīt arī ļoti nelabvēlīgas sekas garīgajai veselībai. Bieži sastopami pieņēmumi ir uzskats, ka sievietes un meitenes ar invaliditāti nevar rūpēties par bērniem vai

⁴⁶ MHE un Kenta Universitāte (2017) Izslēgšanas kartēšana un izpratne Eiropā: <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

⁴⁷ PVO Eiropa (2018) Garīgā veselība, cilvēktiesības un aprūpes standarti: PVO Eiropas reģiona iestāžu aprūpes kvalitātes novērtējums pieaugušajiem ar psihosociālām un intelektuālām invaliditātēm: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342203/9789289053204-eng.pdf?sequence=1>

⁴⁸ Grigaitė, U., Levickaitė, K., Juodkaitė, D., Goštautaitė-Midttun, N. (2025) Cilvēktiesību ievērošanas veicināšana Lietuvā, piemērojot Pasaules Veselības organizācijas kvalitātes un tiesību novērtējumus. *Starptautiskais žurnāls par kvalitāti veselības aprūpē*, Oksfordas Universitātes izdevniecība. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae118>

⁴⁹ EDF un CERMI Sieviešu fonds (2017) Pārtraukt piespiedu sterilizāciju sievietēm un meitenēm ar invaliditāti: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/06/EDF-and-CERMI-Womens-Foundation-report-on-ending-forced-sterilisation-of-women-and-girls-with-disabilities.pdf>

⁵⁰ EDF (2022) Personu ar invaliditāti piespiedu sterilizācija Eiropas Savienībā: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/09/EDF_FS_0909-accessible.pdf

⁵¹ EDF (2025) EDF nostājas dokuments par dzimumu stereotipiem pret sievietēm ar invaliditāti: <https://www.edf-feph.org/publications/gender-stereotypes-against-women-with-disabilities/>

radiniekiem, nedrīkst būt bērni vai nespēj pieņemt lēmumus par savu ķermeni un seksualitāti. Šie nepareizie uzskati veicina tādas prakses kā piespiedu sterilizācija, kontracepcija un aborts bez brīvprātīgas un informētas piekrišanas, kas ir skaidri aizliegtas saskaņā ar ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām un Stambulas konvenciju. Izslēgšana no seksuālās izglītības un seksuālās un reproduktīvās veselības pakalpojumiem ir izplatīta, kas palielina seksuālās vardarbības, ekspluatācijas, nevēlamas grūtniecības un seksuāli transmisīvo infekciju risku.

Papildu stereotipi attēlo sievietes un meitenes ar invaliditāti kā mazāk pelnījušas izglītību, nederīgas noteiktiem darbiem vai nespējīgas pildīt vadības pienākumus. Šādas aizspriedumi ietekmē viņu garīgo veselību un labklājību, ierobežo viņu līdzdalību skolās, darbavietās un politiskajā dzīvē, tādējādi uzturot marginalizācijas, bezspēcības un ekonomiskās atkarības ciklu. Sievietes un meitenes ar psihosociālu invaliditāti tiek vēl vairāk stigmatizētas ar kaitīgiem stereotipiem un mītiem, kas tās attēlo kā iespējami vardarbīgas, neparedzamas vai neuzticamas. Šie aizspriedumi ne tikai apdraud viņu nodarbinātības izredzes un vecāku tiesības, bet arī ierobežo viņu piekļuvi tiesiskajai aizsardzībai un aizsardzības pakalpojumiem, un vardarbības upuriem bieži tiek liegts nepieciešamais un atbilstošais atbalsts, tostarp garīgās veselības aprūpe.

Sievietēm ar invaliditāti, kas dzīvo aprūpes iestādēs, ir paaugstināts vardarbības risks izolācijas, varas nevienlīdzības un atbildības trūkuma dēļ iestāžu vidē, kas padara vardarbību un tās sekas garīgajai veselībai biežākas un grūtāk ziņojamas. Tās arī retāk tiek atzītas par ticamām lieciniecēm vardarbības gadījumos, tādējādi vēl vairāk nostiprinot nesodāmību.⁵² Šie savstarpēji saistītie stereotipi, kas sakņojas diskriminācijā pret invalīdiem un dzimumu aizspriedumos, liedz sievietēm un meitenēm ar psihosociālām invaliditātēm tiesības uz autonomiju, cieņu un līdztiesību, un prasa steidzamu rīcību, izmantojot iekļaujošas politikas, izpratnes veicināšanu, pieejamus pakalpojumus un mērķtiecīgus pasākumus, lai likvidētu strukturālo diskrimināciju.

“Nu, ja tev ir invaliditāte, tā ir tūlītēja [reakcija]. Pirmā lieta, kas nāk prātā, ir kā zīmogs vai uzlīme – ka viņi “izdomā lietas”. Zināt, it kā tas, ko viņi saka, nebūtu taisnība. Jo it kā tikai “veseli cilvēki” varētu teikt patiesību. (...) Šajā ziņā visi ļoti, ļoti ātri saka, ka, ja jums ir invaliditāte, jūs esat norakstīts. (...)” – Meitenes ar psihosociālu invaliditāti, kas ir dzimumu vardarbības upuris, likumiskais aizbildnis.⁵³

Šīs realitātes pastiprina strukturālo atstumtību, atstājot sievietes ar psihosociālu invaliditāti gan garīgās veselības aprūpes, gan dzimumu līdztiesības programmu malā. Tomēr visā Eiropā daži daudzsološi piemēri piedāvā potenciālus risinājumus. Eiropas stratēģijā par personu ar invaliditāti tiesībām 2021.–2030. gadam atkārtoti uzsvērta deinstitucionalizācija un kopienas atbalsta stiprināšana, atzīstot nepieciešamību aizstāt piespiedu modeļus ar uz tiesībām balstītu, uz personu vērstu pieeju. Īstenojot šos pasākumus, dalībvalstis tiek mudinātas nodrošināt, ka ieguldījumi pieejamos un finansiāli pieejamos kopienas pakalpojumos skaidri risina šķēršļus, ar kuriem sievietes saskaras, piekļūstot sociālās un garīgās veselības aprūpes pakalpojumiem, integrējot dzimumu

⁵² Leanne Dowse, Simone Rowe, Eileen Baldry un Michael Baker (2021) Policijas reakcija uz personām ar invaliditāti: pētījuma ziņojums. <https://apo.org.au/node/314892>

⁵³ Grigaitė, U., Baltrušytė, G.M., Sipko, K. (2025) Tiesu pieejamība bērniem ar invaliditāti, kuri ir noziegumu upuri Lietuvā: kvalitatīvs pētījums. *Starptautiskais žurnāls par bērnu tiesībām*. <https://doi.org/10.1163/15718182-33010005>

perspektīvu deinstitucionalizācijas politikā. ES finansētajos projektos būtu jāņem vērā arī sarežģītās problēmas, ar kurām saskaras personas ar invaliditāti, kas cieš no savstarpēji saistītas diskriminācijas, tostarp personas, kas pieder rasu un etniskajām minoritātēm, LGBTI+ sievietes un sievietes ar psihosociālām invaliditātēm, lai veicinātu vienlīdzīgu piekļuvi atbalstošiem, iekļaujošiem un drošiem kopienas pakalpojumiem.⁵⁴

Dažas dalībvalstis ir ieviesušas vienaudžu vadītas krīzes alternatīvas, krīzes atelpas mājas un izdzīvojušo vadītas aizstāvības iniciatīvas, kas parāda nepieciešamību pēc nepieciešamības, kopienas balstītiem risinājumiem (piemēram, Bochumas krīzes telpas Vācijā⁵⁵, atklātā dialoga pieeja Somijā un Triestes modelis Itālijā⁵⁶). Pilsoniskās sabiedrības organizācijas, tostarp sieviešu ar invaliditāti tiesību tīkli, turpina izcelt un apstrīdēt pārkāpumus, vienlaikus izmēģinot traumas un vardarbības apzinātos atbalsta modeļus, kas apstiprina sieviešu rīcībspēju un dzīves pieredzi.

Lai īstenotu sieviešu ar psihosociālām invaliditātēm tiesības, ES un tās dalībvalstīm ir jāpāriet no retorikas uz rīcību un jānodrošina ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesību ievērošanu efektīva īstenošana praksē. Tas nozīmē ieguldīt līdzekļus dzimumu līdztiesībai un dzimumu līdztiesībai atbilstošā deinstitucionalizācijā, aizliegt piespiešanu psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, nodrošināt piekļuvi tiesu iestādēm un tiesiskās aizsardzības līdzekļiem vardarbības un pārkāpumu upuriem, kā arī iekļaut dzīves pieredzes vadību pakalpojumu izstrādē un uzraudzībā. Sieviešu ar psihosociālām invaliditātēm garīgās veselības un cieņas aizsardzība ir ne tikai veselības aprūpes reformas jautājums, bet arī dzimumu līdztiesības un cilvēktiesību jautājums, kas ir ES saistību pamatā.

“Tomēr jāuzsver, ka joprojām ir maz pieejamu datu par invaliditātei raksturīgo vardarbību, vardarbību slēgtās vidēs (iestādēs, patvēruma centros vai psihiatriskajās slimnīcās), par attiecībām starp upuri un vainīgo(-ajiem) un par šķēršļiem vardarbības ziņošanai, kas liek sievietēm un meitenēm ar invaliditāti klusēt un palikt neredzamām, kā uzsver Eiropas Invaliditātes forums.”⁵⁷

Medicīniskā sieviešu naidīgums un dzīves pieredzes devalvācija garīgās veselības un veselības aprūpes sistēmās

⁵⁴ Eiropas Komisija (2024) Vadlīnijas par personu ar invaliditāti neatkarīgu dzīvi un iekļaušanu sabiedrībā ES finansējuma kontekstā: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/commission-adopts-guidance-independent-living-persons-disabilities-2024-11-20_en

⁵⁵ Eiropas Padome (2021) Komentārs: Labas prakses, lai veicinātu brīvprātīgas darbības garīgās veselības pakalpojumu jomā. <https://rm.coe.int/inf-2021-9-compendium-final-e/1680b11f60>

⁵⁶ PVO (2021) Vadlīnijas par sabiedrības garīgās veselības pakalpojumiem: personu orientētas un uz tiesībām balstītas pieejas veicināšana.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

⁵⁷ EDF (2021) EDF nostājas dokuments par vardarbību pret sievietēm un meitenēm ar invaliditāti Eiropas Savienībā: <https://www.edf-feph.org/publications/edf-position-paper-on-violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-european-union>

⁵⁸ Younsa Sandabad (2024) RESPONSE: Reaģējoši pakalpojumi, lai risinātu dzimuma vardarbību pret sievietēm ar invaliditāti – jaunākais ziņojums. https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Projects/O_RESPONSE_State_of_the_Art_Report.pdf

Visā Eiropā sievietes joprojām saskaras ar dziļi dzimumu diskriminējošām aizspriedumiem un diskrimināciju veselības aprūpes sistēmās, tostarp garīgās veselības aprūpes pakalpojumos. Medicīniskā sieviešu naidīgums garīgās veselības aprūpē var izpausties kā sieviešu ciešanu pārmērīga medicīniskā ārstēšana, nepareiza diagnoze un sociālo un strukturālo faktoru, kas ietekmē garīgo veselību un labklājību, neievērošana. Depresija, trauksme vai ar traumu saistīti stāvokļi bieži tiek uzskatīti par individuālu “patoloģiju”, nevis atzīti par reakciju uz vardarbību, diskrimināciju vai sabiedrības nevienlīdzību. Tas pastiprina ciklu, kurā sievietes tiek regulāri apklusinātas, to ciešanas tiek medicīniskotas un to autonomija tiek apdraudēta.

Saistīts aspekts ir epistēmiskā (intelektuālā) netaisnība⁵⁹ : sievietes pārāk bieži tiek uzskatītas par neuzticamām savu ciešanu stāstītājām, un klīnikas ārsti dod priekšroku biomedicīniskajiem vai psihiatriskajiem modeļiem, nevis pirmavotiem par ciešanām.⁶⁰ Tas ir īpaši kaitīgi GBV upuriem, kuru atklātības bieži tiek apšaubītas, minimizētas vai pārformulētas kā iespējamie psihiatriskas saslimšanas simptomi; piemēram, gadījumos, kad psihiatriskajā medicīnā izpaužas epistēmiskās privilēģijas.⁶¹ Sievietēm ar psihosociālām invaliditātēm šo dinamiku pastiprina strukturāla diskriminācija, kas izraisa pastāvīgu izslēgšanu no lēmumu pieņemšanas par savu aprūpi un atbalstu.

“Jā, kad es biju Sofijā, es sāku pieminēt seksuālo [vardarbību], bet es domāju, ka viņi man īsti neticēja. Tas ir kaut kas, kas notiek arī tad, kad tu viņiem stāsti. Viņi domā, ka viss ir psihozes izraisīts.” – Sieviete ar psihosociālu invaliditāti, kas piedzīvojusi vairākas dzimuma vardarbības formas.⁶²

Medicīniskās sieviešu naidīguma un dzīves pieredzes devalvācijas sekas ir dziļas. Tās veicina novēlotu vai nepietiekamu diagnožu noteikšanu, nepiemērotu vai piespiedu ārstēšanu un uzticības veselības aprūpes sistēmām mazināšanos. Turklāt šī dinamika veicina stigmatu un rada šķēršļus palīdzības meklēšanai, atstājot daudzas sievietes bez efektīva, uz tiesībām balstīta atbalsta. Tā arī reproducē strukturālas nevienlīdzības: piemēram, migrantēm un bēgļu sievietēm ir jāpiedzīvo dubulta sloga nasta – rasu un dzimuma aizspriedumi, bet transpersonām un interseksuālām sievietēm nākas saskarties ar papildu identitātes patoloģizēšanu un delegitimizēšanu.

Turklāt sievietes visā Eiropā joprojām saskaras ar sistēmiskām barjerām seksuālās un reproduktīvās veselības un tiesību (SRHR) jomā. Ierobežojoši abortu likumi, nevienlīdzīga piekļuve asistētajām reproduktīvajām tehnoloģijām un universālas, no stigmatas brīvas aprūpes trūkums rada juridiskus, finansiālus un praktiskus šķēršļus. Šie šķēršļi bieži liek sievietēm atlikt vai atteikties no būtiskas veselības aprūpes, nesamērīgi ietekmējot marginalizētās grupas.⁶³ Turklāt vispārējais globālās palīdzības samazinājums kopā ar pieaugošo pretestību pret dzimumu līdztiesību vēl vairāk apdraud sieviešu veselību.⁶⁴

⁵⁹ Fricker, M. (2007) Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁶⁰ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Epistēmiskās netaisnības komunikācijas un epistēmiskās netaisnības klīniskās saskarsmes ietvaros: kritisks pārskats. *Ētika, medicīna un sabiedrības veselība*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁶¹ Kidd, I. J., Spencer, L., Carel, H. (2022) Epistēmiskā netaisnība psihiatriskajā pētniecībā un praksē. *Filozofiskā psiholoģija*, 38(2), 503–531. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333>

⁶² Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED: Invaliditātes pamatā veidotas savienotas iekārtas un programmas vardarbības pret sievietēm un bērniem novēršanai Bulgārijā. Kera Foundation: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

⁶³ IPPF Eiropas tīkls: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Pieklūts 22 oktobrī 2025.

⁶⁴ UN Women (2025) Progress on the Sustainable Development Goals: the Gender Snapshot 2025. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2025-09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2025-en.pdf>

Saskaņā ar Starptautiskās plānotās vecāku apvienības (IPPF) Eiropas tīkla datiem, nekonsekventa valsts politika liecina par skaidru reproduktīvo tiesību pārkāpumu un padziļina esošo nevienlīdzību visā reģionā. Dzemdību un ginekoloģiskā vardarbība joprojām ir plaši izplatīta un nepietiekami risināta dzimumu vardarbības forma, kas ietver ļaunprātīgu izturēšanos, piespiešanu, nolaidību un procedūras bez piekrišanas veselības aprūpes iestādēs.⁶⁵ Šādi pārkāpumi apdraud autonomiju, veicina neuzticību veselības aprūpes sistēmām un uzsver efektīvu aizsardzības pasākumu, atbildības un profesionālās apmācības trūkumu. Sievietes, kas saskaras ar vairākiem diskriminācijas veidiem, tostarp sievietes ar invaliditāti, migrantēm, LGBTI+ sievietēm un GBV upurēm, ir visvairāk pakļautas izslēgšanai, ļaunprātīgai izturēšanās un sistemātiskai nolaidībai, savukārt trans un interseksuālās sievietes saskaras ar īpaši smagiem veselības un cilvēktiesību pārkāpumiem.

Lai novērstu šīs atšķirības, ir nepieciešama visaptveroša, starpdisciplinārā politika, kas atzīst, kā dzimums, seksualitāte, migrācijas statuss, invaliditāte, etniskā piederība un sociāli ekonomiskais stāvoklis ietekmē piekļuvi aprūpei. Visaptverošas seksuālās izglītības paplašināšana, vienlīdzīgas piekļuves SRHR nodrošināšana un dzemdību un ginekoloģiskās vardarbības novēršana ir jāuzskata par steidzamiem garīgās veselības un cilvēktiesību jautājumiem. ES ir būtiska loma: saskaņot piekļuvi SRHR visās dalībvalstīs, atbalstīt pārrobežu solidaritātes mehānismus abortu aprūpes jomā, apkarot medicīnisko un institucionālo vardarbību un palielināt finansējumu sieviešu tiesību un SRHR organizācijām, lai nodrošinātu taisnīgu, uz tiesībām balstītu un uz atveseļošanos vērstu veselības aprūpi visiem.

Galu galā, lai izskaustu medicīnisko sieviešu naidīgumu un epistēmisko netaisnību veselības aprūpē, nepieciešams vairāk nekā pakāpeniskas reformas. Tas prasa strukturālas pārmaiņas virzienā uz dzimumu līdztiesību, uz tiesībām balstītu praksi un atbildības mehānismiem, kas nodrošina, ka sieviešu dzīves pieredze netiek tikai uzklusēta, bet arī ņemta vērā. Bez šādām pārmaiņām garīgās veselības sistēmas riskē reproducēt tās pašas nevienlīdzības, kuras tām ir jānovērš.

⁶⁵ IPPF Eiropas tīkls (2022) Vardarbība dzemdniecībā un ginekoloģijā: <https://europe.ippf.org/resource/gynaecological-and-obstetric-violence-form-gender-based-violence>

Dzimums un intersekcionalitāte garīgajā veselībā

Psihosociālā garīgās veselības modeļa praktiskā nozīme

Lai izprastu dzimumu un garīgo veselību, ir nepieciešams intersekcionalitātes skatījums, kas atzīst, kā sociālā pozīcija, identitāte un strukturālās nevienlīdzības veido dzīves pieredzi, kas saistīta ar stresu un garīgo veselību. Intersekcionalitāte praksē nozīmē atzīt, ka dzimums bieži mijiedarbojas ar citiem faktoriem: cilvēki var saskarties arī ar diskrimināciju, kas saistīta ar tādiem identitātes aspektiem kā invaliditāte, vecums, etniskā piederība, sociālais stāvoklis, migrācijas statuss vai seksualitāte, un šo faktoru kopums var palielināt garīgās veselības problēmu un garīgās veselības traucējumu risku.

Šāda pieeja ir cieši saistīta ar psihosociālo garīgās veselības modeli^{66 67}, kas apstrīd šauru biomedicīnisku interpretāciju, garīgo veselību skatot plašākā dzīves kontekstā. Atveseļošanas nevar definēt vienkārši kā biomedicīniskās ārstēšanas rezultātu, bet tai tiek piešķirta individuāla nozīme un saistīta ar tādiem faktoriem kā sarežģītas atbalsta sistēmas, kas ietver vienaudžu atbalstu, pieejamus, kopienas balstītus, individualizētus, uz personu vērstus pakalpojumus un iekļaujošas politikas. Šīs pieejas centrā ir ideja, ka cilvēki ar dzīves pieredzi ir eksperti savā atveseļošanā un ka izvēle, autonomija un nozīmīga līdzdalība ir būtiska garīgajai veselībai.

Piemērojot šo perspektīvu dzimuma jautājumiem, kļūst skaidrs, kā dzimumu nevienlīdzība, tostarp dzimumu vardarbība, nevienlīdzīgas aprūpes pienākumi un sistēmiska sieviešu naidīguma izpausmes, tieši ietekmē garīgo veselību. Kā pierādīts, sievietes bieži saskaras ar savstarpēji saistītām barjerām, kas pastiprina atstumtību un stresu. Piemēram, migrantu sievietes, sievietes, kas tiek diskriminētas rasu dēļ, sievietes ar psihosociālām invaliditātēm vai LGBTI+ sievietes var saskarties ar daudzslāņotu diskrimināciju veselības aprūpes, nodarbinātības vai mājokļu jomā, kas ir neatraujami saistīta ar to garīgo veselību. Psihosociālā pieeja, atzīstot šīs savstarpēji saistītās nevienlīdzības, nodrošina pamatu, lai izstrādātu risinājumus, kas risina gan individuālās vajadzības, gan strukturālās netaisnības.

ES politikas veidotājiem šis satvars uzsver steidzamu aicinājumu: garīgās veselības politika, kas neņem vērā dzimumu (vai otrādi: dzimumu līdztiesības politika, kas neņem vērā garīgo veselību un invaliditātes tiesības) un savstarpējo saistību, rada risku padziļināt nevienlīdzību un atstāt novārtā visvairāk marginalizētās personas. Tāpēc ES stratēģijās par veselību, līdztiesību un cilvēktiesībām būtu

⁶⁶ MHE (2023) Izpratnes veicināšana par garīgās veselības psihosociālo modeli: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

⁶⁷ Karilē Levickaitē un Ugnē Grigaitē (2020) Garīgā veselība, psihosociālā invaliditāte un tiesības dzīvot sabiedrībā: deinstitutionalizācija un pārmaiņu atbalstīšana. https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

jāiekļauj dzimumu transformējoša, dzimumu līdztiesīga psihosociālā pieeja. Tas prasa ne tikai ieguldījumus pieejamos un iekļaujošos garīgās veselības pakalpojumos, bet arī koordinētu rīcību ES līmenī, lai likvidētu strukturālos šķēršļus, piemēram, dzimumu vardarbību, diskrimināciju un nestabilus sociālekonomiskos apstākļus, kas apdraud sieviešu garīgo veselību. Iekļaujot interseksionalitāti politikā un praksē, ES var pozicionēt sevi kā globālu līderi garīgās veselības sistēmu pārveidošanā, balstoties uz vienlīdzību, taisnīgumu un cilvēktiesībām. Šī vīzija ir cieši saskaņota ar ES saistībām saskaņā ar ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām un Stambulas konvenciju, kuras abas apstiprina tiesības uz pilnīgu iekļaušanu, vienlīdzību un brīvību no vardarbības un diskriminācijas.

Datu trūkuma un dzimumu neņemot vērā garīgās veselības sistēmu izaicinājumi

Pastāvīgs šķērslis efektīvai dzimumu līdztiesībai un dzimumu līdztiesībai atbilstoši garīgās veselības politikai un praksei ES ir visaptverošu, sadalītu datu trūkums. Pašreizējie pētījumi un dati par garīgās veselības pakalpojumiem bieži neņem vērā atšķirības pieredzē un rezultātos, kas balstās uz dzimumu, identitāšu krustpunktiem vai sociālajiem determinantiem. Šī neredzamība apgrūtina politikas veidotāju spēju izstrādāt mērķtiecīgas intervences, taisnīgi sadalīt resursus un uzraudzīt pakalpojumu efektivitāti. Turklāt daudzas esošās garīgās veselības sistēmas darbojas, balstoties uz dzimumu neitrāliem pieņēmumiem, neņemot vērā to, kā strukturālās nevienlīdzības, dzimumu vardarbība, aprūpes pienākumi, sociālās gaidas un “normas” ietekmē garīgās veselības rezultātus.⁶⁸

Lai novērstu šīs nepilnības, ir nepieciešama sistemātiska, uz tiesībām balstīta pieeja datu vākšanai, uzraudzībai un novērtēšanai. Tas ietver garīgās veselības rādītāju regulāru sadalījumu pēc dzimuma, vecuma, migrācijas statusa, invaliditātes veida, sociālekonomiskā statusa un citiem savstarpēji saistītiem faktoriem, vienlaikus nodrošinot stingras garantijas. Kvantitatīvo datu papildināšana ar kvalitatīviem secinājumiem, tostarp dzīves pieredzes stāstiem, var atklāt šķēršļus, diskriminējošas prakses un neapmierinātās vajadzības, kas tradicionālajos rādītājos bieži netiek ņemtas vērā. Jāpiešķir prioritāte ieguldījumiem kvalitatīvā pētniecībā, kas balstīta uz pilnīgu savstarpēji saistītu izpratni, vienlaikus nodrošinot pārredzamību, ētiskas garantijas un sabiedrības līdzdalību.

Svarīgi, ka dzimumu līdztiesību veicinošu un starpnozaru datu sistēmu uzlabošana nav tikai tehniska nepieciešamība, bet gan cilvēktiesību, atbildības un sociālās taisnīguma jautājums, kas ļauj veikt uz pierādījumiem balstītus pasākumus, kuri atbilst ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām un Stambulas konvencijai, un veicina nozīmīgu iekļaušanu visiem cilvēkiem visā Eiropā.

⁶⁸ Mischa Barr, Renata Anderson, Sandra Morris, Kate Johnston-Ataata (2024) Ceļā uz dzimumu līdztiesīgu izpratni par sieviešu pieredzi garīgās veselības jomā un garīgās veselības sistēmā. *Women's Health Victoria*, Issues Paper 17.2. https://www.whv.org.au/wp-content/uploads/2023/01/Issues-Paper-17-2_Nov-2024_Towards-a-gendered-understanding-of-womens-experiences-of-mental-health-and-the-mental-health-system.pdf

Līdzdalības un iekļaujoša pētniecība, politika un prakse

Lai risinātu dzimumu nevienlīdzību un veicinātu dzimumu līdztiesību garīgās veselības jomā, ir būtiski nodrošināt, ka pētniecība, politikas veidošana un garīgās veselības prakse ir līdzdalības un iekļaujoša. Tradicionālās pieejas bieži marginalizē to cilvēku balsis, kam ir dzīves pieredze, jo īpaši sievietes, kā arī cilvēkus no savstarpēji saistītām marginalizētām grupām, piemēram, migrantiem, LGBTQI+ personām un personām ar invaliditāti. Šī izslēgšana ierobežo garīgās veselības politikas un pakalpojumu atbilstību, efektivitāti un taisnīgumu, pastiprinot epistēmisko netaisnību un sistēmiskos šķēršļus.

Līdzdalības pieejas ietver pētījumu, politikas un pakalpojumu kopīgu izstrādi un veidošanu kopā ar visvairāk skartajām personām, atzīstot dzīves pieredzi par kompetenci. Veicinot nozīmīgu iesaistīšanos katrā posmā, šādas pieejas palielina atbildību, atbilstību un sistēmisko pārmaiņu potenciālu. Aizstāvojot līdzdalības un iekļaujošas pieejas, ES iestādes un dalībvalstis tiek aicinātas izveidot sistēmas, kas paredz dzīves pieredzes vadību, iekļauj kopīgu izstrādi un kopīgu ražošanu politikas un pakalpojumu izstrādē, kā arī finansē pētījumus, kuros prioritāte ir iekļaušana. Šādi pasākumi ir saskaņā ar ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (UNCRPD) un plašākām ES vienlīdzības un diskriminācijas novēršanas sistēmām, nodrošinot, ka garīgās veselības sistēmas ir taisnīgas, reaģējošas un spēj risināt garīgās veselības strukturālos un ar dzimumu saistītos noteicošos faktorus. Citas attiecīgās politikas jomas, piemēram, mājokļu politika, sociālā politika un digitalizācija, arī jāiekļauj gan dzimumu, gan garīgās veselības perspektīvas.

Holistiskas pieejas garīgajai veselībai

Sociālie determinanti un atveseļošanās pieeja

Saskarsmes un psihosociālā pieeja dabiski saistās ar garīgās veselības sociālo determinantu jēdzienu. Tā atzīst, ka garīgā veselība ir dziļi ietekmēta no sociālekonomiskajiem un vides apstākļiem, un uzsver nepieciešamību risināt nevienlīdzības, diskriminācijas un vardarbības jautājumus, kas ir īpaši svarīgi, apspriežot sieviešu garīgo veselību. Šāda holistiska pieeja garīgajai veselībai prasa izlēmīgi pāriet uz integrētu, uz kopienu balstītu, dzimumu līdztiesību un tiesību aizsardzību. Tāpēc garīgās veselības jautājumu risināšana prasa rīcību arī sociālās, ekonomiskās un vienlīdzības politikas jomā, kas veicina profilaksi, iekļaušanu un cieņu.

Šajā kontekstā būtiska nozīme ir atveseļošanās pieejai⁶⁹. Dzimumu līdztiesības un garīgās veselības kontekstā atveseļošanās pieeja prasa pakalpojumus, kas atbilst individuālajai realitātei, tostarp pakļautībai dzimumu vardarbībai un nevienlīdzīgai piekļuvei resursiem. Daudzsološas prakses jau ir atrodamas kopienas balstītos vienaudžu atbalsta tīklos, izdzīvojušo vadītos pakalpojumos un dzimumu līdztiesības jautājumiem jutīgos krīzes risinājumos, kuros drošība, izvēle, rīcības brīvība, autonomija un cieņa tiek uzskatītas par prioritārām salīdzinājumā ar piespiešanu un institucionalizāciju.⁷⁰

ES līmenī Eiropas stratēģija par personu ar invaliditāti tiesībām atspoguļo ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām principus, kas atbilst atveseļošanās pieejai, bet tajā arī atzītas pastāvīgās juridiskās un sistēmiskās barjeras, jo īpaši sievietēm ar psihosociālu invaliditāti. Notiek politiskas diskusijas, bet dzīves pieredzes liecības liecina, ka institucionāla, piespiedu un paternalistiska prakse joprojām ir simboliski un praktiski iesakņojusies. Lai atveseļošanās orientētas, uz tiesībām balstītas garīgās veselības sistēmas kļūtu par realitāti, ES politikai un profesionālajai praksei jābūt aprīkotai ar skaidrām vadlīnijām, instrumentiem un atbildības mehānismiem, kas atveseļošanās pieeju un principus pārvērš ikdienas aprūpē.

Traumas un vardarbības apzināta aprūpe

Daudzām sievietēm, tostarp GBV upurēm, garīgās veselības problēmas ir dziļi sakņotas traumā. Pakalpojumi, kas neatzīst šo risku, atkārtoti traumē upurus ar piespiešanu, neticību vai neiejūtību.⁷¹

⁶⁹ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Atveseļošanās garīgās veselības pakalpojumu jomā:

<https://www.mentalhealtheuropa.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

⁷⁰ PVO (2021) Vadlīnijas par sabiedrības garīgās veselības pakalpojumiem: personu orientētas un uz tiesībām balstītas pieejas veicināšana.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

⁷¹ Grigaitė, U. (2025) Lietuvas un Portugāles garīgās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju reakcija uz intīmā partnera vardarbības upuru garīgās veselības aprūpes vajadzībām. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

Patiesi atveseļošanās orientētai garīgās veselības sistēmai ir jāintegrē traumas un vardarbības apzināta aprūpe.^{72 73} Tas nozīmētu prioritizēt drošību, uzticēšanos un pilnvarošānu, atzīstot vardarbības plašo ietekmi uz sieviešu dzīvi un attiecīgi pielāgojot garīgās veselības atbalsta pasākumus.

Traumas un vardarbības apzināta aprūpe⁷⁴ ir tradicionālo traumas apzināto pieeju attīstības rezultāts, paplašinot fokusu no individuālām intervencēm uz plašāku izpratni par starppersonu un strukturālo vardarbību, jo īpaši dzimumu vardarbību. Tā dažādu veidu vardarbības pieredzes ietver plašākā sociālās un strukturālās nevienlīdzības kontekstā, atzīstot, ka sistēmiskie faktori, piemēram, nabadzība, mājokļu nedrošība, diskriminācija un politikas izraisīti kaitējumi (piemēram, ierobežojoša reprodūktīvās veselības politika, izslēgšana no veselības aprūpes, institucionālās politikas), mijiedarbojas ar starppersonu vardarbību, ietekmējot garīgās veselības rezultātus. To vada četri pamatprincipi: traumas un strukturālās vardarbības ietekmes izpratne un atzīšana; pakalpojumu lietotāju un sniedzēju fiziskās, emocionālās un kultūras drošības prioritizēšana; uz personu vērstas sadarbības, izvēles un saiknes veicināšana; un esošo stipro pušu izmantošana, vienlaikus atbalstot prasmju un spēju attīstību.

Šī pieeja uzsver, ka trauma ir ne tikai psiholoģiska pieredze, bet to veido arī sociālie un strukturālie apstākļi. Tā uzsver organizāciju un pakalpojumu sniedzēju atbildību pielāgot sistēmas un pakalpojumus, lai apmierinātu individuālās vajadzības, nevis prasīt cilvēkiem orientēties neelastīgās struktūrās, lai saņemtu atbalstu. Praksē šī pieeja integrē šos principus programmās un pakalpojumos, nodrošinot, ka intervences ir atbilstošas, ilgtspējīgas un iekļautas plašākās aprūpes sistēmās.⁷⁵ Svarīgi, ka tā arī uzsver politikas veidotāju atbildību atzīt garīgās veselības savstarpējo saistību un nodrošināt, ka šie apsvērumi tiek integrēti visās politikas jomās, jo lēmumi tādās jomās kā veselība, mājokļi, izglītība un sociālā aizsardzība būtiski ietekmē gan atbalsta nepieciešamību, gan pieejamību.

Šādu pieeju integrēšana un veicināšana kā standarts visās garīgās veselības sistēmās (gan politikā, gan praksē) būtu būtisks solis ceļā uz dzimumu līdztiesību garīgās veselības aprūpē: integrējot traumas un vardarbības apzinātos principus garīgās veselības un citos pakalpojumos, aprūpe kļūst ne tikai traumas apzināta, bet arī balstīta uz tiesībām un atveseļošanos, savstarpēji saistīta un reaģējoša uz sieviešu pieredzes dzimumu līdztiesības realitāti. Pārdalot zināšanu varu, garīgās veselības aprūpe var kļūt ne tikai iekļaujošāka, bet arī efektīvāka, balstoties uz to cilvēku realitāti, kuriem tā cenšas palīdzēt. Tomēr, neskatoties uz pakalpojumiem, šie principi jāievēro arī profilakses pasākumos, nodrošinot, ka sistēmas risina traumas un strukturālās vardarbības pamatcēloņus, pirms tie izpaužas kā nelabvēlīgi garīgās veselības rezultāti.

Holistiska, dzimumu līdztiesību veicinoša, uz atveseļošanos vērstā, traumas un vardarbības apzināta un vienaudžu vadīta pieeja nav fakultatīva papildinājuma: tā ir nepieciešama, lai izveidotu efektīvas

⁷² Wathen, C. N. un Mantler, T. (2022) Traumas un vardarbības informēta aprūpe: intīmā partnera vardarbības intervences orientēšana uz taisnīgumu. *Current Epidemiology Reports*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷³ Wathen, C. N. un Varcoe C. (2023) Traumas un vardarbības informēta aprūpes īstenošana: rokasgrāmata. *Toronto Universitātes izdevniecība*. ISBN: 978-1-4875-2927-7.

⁷⁴ Wathen, C. N. un Mantler, T. (2022) Traumas un vardarbības informēta aprūpe: intīmā partnera vardarbības intervences orientēšana uz vienlīdzību. *Pašreizējās epidemioloģijas ziņojumi*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷⁵ Ibid.

un taisnīgas garīgās veselības sistēmas. ES līmenī tas prasa politiku, kas skaidri integrē dzimumu līdztiesību, intersekcionalitāti un cilvēktiesības garīgās veselības stratēģijās, nodrošinot atbilstību ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām un Stambulas konvencijai. Veicinot holistiskas un dzimumu līdztiesības pieejas, ES ir iespēja uzņemties vadošo lomu garīgās veselības sistēmu pārveidošanā, lai tās patiesi dziedētu, nevis kaitētu. Tas arī sniedz iespēju atzīt, ka garīgā veselība ir jāņem vērā visās politikas jomās, jo lēmumi izglītības, mājokļu, nodarbinātības, migrācijas, tieslietu, sociālās aizsardzības un citās jomās būtiski ietekmē garīgo veselību un labklājību.

ES politika dzimumu līdztiesības un garīgās veselības jomā

Pārskats par galvenajām ES pamatnostādņēm

Dzimumu līdztiesība: ES dzimumu līdztiesības stratēģija

ES Dzimumu līdztiesības stratēģija 2020.–2025. gadam⁷⁶ ir Komisijas galvenā iniciatīva, lai veicinātu sieviešu un vīriešu līdztiesību visā Eiropā. Tajā izklāstīts visaptverošs mērķu kopums, lai izskaustu dzimumu vardarbību, likvidētu stereotipus, samazinātu atšķirības atalgojumā, pensijās, aprūpes pieņākumos un politiskajā un ekonomiskajā līdzdalībā, vienlaikus veicinot dzimumu līdzsvaru lēmumu pieņemšanā. Stratēģijas pamatā ir divkārša pieeja, integrējot dzimumu līdztiesību visās politikas jomās un vienlaikus īstenojot mērķtiecīgus pasākumus, kur galvenais vadmotīvs ir interseksionalitāte. Nesenie nozīmīgi tiesību akti šajā jomā ir Direktīva par atalgojuma pārredzamību (2023), Direktīva par dzimumu līdzsvaru uzņēmumu valdēs (2022), Direktīva par darba un privātās dzīves līdzsvaru (2022) un Eiropas aprūpes stratēģija (2022), kuru mērķis ir novērst strukturālās nevienlīdzības, kas ietekmē sieviešu dzīvi un, attiecīgi, viņu garīgo veselību un labklājību.

Stratēģijā par prioritāti ir noteikta arī rīcība pret dzimumu vardarbību, un Direktīva par vardarbību pret sievietēm un vardarbību ģimenē (2024) ir pirmais ES mēroga tiesiskais regulējums, kas noteiktas vardarbības formas kvalificē kā noziedzīgas un nodrošina upuriem labāku piekļuvi tiesu iestādēm un atbalsta pakalpojumiem, piemēram, patversmēm un palīdzības tālruņiem. Papildu pasākumi ietver ES pievienošanos Eiropas Padomes konvencijai par vardarbības pret sievietēm un vardarbības ģimenē novēršanu un apkarošanu – Stambulas konvencijai (2023), ES tīkla izveidi dzimumu vardarbības un vardarbības ģimenē novēršanai (2023) un kampaņu #EndGenderStereotypes (2023).

Šīs iniciatīvas liecina par pieaugošo ES līmeņa apņemšanos likvidēt šķēršļus, kas pastiprina dzimumu nevienlīdzību. Tomēr pastāvīgie dzimumu stereotipi, kas atspoguļoti 2024. gada Eurobarometer aptaujā par dzimumu stereotipiem⁷⁷, liecina, ka progress joprojām ir nepietiekams un nevienmērīgs dalībvalstīs, uzsverot nepieciešamību pēc ilgstošiem centieniem, lai nodrošinātu, ka vienlīdzības saistības tiek pilnībā īstenotas praksē.

⁷⁶ ES dzimumu līdztiesības stratēģija (2020–2025): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en#gender-equality-strategy-2020-2025

⁷⁷ Eurobarometer par dzimumu stereotipiem (2024): <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2974>

ES politikā par garīgo veselību, psihosociālo invaliditāti un dzimumu vardarbību, tostarp ES dzimumu līdztiesības stratēģijā, ir vairākas nepilnības. Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteja (EESK)⁷⁸ ir kritizējusi Direktīvu par vardarbību pret sievietēm un vardarbību ģimenē⁷⁹ par to, ka tajā nav risinātas nopietnas un jaunas vardarbības formas, piemēram, institucionālā vardarbība pret sievietēm ar psihosociālu invaliditāti, reproduktīvā ekspluatācija un piespiedu sterilizācija. EESK arī uzsver, ka seksuālās un reproduktīvās tiesības, piemēram, piekļuve abortiem, ārkārtas kontracepcijai un aizsardzība pret uzmākšanos klīnikās, netiek atzītas par vardarbības formām, neskatoties uz pieaugošajiem ierobežojumiem dažās dalībvalstīs, tostarp Polijā un Ungārijā, kas var būtiski negatīvi ietekmēt garīgo veselību.^{80 81} Turklāt komiteja norāda uz stingra, uz upuriem vērsta atbalsta un koordinācijas trūkumu starp vispārējiem veselības aprūpes pakalpojumiem, garīgās veselības aprūpi un specializētiem upuru atbalsta pakalpojumiem, atzīmējot, ka upuru garīgās veselības vajadzību neievērošana ir cilvēktiesību pārkāpums.

Šī kritika atbilst EDF nostājam^{82 83}, kurā uzsvērts, ka ES direktīvā joprojām ir nepilnības, kas ietekmē sievietes un meitenes ar psihosociālām un citām invaliditātēm. Likumos izvarošana jādefinē, pamatojoties uz piekrišanas trūkumu ("tikai "jā" nozīmē "jā"), nevis uz pretestību vai standartu "nē nozīmē nē". Pēdējais nesamērīgi izslēdz sievietes ar invaliditāti, jo īpaši tās, kas atrodas segregētās psihiatriskās vai sociālās aprūpes iestādēs. Seksuālā uzmākšanās, kas rada paaugstinātu risku sievietēm ar garīgās veselības traucējumiem, arī prasa stingrāku tiesisko aizsardzību. Visbeidzot, skaidras saistības trūkums vākt datus, kas sadalīti pēc invaliditātes veida, joprojām ir būtisks trūkums, kas ierobežo izpratni par izplatību un efektīvu, mērķtiecīgu pasākumu izstrādi.

Garīgā veselība: Eiropas Komisijas visaptverošā pieeja garīgajai veselībai

2023. gada jūnijā Eiropas Komisija (EK) uzsāka **visaptverošu pieeju garīgajai veselībai**⁸⁴, kas ir nozīmīgs politikas pagrieziens, atzīstot garīgo veselību par prioritāti ES līmenī. Iniciatīva pieņem starpnozaru un preventīvu pieeju, pozicionējot garīgo veselību kā neatņemamu sabiedrības veselības, sociālās politikas, nodarbinātības, izglītības un digitalizācijas sastāvdaļu. Tās mērķis ir risināt pieaugošo garīgās veselības krīzi Eiropā, ko saasina COVID-19 pandēmija, karš Ukrainā, ekonomiskā nenoteiktība un plašāks sabiedrības spiediens.

Pamatnostādnes ir strukturētas ap trīs galvenajiem pīlāriem: labas garīgās veselības veicināšana, izmantojot profilaksi un agrīnu iejaukšanos; pieejamu, finansiāli pieejamu un augstas kvalitātes garīgās veselības aprūpes un atbalsta pakalpojumu nodrošināšana; un cilvēku ar garīgās veselības

⁷⁸ Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteja (2024) Atzinums SOC/798: Vardarbība pret sievietēm kā cilvēktiesību jautājums: pasākumu stāvoklis visā ES. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/violence-against-women-human-rights-issue-state-play-measures-across-eu>

⁷⁹ ES direktīva par vardarbību pret sievietēm un vardarbību ģimenē (2024): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32024L1385&qid=1716811631310>

⁸⁰ Sze Yan Liu, Claire Benny, Erin Grinshteyn, Amy Ehntholt, Daniel Cook, Roman Pabayo (2023) Saikne starp reproduktīvajām tiesībām un piekļuvi abortu pakalpojumiem un garīgo veselību ASV sievietēm. *SSM – Population Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101428>

⁸¹ Stephanie V. Hall, Andrea Pangori, Faelan Jacobson Davies, Anca Tilea, Rieham Owda, Kara Zivin un Vanessa Dalton (2025) Saikne starp valsts abortu ierobežojumiem un perinātālo depresiju. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.0533>

⁸² EDF (2021) Vardarbība pret sievietēm un meitenēm Eiropas Savienībā: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/05/final-EDF-position-paper-on-Violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-European-Union.pdf>

⁸³ EDF (2025) ES direktīvas par vardarbības pret sievietēm apkarošanu transponēšana: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2025/05/EDF-guidance-on-transposing-the-EU-Directive-on-Combating-Violence-Against-Women.pdf>

⁸⁴ EK visaptverošā pieeja garīgajai veselībai: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en

traucējumiem un psihosociālu invaliditāti iekļaušana sabiedrībā, cīnoties pret stigmatu un diskrimināciju. Lai atbalstītu tās īstenošanu, ES apņēma pārdalīt vairāk nekā 1,2 miljardus eiro finansējuma no dažādām ES programmām, tādējādi apliecinot politisko apņemšanos Eiropas politikas darba kārtībā garīgo veselību izvirzīt vienā līmenī ar fizisko veselību.

Lai gan Eiropas Komisijas paziņojums par visaptverošo pieeju konsolidē esošos finansējuma piešķirumus un pasākumus garīgās veselības jomā, jāatzīmē, ka tas nav ilgtermiņa stratēģija, jo nav izveidotas jaunas iniciatīvas vai ilgtspējīgs finansējums.⁸⁵ Tomēr tajā skaidri atzīta sociālā un ekonomiskā nepieciešamība investēt profilaksē, agrīnā iejaukšanās un veicināšanā, radot impulsu aizstāvībai un turpmākai rīcībai. Pēc visaptverošās pieejas ieviešanas MHE uzsvēra, ka ir svarīgi veicināt psihosociālo modeli un izstrādāt garīgās veselības stratēģiju ar konkrētiem mērķiem, termiņiem, budžetu un rādītājiem, lai uzraudzītu progresu.⁸⁶

Vispārējā pieeja garīgajai veselībai atzīst garīgās veselības problēmu atšķirīgo ietekmi uz sievietēm, vīriešiem un neaizsargātām grupām, bet tajā vēl nav pilnībā integrēta starpdisciplinārā perspektīva. Lai gan tajā uzsvēta stigmas apkarošanas, piekļuves kopienas aprūpei uzlabošanas un jauniešu garīgās veselības atbalsta nozīme, joprojām ir nepieciešamas ciešākas saiknes ar dzimumu līdztiesības sistēmām, invalīdu tiesībām un GBV politikām, lai nodrošinātu, ka netiek ignorētas visas sievietes, tostarp LGBTI+ sievietes un sievietes ar psihosociālām invaliditātēm. Neraugoties uz to, visaptverošās pieejas iniciatīva piedāvā iespēju turpināt saskaņot garīgās veselības politiku un ES stratēģijas dzimumu līdztiesības, invaliditātes un cilvēktiesību jomā, potenciāli pavērtot ceļu uz iekļaujošākām, uz tiesībām balstītām un dzimumu līdztiesībai atbilstošām garīgās veselības sistēmām visā Eiropā. Tajā arī uzsvēta kopīgas radīšanas nozīme ar cilvēkiem, kam ir reāla pieredze, un galvenajām ieinteresētajām personām, garīgās veselības integrēšana visās politikas jomās un iekļaujošas, nestigmatizējošas valodas izmantošana, lai veicinātu izpratni, izglītību un sistēmiskas pārmaiņas.

Invaliditātes tiesības: ES stratēģija personu ar invaliditāti tiesību jomā

2021. gada martā pieņemtā ES stratēģija personu ar invaliditāti tiesību jomā 2021.–2030. gadam⁸⁷ izklāsta desmit gadu plānu, lai veicinātu personu ar invaliditāti iekļaušanu, līdztiesību un līdzdalību visā Eiropā un ārpus tās. Balstoties uz 2010.–2020. gada Eiropas invaliditātes stratēģijas panākumiem, tajā atzītas pastāvīgās barjeras pieejamības, nodarbinātības, neatkarīgas dzīves un aizsardzības pret diskrimināciju, vardarbību un ļaunprātīgu izmantošanu jomā, kā arī paaugstinātais nabadzības, sociālās atstumtības un garīgās veselības nevienlīdzības risks. Svarīgi, ka stratēģijā atzīts, ka sievietes un meitenes ar invaliditāti, tostarp tās, kurām ir psihosociāla invaliditāte, saskaras ar savstarpēji saistītām diskriminācijas formām, dzimumu vardarbību un sistēmiskām atšķirībām piekļuvē dzimumu līdztiesībai atbilstoši veselības aprūpei un garīgās veselības atbalstam.

⁸⁵ MHE (2023) Eiropas Komisijas paziņojuma „Visaptveroša pieeja garīgajai veselībai” analīze: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/07/Analysis-of-the-Communication-on-mental-health-FOR-WEB.pdf>

⁸⁶ MHE (2023) Kompleksa pieeja garīgajai veselībai: Eiropas pirmais solis un rīcība, lai risinātu visu iedzīvotāju labklājības jautājumus.

<https://www.mentalhealtheurope.org/library/a-comprehensive-approach-to-mental-health-europes-first-step-and-action-to-address-the-well-being-of-all/>

⁸⁷ ES stratēģija personu ar invaliditāti tiesību jomā (2021–2030): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_en

Stratēģija balstās uz Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām (UNCPRD), ko ES ratificēja 2010. gadā. Stratēģijā atzītas daudzās nevienlīdzības, ar kurām saskaras sievietes, bērni, vecāki cilvēki, bēgļi un citas personas ar invaliditāti, un tajā skaidri uzsvērtā nepieciešamība risināt ar dzimumu saistītās barjeras, psihosociālo neaizsargātību un traumas ietekmi uz garīgo veselību un labklājību. Tās galvenais mērķis ir nodrošināt, ka visas personas ar invaliditāti var pilnībā baudīt savas cilvēktiesības, piekļūt iespējām vienlīdzīgos apstākļos, dzīvot neatkarīgi, brīvi pārvietoties ES teritorijā un būt aizsargātas pret diskrimināciju, vardarbību un nevienlīdzību garīgās veselības jomā.

Lai gan stratēģijā plaši aplūkotas problēmas, ar kurām saskaras personas ar invaliditāti, tajā nav sniegti sīki izstrādāti, mērķtiecīgi pasākumi vai galvenās iniciatīvas, kas īpaši vērstas uz psihosociālu invaliditāti un garīgās veselības traucējumiem. Šis trūkums ir ievērojams, ņemot vērā unikālās barjeras, ar kurām saskaras personas, jo īpaši sievietes un meitenes, ar psihosociālu invaliditāti, tostarp stigmatu, diskrimināciju un ierobežotu piekļuvi atbilstošiem garīgās veselības pakalpojumiem.⁸⁸ Turklāt stratēģijas starpdisciplinārā pieeja, lai gan tā ir atzinīgi vērtējama, pilnībā neaptver sieviešu ar psihosociālām invaliditātēm specifiskās vajadzības un problēmas. Šie niansētie jautājumi prasa skaidrāku uzmanību un pielāgotus pasākumus ES invaliditātes tiesību sistēmā.

Plašāka perspektīva: Eiropas sociālo tiesību pīlārs

Eiropas sociālo tiesību pīlārs (EPSR)⁸⁹ nosaka 20 galvenos principus, lai stiprinātu sociālās tiesības visā ES, ar mērķi nodrošināt taisnīgus un labi funkcionējošus darba tirgus un labklājības sistēmas. EPSR aptver trīs plašas jomas: vienlīdzīgas iespējas un piekļuve darba tirgum, taisnīgi darba apstākļi, kā arī sociālā aizsardzība un iekļaušana. Tā principi aptver tādas būtiskas jomas kā dzimumu līdztiesība, darba un privātās dzīves līdzsvars, piekļuve kvalitatīvai un pieejamai veselības aprūpei, atbilstoša sociālā aizsardzība, mājokļi un palīdzība bezpajumtniekiem, kā arī personu ar invaliditāti iekļaušana. Pīlāra īstenošanu atbalsta ES tiesību akti, finansēšanas instrumenti, piemēram, Eiropas Sociālais fonds Plus (ESF+), un sociālais rezultātu rādītājs, kas uzrauga dalībvalstu sniegumu.

Konkrēti dzimumu līdztiesības un garīgās veselības jomā EPSR nodrošina sistēmu, kas tieši risina daudzus sociālos faktorus, kas ir par pamatu sieviešu garīgās veselības nevienlīdzībai ES. Tādi principi kā tiesības uz vienlīdzīgām iespējām neatkarīgi no dzimuma, vienāds atalgojums par vienādu darbu un aizsardzība pret diskrimināciju ir būtiski, lai risinātu strukturālos faktorus, kas izraisa sieviešu garīgo veselības problēmas. Tāpat arī noteikumi par pieejamu veselības aprūpi, bērnu aprūpi un atbalstu personām ar invaliditāti rada iespējas samazināt šķēršļus sievietēm, jo īpaši tām, kuras saskaras ar vairākiem sarežģījumiem, piemēram, dzīvo ar psihosociālu invaliditāti vai aprūpes pienākumiem. Saistot dzimumu līdztiesību ar plašāku sociālo iekļaušanu un labklājību, EPSR veido pamatu integrētiem politikas pasākumiem, kas saskaņo sociālās, veselības un dzimumu līdztiesības programmas.

⁸⁸ ANO Sieviešu organizācija (2018) Sieviešu un meiteņu ar invaliditāti pilnvarošana: ceļā uz pilnīgu un efektīvu līdzdalību un dzimumu līdztiesību. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-10/empowerment-of-women-and-girls-with-disabilities-en.pdf>

⁸⁹ Eiropas sociālo tiesību pīlārs (2017): https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-pillar-social-rights-building-fairer-and-more-inclusive-european-union_en

Trūkumi un silosi: integrācijas trūkums starp garīgās veselības un dzimumu līdztiesības programmu

Neskatoties uz to, ka ES līmenī arvien vairāk tiek atzīta gan dzimumu līdztiesības, gan garīgās veselības nozīme, šīs programmas joprojām lielākoties attīstās atsevišķi viena no otras. Pašreizējās ES pamatnostādnes liecina par sadrumstalotu pieeju: lai gan garīgajai veselībai arvien vairāk tiek piešķirta prioritāte, piemēram, ar tādu iniciatīvu kā visaptveroša pieeja garīgajai veselībai (2023), daudzas sarežģītas dzimumu perspektīvas tajās gandrīz pilnībā nav iekļautas. Savukārt dzimumu līdztiesības regulējumos, tostarp ES dzimumu līdztiesības stratēģijā un Stambulas konvencijā paredzētajās saistībās, veselība ir pieminēta tikai garāmejojot, un garīgā veselība tajos praktiski nav iekļauta.⁹⁰ Šo nesaskaņotību pastiprina sistemātiskas dzimumu līdztiesības integrācijas trūkums ES veselības politikā, finansējuma plūsmās un datu vākšanā.

Pieejamie instrumenti, ar kuriem novērtē progresu, bieži nespēj aptvert šīs savstarpējās saiknes. Piemēram, Eiropas Dzimumu līdztiesības institūta (EIGE) dzimumu līdztiesības indekss ietver tikai šaurus ar veselību saistītus rādītājus, piemēram, veselīgas dzīves gadus, neņemot vērā strukturālos noteicošos faktorus, kas ietekmē dzimumu nevienlīdzību veselības jomā, jo īpaši attiecībā uz garīgo veselību. Lai gan nesenajā EIGE ziņojumā par Pekinas rīcības platformu +30⁹¹ ir panākts progress seksuālās un reproduktīvās veselības un tiesību (SRHR) izcelšanā, garīgās veselības dzimumu dimensijas joprojām tiek ignorētas. Turklāt sociālās rezultātu tabulas ierobežotā dzimumu līdztiesības apsvērumu iekļaušana uzsver plašāku plaisu ES līmeņa uzraudzības sistēmās, aicinot izstrādāt stingrākus dzimumu līdztiesības rādītājus, lai fiksētu dažādas nevienlīdzības. Rezultātā ES trūkst nepieciešamā pierādījumu bāze, lai risinātu dzimumu nevienlīdzības sarežģīto ietekmi uz garīgās veselības rādītājiem.

Šīs atšķirības paplašinās, ja ņem vērā invalīdu tiesības. ES saistības saskaņā ar ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām un Stratēģiju personu ar invaliditāti tiesību jomā ir pastiprinājušas uzmanību invaliditātes iekļaušanai, tomēr psihosociāla invaliditāte bieži tiek aplūkota tikai no biomedicīniskā viedokļa, maz ņemot vērā dzimumu pieredzes savstarpējo saistību.⁹² Bez skaidri dzimumu līdztiesības pieejas ES riskē apdraudēt savus mērķus trīs prioritārās jomās — garīgā veselība, dzimumu līdztiesība un invalīdu tiesības —, nespējot risināt jautājumu par to, kā šie aspekti mijiedarbojas praksē.

⁹⁰ ANO Briseles komandas – Dzimumu līdztiesības darba grupas (2025) ieguldījums ES apspriešanās par nākamo dzimumu līdztiesības stratēģiju:

<https://unric.org/en/eu-consultation-on-the-next-gender-equality-strategy>

⁹¹ EIGE (2025) Pekinas rīcības platforma +30: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/beijing-platform-action-30-impact-driver-marking-milestones-and-opportunities-gender-equality-eu?language_content_entity=en

⁹² EDF (2025) EDF ieteikumi ES dzimumu līdztiesības stratēģijai 2026–2030:

<https://www.edf-feph.org/publications/recommendations-for-the-eu-gender-equality-strategy-2026-2030>

Šī integrācijas trūkums ir ne tikai tehniska nepilnība, bet arī tiesību un pārstāvības jautājums. Sievietes, tostarp LGBTI+ sievietes, un jo īpaši sievietes ar psihosociālām invaliditātēm, joprojām ir sistemātiski nepietiekami pārstāvētas ES politikas veidošanā, kaut arī tās ir starp tām, kuras visvairāk skar nevienlīdzība veselības aprūpē, medicīniskā misogīnija un pašreizējā vispārējā politiskā pretreakcija pret dzimumu līdztiesību.⁹³ Tādēļ, lai ES stratēģijas būtu gan efektīvas, gan iekļaujošas, ir būtiski savienot šo darba kārtību punktus.

ES dzimumu līdztiesības stratēģijas un citu līdztiesības pamatnostādņu atjaunošana sniedz izšķirošu iespēju pārvarēt šīs atšķirības. Nākotnes sistēmām ir jāpāriet no retoriskiem solījumiem par integrāciju uz konkrētu specifiku ieviešanu, kas atzīst sieviešu un meiteņu vajadzības visā to daudzveidībā. Tas ietver dzimumu perspektīvas iekļaušanu garīgās veselības politikā, datu vākšanas un uzraudzības instrumentu paplašināšanu un nodrošināšanu, ka invaliditātes tiesību sistēmas nozīmīgi risina psihosociālās dimensijas. Tikai likvidējot šos šķēršļus, ES var virzīt uz priekšu saskaņotāku, uz tiesībām balstītu programmu, kas pilnībā atbilst cilvēku dzīves realitātei.

Secinājums

Šis ir kritisks brīdis, lai veicinātu dzimumu līdztiesību garīgās veselības un ES sociālajā politikā. Pieaugoša politiskā pretestība pret dzimumu līdztiesību, apvienojumā ar pieaugošajām prasībām pēc holistiskas, uz tiesībām balstītas un uz atveseļošanas vērstas pieejas ES veselības politikā, uzsver steidzamo nepieciešamību pēc uz pierādījumiem balstītas aizstāvības. Šis ziņojums atbilst šai nepieciešamībai, sniedzot ES līmeņa izpētes analīzi, kas veltīta īpaši dzimumu un garīgās veselības savstarpējai saistībai.

Iekļaujot starpdisciplināru skatījumu, tostarp LGBTI+ sieviešu un sieviešu ar psihosociālām invaliditātēm realitāti, ziņojumā ir izcelta sistēmiski nepietiekami pārstāvētās grupas ES politikas veidošanā. Tajā ir sniegti praktiski, politikas jomā nozīmīgi ieteikumi, kas balstīti uz reālu pieredzi, cilvēktiesībām un sociālo taisnīgumu.

Garīgās veselības sistēmu pārveidošana, ievērojot dzimumu līdztiesību, prasa fundamentālas pārmaiņas garīgās veselības un garīgās veselības aprūpes izpratnē, organizācijā un sniegšanā. Tā pārsniedz biomedicīnisko modeli, kurā diskomforts tiek uzskatīts par individuālu "patoloģiju", un atzīst psihosociālās dimensijas un kolektīvo atbildību, lai risinātu strukturālos noteicošos faktorus, piemēram, dzimumu vardarbību, nevienlīdzīgas aprūpes lomas, ierobežojošas dzimumu "normas" un institucionālo diskrimināciju.

⁹³ Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteja (2018) Atzinums SOC/579: Sieviešu ar invaliditāti stāvoklis. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/situation-women-disabilities-exploratory-opinion-requested-european-parliament>

Dzimumu līdztiesībai atbilstoša un uz atveseļošanos vērsta pieeja prasa atzīt dažādas individuālās dzimumu pieredzes, tostarp LGBTQI+ personu, rasu diskriminācijas un migrantu, kā arī personu ar invaliditāti pieredzes, kuru garīgā veselība ir veidojusies, savstarpēji mijiedarbojoties apspiešanas, diskriminācijas un atstumtības sistēmām. Šīs pārveides centrā ir dzīves pieredzes un izdzīvojušo līderības nozīmes paaugstināšana. Sistēmām ir jāpāriet no hierarhiskām, ekspertu vadītām modelēm uz līdzdalības struktūrām, kurās cilvēki ar dzīves pieredzi kopīgi veido politiku un pakalpojumus, nodrošinot, ka aprūpe ir traumas un vardarbības informēta, cieņpilna un iekļaujoša.

Dzimumu līdztiesības principiem atbilstošas garīgās veselības sistēmas ne tikai ārstē simptomus: tās aktīvi likvidē apspiešanas struktūras, novērš kaitējumu un veicina vienlīdzību, autonomiju un labklājību visiem. Galu galā dzimumu līdztiesība garīgās veselības jomā ir neatņemama cilvēktiesību un ES vērtību sastāvdaļa. Nediskriminācijas, līdzdalības un atbildības principu ieviešana garīgās veselības politikā un praksē atbilst ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām, Stambulas konvencijai un plašākām ES saistībām vienlīdzības un cilvēktiesību jomā. Šis ziņojums iezīmē tālredzīgu ceļu Eiropas Komisijai un citām iestādēm, lai prognozētu tendences, pārvarētu barjeras starp dzimumu līdztiesību, garīgo veselību un invalīdu tiesībām, kā arī veicinātu transformatīvas, iekļaujošas, uz atveseļošanos vērstas un uz tiesībām balstītas garīgās veselības sistēmas visā Eiropā.

Politikas ieteikumi

ES rīcībā ir vairāki līdzekļi, lai panāktu nozīmīgu progresu garīgās veselības un dzimumu līdztiesības jomā. Veidojot tiesību aktus un politiku, veicinot uz pierādījumiem balstītas pieejas un paraugpraksi, finansējot pētniecību un inovācijas, koordinējot datu vākšanu un atbalstot dalībvalstis tiesību sistēmu stiprināšanā garīgās veselības jomā, ES var spēlēt izšķirošu lomu garīgās veselības rezultātu uzlabošanā.

Ieteikumi ES iestādēm:

1. **Atkārtoti apstiprināt apņemšanos nodrošināt līdztiesību, tostarp ar jaunu, ambiciozu Dzimumu līdztiesības stratēģiju**

Pieņemt jaunu, stingru dzimumu līdztiesības stratēģiju, kurā uzmanība pievērsta garīgajai veselībai. Atjaunot apņemšanos ievērot Stambulas konvenciju un nodrošināt iepriekšējās dzimumu līdztiesības stratēģijas pilnīgu īstenošanu. Nostiprināt citus līdztiesības mehānismus, piemēram, stratēģiju personām ar invaliditāti, nemazinot iepriekšējos mērķus un uzdevumus. Nodrošināt, ka šīs un citas līdztiesības stratēģijas ietver turpmāk minēto pieeju.

2. **Koncentrēties uz cilvēku ar dzīves pieredzi iesaistīšanu**

No politikas izstrādes līdz īstenošanai, uzraudzībai un novērtēšanai ir būtiska cilvēku ar dzīves pieredzi un to pārstāvju organizāciju nozīmīga iesaistīšanās.

3. **Iekļaut politikas izstrādē starpdisciplināru pieeju**

Lai būtu efektīva, garīgās veselības un cita politika jāņem vērā savstarpēji saistīti faktori, piemēram, dzimums, seksuālā orientācija, vecums, etniskā piederība, invaliditāte, migrācijas statuss un sociālekonomiskie apstākļi. Pieredze ar vardarbību un traumām, tostarp dzimumu vardarbību, jāatzīst politikā, sākot no mājokļu politikas līdz veselības aprūpei un tālāk.

4. **Prioritizēt profilaksi un kopienas aprūpi**

Atbalstīt dalībvalstis dzimumu līdztiesības deinstitucionalizācijas stratēģiju izstrādē un īstenošanā, nodrošinot, ka prioritāte tiek piešķirta kopienas atbalstam un tas ir viegli pieejams. Vākt un dalīties ar informāciju par esošo labāko praksi, uzsverot vienaudžu atbalstu un cilvēku ar dzīves pieredzi iesaistīšanu.

5. **Uzlabot datu vākšanu un uzraudzību par dzimumu un garīgo veselību**

Stiprināt saskaņotu, pēc dzimuma un invaliditātes sadalītu datu vākšanu par garīgās veselības rezultātiem, piekļuvi pakalpojumiem un saistītiem strukturālajiem noteicošajiem faktoriem, balstoties uz esošajiem instrumentiem, piemēram, sociālo rezultātu tabulu, statistiku par ienākumiem un dzīves apstākļiem (EU-SILC), Eiropas veselības apsekojumu (EHIS) un Eiropas pusgada valstu novērtējumiem. Ar stingriem privātuma un datu aizsardzības pasākumiem. Izmantot datus, lai informētu par politiku.

6. **Cīnīties pret stigmatu**

Ieguldīt ES mēroga sabiedrības informēšanas un izglītošanas iniciatīvās, lai mazinātu stigmatizāciju ar garīgo veselību, invaliditāti, seksuālo orientāciju, dzimumu un citām savstarpēji saistītām diskriminācijas formām. Kampanjas jāizstrādā sadarbībā ar cilvēkiem, kam ir personīga pieredze, un tās jāpielāgo tā, lai sasniegtu un palīdzētu cilvēkiem, kurus visvairāk skārusi atstumtība un nevienlīdzība, piemēram, psihosociālas invaliditātes, dzimumu vardarbības vai rasisma dēļ.

7. **Prioritizēt finansējumu garīgajai veselībai**

Nodrošināt, ka investīcijas garīgajā veselībā un sociālajā aprūpē tiek uzskatītas par prioritāti visā ES. Atzīt garīgo veselību par būtisku sociālo investīciju veidu un atbalstīt dalībvalstis, lai tās aizsargātu un palielinātu izdevumus par garīgās veselības pakalpojumiem, profilaksi un atbalstu kopienā. Ieguldījumi sociālajā aprūpē un garīgajā veselībā būtu jāpastiprina jaunajā daudzgadu finanšu shēmā (2028–2034), nodrošinot mērķtiecīgus un atbilstošus resursus, tostarp ESF+ uzturēšanu un līdzekļu piešķiršanu sociālajiem izdevumiem, tostarp garīgajai veselībai, kā arī saglabājot saikni ar Eiropas sociālo tiesību pīlāru.

8. **Pieņemt integrētu pieeju garīgajai veselībai visās politikas jomās**

Nodrošināt, ka garīgā veselība tiek ņemta vērā visās politikas jomās, tostarp gaidāmajās iniciatīvās par mājokļiem, nodarbinātību un gaidāmajā nabadzības apkarošanas stratēģijā, lai palīdzētu risināt strukturālās problēmas, kas ietekmē garīgo veselību, un nodrošināt, ka tās visas balstās uz dzimumu līdztiesību un starpdisciplināru pieeju.

9. **Izstrādāt visaptverošu ES garīgās veselības stratēģiju**

Izstrādāt un īstenot visaptverošu garīgās veselības stratēģiju, kas ir pilnībā finansēta, ar skaidru grafiku, mērķiem un pārskatīšanas mehānismiem, lai uzraudzītu progresu. Šai pieejai jābalstās uz starpdisciplināru pieeju un jāņem vērā dzimumu līdztiesību un tiesību pamatā balstītas garīgās veselības sistēmas, kā arī jāsauc dalībvalstis izstrādāt valsts rīcības plānus.

Ieteikumi dalībvalstīm:

1. **Samazināt atšķirības starp politiku un praksi**

Nodrošināt, ka saistības dzimumu līdztiesības, diskriminācijas novēršanas un uz tiesībām balstītas garīgās veselības jomā tiek pārvērstas reālā pieklūvē pakalpojumiem, uzsverot profilaksi un agrīnu atbalstu. Risināt reģionālās atšķirības, darbaspēka trūkumu un finansējuma nepietiekamību. Nodrošināt, ka garīgās veselības un vienaudžu atbalsta darbinieki ir apmācīti un saņem atbilstošu atbalstu.

2. **Prioritizēt, paplašināt un finansēt kopienu līmeņa un vienaudžu atbalsta iniciatīvas**

Tām jāpiešķir prioritāte profilaksei un atveseļošanai, balstoties uz valsts un starptautiskās labākās prakses piemēriem.

3. **Uzlabot piekļuvi informācijai par atbalsta pakalpojumiem**

Vākt, publicēt un regulāri atjaunināt pamatinformāciju par sabiedriskajiem atbalsta pakalpojumiem un trešā sektora organizācijām, izmantojot digitālās platformas un drukātos resursus. Nodrošināt, ka materiāli ir pieejami vairākās valodās un viegli lasāmā formātā vietējās sabiedriskajās iestādēs, valdības ēkās, veselības un sociālās aprūpes iestādēs, policijas iecirkņos, skolās un bibliotēkās.

4. Izstrādāt un īstenot plašu apmācību profesionāļiem

Izstrādāt apmācības par dzimumu līdztiesību, LGBTQ+ tiesībām, dzimumu vardarbību un invaliditātes tiesībām, kā arī par to, kā šie jautājumi savstarpēji saistīti un ietekmē garīgo veselību, palīdzības meklēšanu un piekļuvi pakalpojumiem. Šīs apmācības jāiekļauj obligātajā sākotnējā izglītībā un veselības aprūpes un sociālās aprūpes personāla, policijas un neatliekamās palīdzības dienestu, juridisko un tiesu nozares speciālistu un izglītotāju nepārtrauktajā profesionālajā attīstībā. Šīs apmācības jāapbruņo speciālisti, lai viņi spētu atpazīt un risināt stigmatu, neapzinātu aizspriedumu un kaitīgu stereotipu problēmas, kā arī veicinātu drošu, iekļaujošu un cienīpilnu vidi visiem.

5. Uzlabot **seksuālās un attiecību izglītības** saturu un pieejamību

Nodrošināt vispusīgu, vecumam atbilstošu, uz pierādījumiem balstītu un LGBTQ+ iekļaujošu seksuālās un attiecību izglītību skolās un tālākizglītības iestādēs. Programmās būtu jāpievērš liela uzmanība piekrišanai, veselīgām attiecībām un garīgajai labklājībai, kā arī jāapstrīd stingras dzimumu normas un kaitīgi stereotipi.

1. pielikums: Metodes

Metodika un ētiskā pieeja

Ziņojums balstās uz dokumentāru pētījumu, kas veikts no 2025. gada jūlija līdz oktobrim, izmantojot plašu avotu klāstu, tostarp ES politikas dokumentus, akadēmisko literatūru, pilsoniskās sabiedrības ziņojumus, pelēko literatūru un dzīves pieredzes tīklu ieguldījumu. Īpaša uzmanība tika pievērsta esošo datu un politikas seguma nepilnību identificēšanai, kur dzimums un garīgā veselība pārklājas. Avotu atlase tika veikta, ņemot vērā to atbilstību, perspektīvu daudzveidību un nepietiekami pārstāvēto viedokļu iekļaušanu, jo īpaši to, kas identificējas kā sievietes un invalīdu kopienu locekļi.

Visā procesā ziņojuma virzienu un struktūru pilnveidoja, pastāvīgi apspriežoties ar MHE sekretariātu, nodrošinot atbilstību pašreizējiem aizstāvības mērķiem un dzīves pieredzes prioritātēm. Lai gan šī pieeja neietver primāro datu vākšanu, tajā ir iekļautas kvalitatīvas atziņas no jau publicētiem un publiski pieejamiem liecībām, vienaudžu un izdzīvojušo publikācijām un līdzdalības pētījumu rezultātiem, lai ilustrētu sistēmiskas problēmas un informētu par politikas ieteikumiem.

Šis ziņojums izmanto līdzdalības un tiesību pieeju, kas balstīta uz dzimumu līdztiesības principiem, traumas un vardarbības izpēti un epistēmisko iekļaušanu. No paša sākuma autors sadarbībā ar MHE politikas komandu izstrādāja ziņojuma struktūru un satura izklāstu, lūdzot ieteikumus par to, kā prioritizēt dzīves pieredzes perspektīvas. Ja iespējams, ziņojumā izmantotas konsultācijas ar galveno organizāciju pārstāvjiem, publicētas liecības, gadījumu izpēti un publikācijas, ko izdevusi vienaudžu un izdzīvojušo vadītas tīkls (piemēram, garīgās veselības pakalpojumu lietotāju, LGBTI+ sieviešu un psihosociālo invaliditāšu kopienu aizstāvji), kas visas ir iekļautas ar cieņpilnu atsauci. Turklāt tika organizēts tiešsaistes koprades seminārs ar plašu dalībnieku loku, kas sniedza informāciju ieteikumu formulēšanai.

Zemāk ir iekļauta metodoloģiska pārdomā, lai atzītu autora pozīciju, izmantotos avotus un galvenokārt uz dokumentiem balstīta darba ierobežojumus. Būtiski, ka ziņojuma sākotnējie projekti tika izplatīti ne tikai MHE darbiniekiem, bet arī indivīdiem un tīkliem, kam ir reāla pieredze, lai apstiprinātu galvenās atziņas un nodrošinātu, ka valoda, formulējumi un ieteikumi atbilst tieši skarto personu viedoklim. Šīs pieejas mērķis ir godāt reālas un dzīves pieredzes ekspertīzi līdzās akadēmiskajām un klīniskajām zināšanām, nodrošinot, ka dzimumu līdztiesības un dzimumu neitrālas garīgās veselības politikas aizstāvība balstās gan uz strukturālo analīzi, gan reālās pasaules balsīm.

Refleksivitāte un metodoloģiskā refleksija

Šis ziņojums ir izstrādāts, galvenokārt izmantojot dokumentālo pētījumu metodiku, balstoties uz akadēmisko literatūru, ES politikas dokumentiem, pilsoniskās sabiedrības un pieredzes organizāciju ziņojumiem. Tādējādi tas atspoguļo gan sekundāro pētījumu stiprās puses, gan ierobežojumus. Autore atzīst savu pozīciju kā persona ar dzīves pieredzi garīgās veselības traucējumu, dzimumu vardarbības un garīgās veselības pakalpojumu izmantošanas jomā, kas visā analīzē veido kritisku un traumas un vardarbības apzinātu skatījumu. Lai gan ir pieliktas visas pūles, lai pastiprinātu to cilvēku balsis, kurus visvairāk ietekmē dzimumu nevienlīdzība garīgās veselības jomā, formāla primārā līdzdalības pētījuma trūkums ierobežo tiešas sadarbības ar kopienām dziļumu. Ziņojumā mēģināts mīkstināt šo situāciju, iekļaujot jau publicētas un publiski pieejamas liecības, vienaudžu vadītas publikācijas un atsauksmes no MHE iesaistītajiem dzīves pieredzes aizstāvjiem. Šis pārdomas ir izteiktas refleksivitātes, pārredzamības, pazemības un apņemšanās garā, lai turpmākajos pētījumos un aizstāvības darbā galvenā uzmanība tiktu pievērsta dzīves pieredzei.

2. pielikums: Terminu vārdnīca

Līdzdalība	Līdzdalība ir sadarbības pieeja, kurā ieinteresētās personas, tostarp cilvēki ar dzīves pieredzi, politikas veidotāji, pakalpojumu sniedzēji un kopienas, strādā kā vienlīdzīgi partneri, lai izstrādātu, īstenotu un novērtētu garīgās veselības politiku un pakalpojumus. Tā uzsvēr iekļautību, savstarpēju cieņu un kopīgu varu, nodrošinot, ka rezultātus veido dažādas perspektīvas, un prasa nepārtrauktu iesaistīšanos un pielāgošanās spēju. ^{94 95}
Epistēmiskā netaisnība	Sistemātiska noteiktu zināšanu sistēmu, jo īpaši marginalizētu grupu zināšanu sistēmu, devalvācija un apklusināšana. ⁹⁶ Klīniskā kontekstā tas izpaužas kā pacientu pieredzes un subjektīvo zināšanu noraidīšana, minimizēšana vai patoloģizēšana. ⁹⁷
Dzimumu vardarbība	GBV ir vardarbība, kas vērsta pret personu tās dzimuma dēļ, vai vardarbība, kas nesamērīgi ietekmē konkrēta dzimuma personas. Tas ietver jebkādu kaitējumu, kas vērsts pret individu vai grupu, pamatojoties uz to faktisko vai uztverto dzimuma identitāti. GBV var ietvert fizisku, seksuālu, psiholoģisku vai ekonomisku vardarbību, vardarbību ģimenē un vardarbību no intīma partnera, kā arī citas formas, kas izriet no strukturālās nevienlīdzības un sociāli veidotas varas attiecībām starp sievietēm un vīriešiem un tās pastiprina. Tas ietver arī draudus ar vardarbību, piespiešanu, piespiedu kontroli, vardarbību internetā un vardarbību, kas balstīta uz attēliem, kā arī brīvības ierobežojumus, neatkarīgi no tā, vai tie notiek privātajā vai sabiedriskajā dzīvē. ^{98 99 100}
Dzimumu līdztiesība	Pasaules veselības aprūpē definēta kā vispārējo tiesību īstenošana saistībā ar veselības vienlīdzību un dzimumu līdztiesību, vienlaikus risinot dzimumu diskriminācijas un atstumtības cēloņus. ¹⁰¹
Cilvēktiesību pieeja	Starptautiskajos cilvēktiesību tiesību aktos balstīta sistēma, kas virza juridiskas, politiskas un praktiskas darbības cilvēktiesību veicināšanai un aizsardzībai. Tā ļauj valsts un nevalstiskajiem dalībniekiem identificēt un risināt nevienlīdzības un diskriminācijas

⁹⁴ PVO (2025) Garīgās veselības pārveidošana, izmantojot dzīves pieredzi: Ceļvedis dzīves pieredzes praktiķu integrēšanai politikā, pakalpojumos un kopienā. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

⁹⁵ MHE (2022) Rīku kopums: Kopīga rādīšana garīgās veselības jomā. <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2023/05/MHE-Co-Creation-Toolkit-FINAL.pdf>

⁹⁶ Fricker, M. (2007) Epistēmiskā netaisnība: vara un zināšanu ētika. Oksfordas Universitātes izdevniecība. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁹⁷ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Epistēmiskās netaisnības komunikācijas un epistēmiskās netaisnības klīniskās saskarsmes kontekstā: kritisks pārskats. *Ētika, medicīna un sabiedrības veselība*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁹⁸ UNHCR. Dzimumu vardarbība: <https://www.unhcr.org/gender-based-violence.html>

⁹⁹ Eiropas Komisija. Kas ir dzimumu vardarbība? https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-based-violence/what-gender-based-violence_en

¹⁰⁰ Eiropas Padome, Kas ir dzimumu vardarbība?: <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>

¹⁰¹ Sarah Hawkes, Elhadj As Sye, Gary Barker, Frances Elaine Baum, Kent Buse, Angela Y Chang, et al. (2025) Dzimumu līdztiesības sasniegšana globālās veselības vienlīdzības nodrošināšanai: Lancet komisija par dzimumu līdztiesību un globālo veselību. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00488-X

	jautājumus, nodrošina visu ieinteresēto personu līdzdalību un paredz atbildības un tiesību aizsardzības mehānismus. ^{102 103}
Dzīves pieredze	Garīgās veselības jomā tas attiecas uz dažādām pieredzēm, kas ir bijušas vai ir cilvēkiem, kuri ir saskārušies vai saskaras ar garīgās veselības problēmām. Daži dod priekšroku terminam „dzīves pieredze”, jo termins „dzīvota” var liecināt, ka pieredze ir pagātnē, lai gan citi to tā neinterpretē. ¹⁰⁴ Tas ietver no šīs nenovērtējamās pieredzes gūtās atziņas, piemēram, kādas ir sajūtas, kas palīdz vai traucē, kas trūka, sniedzot unikālu ieguldījumu šajā jomā. ¹⁰⁵
Medicīniskā misogīnija	To var definēt kā izplatītu sieviešu sāpju, ciešanu un ķermenisko pieredžu noraidīšanu, minimizēšanu vai patoloģizēšanu. ^{106 107}
Psihosociālais garīgās veselības modelis	Tā vietā, lai diskomfortu uzskatītu par individuālu „deficītu” vai bioloģisku disfunkciju, šis modelis atzīst, ka būtiska nozīme ir sabiedrības barjerām un sistēmiskajai netaisnībai. Šis modelis uzskata garīgo veselību par daļu no pilnīgas cilvēka pieredzes, nevis tikai par slimības vai sliktas veselības neesamību. Tas uzsver sociālo un vides faktoru, piemēram, nabadzības, nevienlīdzības, izglītības, mājokļa, vardarbības un traumas, nozīmi un to savstarpējo mijiedarbību garīgās veselības rezultātu veidošanā. ^{108 109}
Atveseļošanās pieeja	Šajā gadījumā garīgā veselība nav vienkārši „simptomu mazināšana”, bet gan autonomijas, rīcībspējas un jēgpilnas dzīves atgūšana sabiedrībā. Atveseļošanās ir pašdefinēta un dažādiem cilvēkiem nozīmē dažādas lietas ^{110 111 112} , bet vienmēr ietver izvēli, cieņu un kontroli pār savu ceļu. Uz atveseļošanās vērsta garīgās veselības aprūpe pārsniedz simptomu pārvaldību, lai atbalstītu indivīdu vispārējos dzīves mērķus, koncentrējoties uz viņu līdzdalību, izvēli un stiprajām pusēm. ¹¹³

¹⁰² ANO Ilgtspējīgas attīstības grupa (2023) Cilvēktiesību pieeja: <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rightsbased-approach>

¹⁰³ PVO (2023) Garīgā veselība, cilvēktiesības un likumdošana: vadlīnijas un prakse. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23e2eb5c-a043-4d6e-b38b-fed350da6fe7/content>

¹⁰⁴ MHE (2024) Valodas spēks: vārdu un terminu glosārijs: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf)

¹⁰⁵ WHO (2025) Garīgās veselības pārveidošana, izmantojot dzīves pieredzi: Ceļvedis dzīves pieredzes praktisku integrēšanai politikā, pakalpojumos un kopienā. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

¹⁰⁶ Kate Womersley (2025) Medicīniskās sieviešu naidīguma hronika. *The Lancet*. 406. sējums, 10509. numurs, 1210–1211.

¹⁰⁷ Apvienotās Karalistes parlaments (2024) „Medicīniskā sieviešu naidīgums” rada sievietēm nevajadzīgas sāpes un gadiem ilgi nekonstatētas diagnozes.

<https://committees.parliament.uk/committee/328/women-and-equalities-committee/news/204316/medical-misogyny-is-leaving-women-in-unnecessary-pain-and-undiagnosed-for-years>

¹⁰⁸ Mental Health Europe (2023) Izpratnes veicināšana par psihosociālo garīgās veselības modeli: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

¹⁰⁹ Karilē Levickaitē un Ugnē Grigaitē (2020) Garīgā veselība, psihosociālā invaliditāte un tiesības dzīvot sabiedrībā: deinstitucionalizācija un pārmaiņu atbalstīšana: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

¹¹⁰ Boevink, W. (2017) Koka stādīšana: par atveseļošanās, pilnvarošanu un pieredzes gūšanu. Trimbos institūts, Reintegrācijas nodaļa, Utrehta, Nīderlande: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1551-planting-a-tree.pdf>

¹¹¹ Estefania Guerrero, Maite Barrios, Hernán María Sampietro, Alba Aza, Georgina Guiler, Juana Gómez-Benito (2025) Atveseļošanās garīgās veselības jomā: starptautisks Delphi pētījums no atveseļošanās orientētas profesionālās perspektīvas. *Sociālās zinātnes un medicīna*, 381. sējums. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118302>

¹¹² MHE (2019) Īss ceļvedis par personīgo atveseļošanās garīgās veselības jomā: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/12/Short-Guide-to-Recovery.pdf>

¹¹³ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Atveseļošanās garīgās veselības pakalpojumu jomā: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

Vispārīgās vadlīnijas par šajā ziņojumā izmantoto terminoloģiju ir ņemtas no MHE vārdnīcas¹¹⁴ un NVO Mental Health Perspectives publikācijas “Words are Important”¹¹⁵.

¹¹⁴ MHE (2024) Valodas spēks: vārdu un terminu glosārijs: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](#)

¹¹⁵ NVO Mental Health Perspectives (2021) Vārdi ir svarīgi: kā ētiski runāt un rakstīt par garīgo veselību: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2024/01/Zodziaisvarbus_2021.pdf

Izmantojot šos materiālus, jānorāda to avots. Nevienu no šiem materiāliem nedrīkst mainīt vai pielāgot bez Mental Health Europe rakstiskas atļaujas.

© Mental Health Europe (2025. gada decembris)

Tomēr izteiktie viedokļi un uzskati ir tikai autora(-u) viedokļi un ne vienmēr atspoguļo Eiropas Savienības vai Eiropas Komisijas CERV programmas viedokli. Ne Eiropas Savienība, ne piešķirēja iestāde nevar būt atbildīga par tiem.