



*Rinkis  
Gyvenimą*



Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Psichologijos institutas  
Suicidologijos tyrimų centras

## Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo tyrimas savivaldybėse

(2019-2021)

ATASKAITA

Tyrimo vadovas: doc. dr. Paulius Skruibis

Tyrėjai: dr. Jurgita Rimkevičienė

dr. Said Dadašev

dokt. Dovilė Grigienė

dokt. Miglė Marcinkevičiūtė

dokt. Austėja Agnietė Čepulienė

Vilnius

2021

Tyrimas įgyvendintas Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centre. Tyrimas finansuojamas Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo lėšomis (Nr.: S-172/(1.78)SU-1732).

Nuoširdžiai dėkojame Vilniaus universiteto klinikinės psichologijos magistrantūros studentėms, Suicidologijos tyrimų centro praktikantėms Gretai Uržaitei ir Ignei Umbrasaitei už reikšmingą pagalbą atliekant specialistų tyrimo duomenų analizę ir aptarimą

# Turinys

<b>Santrauka .....</b>	<b>7</b>
<b>Naudotų santrumpų sąrašas .....</b>	<b>10</b>
<b>Jvadas .....</b>	<b>11</b>
Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo vertinimo problematika .....	11
Pasirengimo reaguoti į savižudybės krizę reglamentavimas Lietuvoje .....	13
COVID-19 pandemijos įtaka savižudybėms ir savižudybių prevencijos sistemai .....	17
Šio tyrimo tikslas ir ataskaitos turinio apžvalga .....	18
<b>1. Objektivių rodiklių analizė .....</b>	<b>21</b>
<b>Metodas .....</b>	<b>21</b>
1.1 Savižudybių rodiklių kaita .....	21
1.2 Psichosocialinių paslaugų sveikatos priežiūros sistemoje prieinamumas .....	21
1.3 Nusizudžiusių asmenų kontaktai su sveikatos priežiūros sistema .....	22
1.4 Su savižudybe susijusių būklių analizė .....	22
<b>1.1 Savižudybių rodiklių kaita .....</b>	<b>23</b>
<b>1.2 Psichiatrinių ir psichologinių paslaugų sveikatos priežiūros sistemoje prieinamumas .....</b>	<b>30</b>
<b>1.3 Nusizudžiusių asmenų kontaktai su sveikatos priežiūros sistema .....</b>	<b>33</b>
<b>1.4 Pagalba teikiama esant su savižudybe susijusiems sunkumams .....</b>	<b>37</b>
<b>Apibendrinimas ir išvados .....</b>	<b>46</b>
<b>2. Specialistų pasirengimas reaguoti į savižudybės riziką ir pagalbos sistemos vertinimas .....</b>	<b>49</b>
<b>Metodika .....</b>	<b>49</b>
Tyrimo naudoti instrumentai .....	49
Tyrimo eiga .....	53
Tyrimo dalyviai .....	54
Duomenų analizės metodai .....	54
<b>Rezultatai .....</b>	<b>55</b>
Vartininkų pasirengimas reaguoti, nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu, perdegimas darbe ir psichologinė gerovė .....	55
Specialistų nuomonė apie jų pasirengimą teikti pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims .....	64

Pagalbos savižudybės rizikoje esantiems asmenims vertinimas.....	71
<b>Apibendrinimas ir išvados .....</b>	<b>76</b>
<b>3. Specialistų, dalyvaujančių savižudybių prevencijos sistemoje, poreikiai ir sunkumai: kokybinės tyrimo dalies rezultatai .....</b>	<b>82</b>
<b>Metodika .....</b>	<b>82</b>
Tyrimo dalyviai.....	82
Tyrimo metodai .....	82
Tyrimo eiga .....	83
Duomenų analizė.....	83
<b>Tyrimo rezultatai.....</b>	<b>85</b>
I Kategorijų grupė. Specialistų patirtys dirbant su suicidiškais asmenimis .....	85
II Kategorijų grupė. Sistemos organizavimas .....	95
III Kategorijų grupė. Specialistų veiklos dirbant su suicidiškais asmenimis .....	99
IV Kategorijų grupė. Savižudybių prevencijos sistemos dalyviai.....	104
V Kategorijų grupė. Covid-19 pandemija ir psichikos sveikatos priežiūros sistema .....	114
<b>Apibendrinimas ir išvados .....</b>	<b>124</b>
<b>4. Atskirų regionų apžvalga.....</b>	<b>126</b>
<b>Ignalinos rajonas .....</b>	<b>126</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	126
Savižudybių regione rodikliai .....	126
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	127
Papildomos rekomendacijos regionui .....	129
<b>Joniškio rajonas.....</b>	<b>130</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	130
Savižudybių regione rodikliai .....	131
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	131
Papildomos rekomendacijos regionui .....	134
<b>Jurbarko rajonas .....</b>	<b>135</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	135
Savižudybių regione rodikliai .....	135
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	136
Papildomos rekomendacijos regionui .....	138
<b>Kalvarijos savivaldybė .....</b>	<b>139</b>

Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	139
Savižudybių regione rodikliai .....	139
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	140
Papildomos rekomendacijos regionui .....	143
<b>Lazdijų rajonas .....</b>	<b>144</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	144
Savižudybių regione rodikliai .....	144
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	145
Papildomos rekomendacijos regionui .....	147
<b>Molėtų rajonas.....</b>	<b>147</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	147
Savižudybių regione rodikliai .....	148
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	148
Papildomos rekomendacijos regionui .....	150
<b>Pagėgių savivaldybė .....</b>	<b>151</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	151
Savižudybių regione rodikliai .....	151
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	151
Papildomos rekomendacijos regionui .....	154
<b>Pakruojo savivaldybė .....</b>	<b>154</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	154
Savižudybių regione rodikliai .....	154
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	156
Papildomos rekomendacijos regionui .....	159
<b>Rokiškio rajonas .....</b>	<b>160</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	160
Savižudybių regione rodikliai .....	160
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	161
Papildomos rekomendacijos regionui .....	164
<b>Zarasų rajonas.....</b>	<b>165</b>
Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai .....	165
Savižudybių regione rodikliai .....	166
Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę.....	167
Papildomos rekomendacijos regionui .....	169
<b><i>Bendros tyrimo išvados ir rekomendacijos .....</i></b>	<b><i>171</i></b>

<b>Literatūra.....</b>	<b>176</b>
<b>Priedai .....</b>	<b>182</b>

## Santrauka

Šioje ataskaitoje pateikiami tyrimo, kuriame analizuota savižudybių prevencijos sistema 10 Lietuvos regionų, kurie 2017m. pasižymėjo didžiausiais savižudybių rodikliais. Kadangi anksčiau atliktas savižudybių prevencijos veiklų Valstybės auditas savo ataskaitoje (2017) daugiausiai problemų pabrėžė esant pagalbos teikimo grandyje, šis tyrimas fokusavosi būtent į šią savižudybių prevencijos sistemos dalį. Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti pasirengimą reaguoti į savižudybės krizę dešimtyje Lietuvos savivaldybių, pasižyminčių aukščiausiais savižudybių rodikliais, ir pateikti praktines rekomendacijas egzistuojančios sistemos tobulinimui.

Vykdamas projektą atlikta keturių lygių analizė:

1. Dokumentų analizė: reglamentuotos tvarkos, įgalinančios sistemos dalyviams reaguoti
2. Objektivių savižudybių ir pagalbos teikimo rodiklių analizė
3. Specialistų - “vartininkų” (angl. gatekeepers) pasirengimo reaguoti į savižudybės krizę analizė (specialistų apklausa).
4. Specialistų poreikių ir kylančių sunkumų analizė (interviu su pagalbą teikiančiais specialistais ir pagalbos sistemos koordinatoriais).

Kadangi tyrimas sutapo su COVID-19 pandemijos laikotarpiu Lietuvoje, greta mėginta atsakyti į klausimą apie pandemijos ir jai suvaldyti skirtą karantino galimą įtaką savižudybėms ir savižudybių prevencijos sistemai.

### **Tyrimo metodai**

Į dokumentų analizę įtraukti tiek bendri, pagalbos sistemą visoje Lietuvoje reglamentuojantys dokumentai, jie aptarti įvairiuose dokumentuose, tiek dokumentai, reglamentuojantys savižudybių prevenciją kiekviename rajone atskirai; jie pristatomi 4 skyriuose prie kiekvieno rajono duomenų.

Objektyvių rodiklių analizė apėmė savižudybių dažnio kaitos ir profilio savivaldybėse analizę, psichologinės ir psichiatrinės pagalbos teikimo mastų savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose (pagalbos prieinamumas) analizę bei pagalbos, suteiktos savižudybės krizėje buvusiems asmenims (nusižudžiusiems asmenims bei esant su savižudybe susijusioms būklėms) sveikatos priežiūros sistemoje, analizę. Naudoti Higienos instituto Mirties atvejų ir

jų priežasčių valstybės registro duomenys, Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenys bei Valstybinės ligonių kasos turimi duomenys.

Specialistų apklausoje dalyvavo 141 savižudybių prevencijos sistemoje dalyvaujančių specialistų, savo darbe galimai susiduriančių su savižudybės rizikoje esančiais žmonėmis. Apklausoje naudota anketa, kurioje vertintos specialistų nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu bei elgesys susidūrus su žmogumi, esančiu savižudybės rizikoje. Taip pat vertinta jų savijauta, perdegimo rodikliai, įtraukti ir atviri klausimai apie savižudybių prevencijos sistemą.

Analizuojant specialistų poreikius ir kylančių sunkumus pusiau struktūruoto interviu pagalba apklausta 30 specialistų, dirbančių savižudybių prevencijos sistemoje (10 specialistų dirbantys sistemos koordinavimo srityje, likusieji 20 dirbantys tiesiogiai su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis). Duomenys analizuoti remiantis hibridine temine analize (Boyatzis, 1998). Analizė fokusavosi į tris klausimus: 1) kokie yra savižudybių prevencijos sistemos resursai ir trūkumai; (2) kokie yra specialistų išgyvenimai, poreikiai, kylantys sunkumai ir jų įveika; bei (3) kokį pandemijos poveikį pastebėjo specialistai ir kaip mėgino prie jo prisitaikyti.

### **Tyrimo rezultatai, išvados ir rekomendacijos**

Kiekvieno analizės lygio (objektyvių rodiklių, apklausos, interviu) rezultatai pristatomi atskiruose skyriuose (skyriai 1-3), o svarbiausi radiniai kiekviename atskirame rajone apibendrinti 4 skyriuje. Pastarajame taip pat sudėtos specifinės rekomendacijos kiekvienam rajonui, į kurias svarbu atsižvelgti šalia bendrųjų išvadų.

Bendri tyrimo rezultatai leidžia daryti šias išvadas:

1. Vertinant savižudybių prevencijos sistemą duomenų tikslumas išlieka opi problema. Tai liečia tiek savižudybių, tiek tyčinės savižalos bei kitų su savižudybe susijusių būklių, tiek psichologinės pagalbos teikimo mastų fiksavimą.

2. Tirtose savivaldybėse, o taip pat greičiausiai ir visoje Lietuvoje, pagalbos sistema nusižudyti ketinantiems žmonėms tiek menkai išvystyta, kad nesudaro realios atsvaros suicidogeniniams veiksniams. Tiek pagal objektyvius rodiklius, tiek pagal specialistų pasisakymus PSC vaidmuo pagalbos teikimo sistemoje vis dar labai mažas, specialistai akcentuoja ambulatorinės pagalbos stoką ir ypač specializuotos pagalbos trūkumą asmenims, turintiems ilgalaikių su savižudybe susijusių sunkumų.



3. Regioninių algoritmų parengimas ir patvirtinimas prisideda prie savižudybių prevencijos, nes palengvina tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir suteikia specialistams aiškumo, kaip teikti pagalbą.

4. Pagrindinė pagalba savižudybės grėsmę patiriančiam žmogui vyksta per santykį su pagalbą teikiančiu žmogumi. Tad teikiantiems pagalbą asmenims daugiausiai reikia žinių, kaip kurti santykį su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis, gebėjimų tą daryti ir, svarbiausia, sąlygų tokį santykį kurti.

5. „Vartininkų“ grupė nėra homogeniška ir planuojant savižudybių prevencijos veiklas būtina atsižvelgti į skirtingų „vartininkų“ grupių poreikius ir išnaudoti jų stipriąsias puses.

6. Nerasta tiesioginių sąsajų tarp COVID-19 sergamumo regionuose ir savižudybių, o pandemijos ir karantino poveikis vertintas nevienareikšmiai.

## Naudotų santrumpų sąrašas

- CBI Kopenhagos perdegimo klausimynas (angl. *Copenhagen Burnout Inventory*)
- ES Europos sąjunga
- PSC Psichikos sveikatos centras
- PSDF Privalomojo sveikatos draudimo fondas
- PSO Pasaulio sveikatos organizacija
- SVEIDRA Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema
- TLK-10 AM Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija
- VES Vartininkų elgesio skalė

## **Ivadas**

### **Savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumo vertinimo problematika**

Pasaulio sveikatos organizacija (2014) akcentuoja, kad efektyviai savižudybių prevencijai reikalinga koordinuota, išsami ir daugelį sektorių apimanti strategija. Tačiau lygiagrečiai tokios strategijos įgyvendinimo būtinas nuolatinis prevencinių priemonių efektyvumo ir veiksmingumo vertinimas, nes ne visada pasirinktos priemonės užtikrina norimą savižudybių skaičiaus sumažėjimą. Pavyzdžiui Norvegijoje vyriausybei nuosekliai investuojant į savižudybių prevencijos sistemą savižudybių rodikliai nesikeičia jau 25-erius metus (Espeland et al., 2020). Tuo tarpu, Slovėnijoje įvykstančių savižudybių per pastaruosius du dešimtmečius sumažėjo 30%, nors nacionalinis savižudybių prevencijos planas patvirtintas tik 2018 metais (Roškar & Vinke, 2020). Lietuvoje savižudybių skaičiaus mažėjimas stebimas nuo 2013m., bet savižudybių rodiklis vis tiek išlieka aukščiausias Europoje (Eurostat, 2021) ir savižudybių mažėjimas nėra tolygus, t.y. dalyje regionų šis mažėjimas ženkliai lėtesnis nei kituose (Higienos institutas, 2021 (1)). Tai rodo, kad savižudybių prevencijos sistema juose veikia nepakankamai efektyviai, ir tampa svarbu suprasti to priežastis.

Windfuhr (2009) teigimu, vertinant savižudybių prevencijos veiksmingumą būtinas tiek paskirų priemonių, tiek visos sistemos suderinamumo vertinimas, atsižvelgiant į tai, kiek pasiekti rezultatai atitinka išsikeltus tikslus ir ar pinigai investuojami į sistemą nukreipti į geriausią galimą rezultatą. Pirmiausia visuomet siūloma pasitelkti būtent tas priemones, kurios daugiausiai patvirtinamos kaip veiksmingos (PSO, 2014). Išskiriamos keturios tokių priemonių grupės - įvairių visuomenės grupių ir specialistų mokymai; asmenų, kurie patiria didesnę savižudybės riziką, atranka; gydymas ir pagalbos teikimas; bei prieigos prie savižudybės priemonių apribojimas (Mann et al., 2021). Nors, metaanalizių duomenimis, būtent prieigos prie mirtinų savižudybės priemonių mažinimas yra viena efektyviausių priemonių (Mann et al., 2005, Zalsman et al., 2016), Lietuvoje ji yra nepritaikoma. Didžiausią savižudybių dalį, apie 85% (Higienos institutas, 2021 (1)), sudaro savižudybės pasikariant. Nėra būdo sumažinti prieigos prie šio metodo. Tad pritaikomos tik pirmų trijų aukščiau minėtų grupių priemonės. Problema ta, kad šių grupių priemonės - mokymai, rizikoje esančių asmenų atpažinimas ir atranka, pagalbos teikimas - yra labai plačios ir gali būti labai skirtingai taikomos, jų efektyvumas vertintas tik atskirose grupėse (Zalsman et al., 2016). Be to,

derinant priemones nuoseklioje sistemoje ir atvirame sociokultūriniame ir ekonominiame kontekste šių priemonių efektyvumas gali svyruoti (Baker et al., 2018; Krysinška et al., 2016). Larsen ir kolegų (2020) tyrime pabrėžiama, jog itin svarbu taikant prevencines, intervencines ir postvencines priemones gerai išmanyti savižudybės krizėje esančio žmogaus elgesį, kontekstą, kuriame planuojama priemonės taikyti, ir pagalbos teikėjų veikimo galimybes bei ribotumus. Jų teigimu, taip pat itin svarbu sekti prevencijos efektyvumą atsižvelgiant į realistiškumą bei skaidymo į grupes principus, t.y. atsižvelgti į ilgalaikę perspektyvą, ne tik trumpalaikius efektus, nes kai kurių priemonių efektyvumas išryškėja tik vėliau, bei sekti prevencijos efektyvumą atskiroms grupėms, nes jos gali būti veikiamos skirtingai. Tad analizuojant sistemos veiksmingumą svarbu ne tik tai, ar efektyvios priemonės buvo parinktos, bet ir tai, kiek jos buvo pritaikytos esamam sociokultūriniam ir ekonominiam kontekstui bei tai, kiek darniai jos veikia su kitomis priemonėmis.

Vienintelis platesnio masto ir išsamesnis savižudybių prevencijos sistemos vertinimas darytas Lietuvoje yra 2017 m. Valstybės kontrolės atliktas auditas, kurio tikslas buvo įvertinti, ar savižudybių prevencija ir postvencija įgyvendinama efektyviai, ir atsakyti į klausimus: ar savižudybių prevencijos priemonės yra tinkamai suplanuotos ir vykdomos; ar pagalba su savižudybės rizika susijusiems asmenims teikiama efektyviai. Buvo audituotas 2012-2015 m. laikotarpis, taipogi, paimta duomenų ir iš 2016 m. Valstybės audito ataskaitoje (2017) buvo išsakyta pastabų dėl savižudybių prevencijos priemonių planavimo ir vykdymo, tačiau pagrindinė kritika buvo susijusi su pagalba savižudybės riziką patiriantiems asmenims, jos prieinamumu ir kokybe. Tai svarbu, nes bendrai savižudybių prevencijos sistema yra itin plati, apimanti tiek pirminės prevencijos veiksmus, veikiančius bendrą psichikos sveikatą, paslaugų prieinamumą, visuomenės nuostatas, tiek intervenciją, t.y. pagalbą jau esantiems savižudybės rizikoje, tiek postvenciją, arba pagalbą paliestiems asmenims įvykus savižudybei (PSO, 2014). Tačiau pagalbos teikimo (reagavimo) komponentas yra itin svarbus, nes tiesiogiai veikia, kas įvyks su savižudybės krizę išgyvenančiu asmeniu, t.y. ar jam ar jai bus laiku suteikta pagalba, taip užkertant kelią savižudybei. Yra sutariama, kad pagalbos tęstinumas, prieinamumas ir kokybė yra kertiniai siekiant, kad pagalbos teikimas būtų veiksmingas (National Action Alliance, 2011). Todėl planuojant tyrimą ir buvo susitelta būtent į pagalbos sistemos veiksmingumą ir jos pasirengimą reaguoti į savižudybės krizę būtent per šiuos tris aspektus: pagalbos tęstinumą, prieinamumą ir kokybę.

## **Pasirengimo reaguoti į savižudybės krizę reglamentavimas Lietuvoje**

Nepaisant vyraujančio didelio savižudybių skaičiaus rodiklio, nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos bei reagavimo į savižudybės krizę sistemos (valstybiniu ar savivaldybių lygmeniu) ilgą laiką Lietuvoje nebuvo. Savižudybių prevencija buvo įtraukiama į Psichikos sveikatos (Lietuvos Respublikos Seimas, 2007) ir Lietuvos sveikatos strategijas (Lietuvos Respublikos Seimas, 2016), kaip vienas iš jų tikslų buvo keliamas savižudybių rodiklio sumažėjimas. Tačiau jų tikslų įgyvendinimas strigo, nes nebuvo nuoseklaus priemonių planavimo, finansavimo ir strategijų įgyvendinimo kontrolės. Valstybės audito ataskaitoje “Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims susijusiems su savižudybės rizika” (2017) išsakomos trys pagrindinės problemos dėl savižudybių prevencijos priemonių planavimo ir vykdymo: nacionalinės priemonės planuojamos, neidentifikavus savižudybių priežasčių, savižudybių prevencijos veikslių planų priemonės suplanuotos netinkamai ir šalies mastu nekoordinuojamas savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas. Taip pat identifikuota net 10 problemų susijusių su paslaugų prieinamumu ir kokybe:

1. Neidentifikuojami asmenys, kuriems reikalinga pagalba
2. Trūksta mokymų vartininkams
3. Nekaupiami ir nesikeičiami informacija apie bandžiusius žudyti asmenis
4. Nėra vertinama asmenų rizika pakartotinai žudyti ir pagalbos poreikis
5. Šalies mastu nėra patvirtinto pagalbos teikimo algoritmo (schemos)
6. Nepakankamas paslaugų prieinamumas pirminiame lygmenyje
7. Psichikos sveikatos centruose skiriasi teikiamų paslaugų prieinamumas
8. Daugiau nei pusė bendrojo ugdymo mokyklų neturi psichologo
9. Ne visiems darbuotojams, susiduriantiems su padidinta savižudybės rizika, prieinama psichologo pagalba
10. Nepakankamai reglamentuota psichologo ir psichoterapeuto veikla

Esant šioms sisteminiams trūkumams, nėra keista, kad audituojamu laikotarpiu (2012-2016m.) mirtingumas dėl savižudybių sumažėjo tik apie 1,6 proc. (Valstybinio audito ataskaita, 2017). Valstybės kontrolės internetiniame puslapyje 2018 m. dokumente (Valstybės kontrolė, 2018) pateikiama, kad iš dešimties paminėtų rekomendacijų tuo metu (2018 m. rugpjūtį) buvo įgyvendinta tik viena: inicijuoti teisės aktų pakeitimai dėl psichikos sveikatos specialistų darbo krūvio nustatymo psichikos sveikatos centruose. Dar keturios

rekomendacijos buvo įgyvendintos iš dalies, pradėtos įgyvendinti. Tuo metu dar nebuvo pasibaigęs terminas, iki kada pateiktos audito ataskaitoje rekomendacijos turėjo būti įgyvendintos.

Dėl vieningos, aiškios sistemos, kaip turi būti teikiama pagalba savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims, nebuvimo specialistų iniciatyva buvo pradėti kurti lokalūs, savivaldybių lygmenyje veikiančys reagavimo į savižudybių riziką algoritmai. Kupiškio savivaldybė buvo pirmoji, kuri 2014 metais sukūrė tokią pagalbos žingsnių savižudybės rizikoje esantiems asmenims seką, padedančią užtikrinti pagalbos tęstinumą, taip pat stiprino pagalbos teikimą. Šalia to buvo apmokytas platus spektras "vartininkų" - specialistų, galinčių susidurti su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis, siekiant, kad jie gebėtų juos atpažinti ir nukreipti reikiamai pagalbai. Šis modelis buvo itin efektyvus, stebimas ryškus savižudybių rodiklio mažėjimas rajone. Po Kupiškio savivaldybės inicijuotos savižudybių prevencijos sistemos, vietiniai reagavimo į savižudybių riziką modeliai ir juos kuruojančios specialistų grupės ėmė kurtis ir kitose savivaldybėse - tiek didžiuosiuose miestuose, pvz. Vilniuje (2015 m.), Kaune (2017 m.), tiek kituose regionuose - pvz. Kelmėje (2016), Kaišiadoryse (2016). 2017 m. Lietuvos Rotary klubų valdytojo dr. Vyginto Grinio iniciatyva buvo suburti Lietuvos ir kitų šalių Rotary klubai. 2018 – 2020 m. sutarta inicijuoti ar tobulinti reagavimo į savižudybių riziką algoritmus dar dešimtyje savivaldybių: Akmenės raj., Anykščių raj., Druskininkų, Kupiškio raj., Marijampolės, Panevėžio raj., Pavalio raj., Šilutės raj., Tauragės raj., Ukmergės raj. ir Vilkaviškio rajono. Didžiausiais savižudybių rodikliais pasižyminčiose savivaldybėse 2017-2018m. Visuomenės sveikatos stiprinimo fondo lėšomis buvo finansuojamas VU Suicidologijos tyrimų centro projektas, kurio metu, šalia mokymų specialistams, dalyje savivaldybių (Molėtų, Kalvarijos, Pakruojo, Joniškio, Ignalinos) vyko ir konsultacijos savižudybių prevencijos sistemos koordinatoriams bei specialistams, kaip stiprinti savižudybių prevencijos sistemą rajone.

Vistik tokios lokaliai savižudybių prevencijos iniciatyvos susidūrė su sunkumais, nes daliai pokyčių reikėjo visą sistemą, net tik savivaldybės lygmenį, apimančio reglamentavimo. Pirmieji tokie visą sistemą apimantys reglamentavimo pokyčiai buvo 2016 pradžioje pasirašyti susitarimai tarp Vilniaus regiono įstaigų ir Vilniaus teritorinės ligonių kasos dėl greito informacijos perdavimo į pirminę asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kai asmuo kreipiasi į priėmimo skyrių dėl mėginimo nusižudyti. 2017 m. šie susitarimai buvo pasirašyti ir kitose apskrityse.

Po Valstybės audito ataskaitos (2017) tais pačiais metais Sveikatos apsaugos ministerija inicijavo “Ankstyvos galimų savižudybių atpažinimo ir kompleksinės pagalbos suteikimo sistemos sukūrimą”, buvo sukurta darbo grupė. Kaip jos rezultatai atsirado du teisės aktai:

1. 2018 m. lapkričio 1 d. įsigaliojo 2018 m. liepos 26 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-856 „Dėl Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“; Šis teisės aktas įtvirtino naują specializuotą paslaugą savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims. Jos atlikimas ambulatorinio gydymo metu skubią pagalbą teikiančiose įstaigose turėjo tapti papildomai apmokamas iš PSDF lėšų, įtvirtintas paslaugos įkainis. Tačiau VPSC ataskaita (Strička, Meišimė, Misevičius, 2021) rodo, kad, net ir praėjus 2 metams po teisės akto įsigaliojimo, šios paslaugos suteikimo mastas buvo itin mažas: ją gauna tik nedidelė dalis mėginusiųjų nusižudyti asmenų bei dar mažesnė dalis turinčių minčių apie savižudybę žmonių. Taip atsitiko dėl to, kad finansavimo tvarka neleido įstaigoms gauti apmokėjimo už atliktą psichosocialinį vertinimą, jei asmeniui jau buvo suteiktos kitos skubios medicinos paslaugos (pvz. gydymas dėl traumos, stebėjimo paslauga). Be to, sistemoje ženkliai trūksta specialistų, galinčių atlikti psichosocialinį vertinimą skubios pagalbos skyriuose. Tad paslaugų teikimas savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims iš esmės nepasikeitė.
2. 2019 m. vasario 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymas Nr. V-859 „Dėl Pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Įsakyme apibrėžti veiksmai, kuriuos privalo atlikti specialistai, įskaitant psichologus (medicinos psichologus, mokyklų psichologus ir bendrai psichologus), nustatę asmens savižudybės grėsmę. Ši nacionaliniu lygmeniu apibrėžta pagalbos organizavimo tvarka turėjo įsigalioti 2018 m. lapkričio 1 d., tačiau jos įsigaliojimas 2018 m. spalio 31 d. buvo nukeltas. Vienos iš pagrindinių problemų buvo tos, kad specialistų pareigos nebuvo pakankamai aiškiai apibrėžtos, nebuvo numatyta lėšų papildomų paslaugų diegimui, šios tvarkos įgyvendinimas paliktas atlikti pačių įstaigų nuožiūra, nebuvo sukurta įgyvendinimo stebėseną. Tad tvarka veikė nenuosekliai, dalies jos įstaigos nepajėgė įgyvendinti dėl resursų ir/ar žinių bei kompetencijų trūkumo.

Kiekvienoje savivaldybėje teikiant pagalbą iki pat šiol vadovaujamosi būtent šiais dviem SAM įsakymais, bei, jei yra, savivaldybėje patvirtintais oficialiais dokumentais (algoritmais) skirtais būtent savižudybių prevencijai. Taip pat teisės aktais reglamentuojama krizių komandų mokyklose veikla (Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2018 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. V-229 "Dėl rekomendacijų dėl krizių valdymo mokyklose patvirtinimo").

Valstybinio psichikos sveikatos centro savižudybės prevencijos biuras 2018 metais atliko sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo vertinimą (Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras, 2018). Šis tyrimas atsiskleidė, kad iš šešiasdešimt Lietuvoje esančių savivaldybių, devynios tuo metu buvo pasitvirtinusios reagavimo į savižudybės riziką algoritmus, patvirtintus savivaldybių administracijos direktorių įsakymu ar tarybų sprendimu. Tai yra Kaišiadorių, Kalvarijos, Kelmės, Kupiškio, Šakių ir Ukmergės rajonų bei Alytaus, Kauno ir Vilniaus miestų savivaldybės. Taipogi, nustatyta, kad tik 15 proc. savivaldybių, 19 proc. ligoninių ir 32 proc. pirminės ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų turi pasitvirtinę reagavimo į savižudybės riziką algoritmus. Gydytojo psichiatro konsultaciją tą pačią dieną turi galimybę suteikti tik 64,7 proc., o psichologo tik 58,6 proc. apklaustų įstaigų. Taigi, atsiskleidė svarbus savivaldybių ir įstaigų, teikiančių pagalbą, nepasiruošimas ją suteikti bandžiusiems ar ketinantiems nusižudyti asmenims.

Tyrimė taipogi atskleista, kad didžiausias savižudybių rodiklis išlieka mažose, šalies periferijoje esančiose savivaldybėse; savižudybių autopsijos tyrimai tuo metu buvo pradėti atlikti tik Vilniaus miesto savivaldybėje, juose atskleista, kad nusižudžiusiems asmenims trūko tęstinės, nuoseklios pagalbos; daugumoje PSC prisirašiusiųjų pacientų skaičius viršija reglamentuotą skaičių pagal tai, kiek pacientų turėtų kliūti gydytojams psichiatrams bei psichologams, trūksta savižudybių prevencijos mokymų vartininkams, pagalba nusižudžiusiųjų artimiesiems savitarpio pagalbos grupėse veikia tik 6 Lietuvos miestuose (vykdomos asociacijos "Artimiams"), iš 60 savivaldybių, lėšas savižudybių prevencijos priemonėms įgyvendinti skyrė 4 savivaldybės: Vilniaus m., Kauno m., Kelmės r. ir Alytaus m.

Apibendrinami pristatytus tyrimus, galime pastebėti, kad savižudybių prevencijos vykdymui labai trūksta koordinuotos sistemos, mokslškumo, nuoseklumo. Problematiškas yra ir priemonių kūrimas (tinkamos priemonės kuriamos gali būti tik įsivertinus, kokių priemonių reikia, vadinasi, tiriant savižudybių paplitimo priežastis įvairiuose lygmenyse), ir jų įsivedimas (pavyzdžiui, 2018 metais nedaug įstaigų ir savivaldybių turėjo aiškius planus ir



algoritmus, kaip yra teikiama pagalba nusižudyti ketinančiam asmeniui). Dar kitas lygmuo - jeigu priemonės visgi buvo sukurtos ir įvestos, kaip jos įgyvendinamos ir kas jas įgyvendina? Jeigu trūksta specialistų arba jų krūviai yra per dideli, natūralu, kad prastėja darbo kokybė; taip pat, apmokymų atpažinti savižudybės riziką, nukreipti žmogų pagalbos, stoka, gali lemti, kad savižudybės grėsmę patiriantys asmenys lieka nepastebėti; galiausiai, specialistų (pvz. Psichologų ugdymo įstaigose) ar psichikos sveikatos centrų (2018 m. trijose savivaldybėse jų nebuvo) nebuvimas iš esmės panaikina bet kokias galimybes vykdyti savižudybių prevenciją kokybiškai. Iš šių tyrimų atsiskleidžia, kad savižudybių prevencija vykdoma gana chaotiškai, fragmentiškai, iniciatyvos kai kur imasi NVO, o kryptingam savižudybių prevencijos vykdymui neskiriamos lėšos.

Pastebėtina, kad tyrimo atlikimo laikotarpiu buvo priimtas “Nacionalinio savižudybių prevencijos veiksmų 2020–2024 metų planas” (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2020 (1), taip pat “Ilgalaikių neigiamų COVID-19 pandemijos pasekmių psichikos sveikatai mažinimo veiksmų planas” (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2020 (2). Su jų įgyvendinimu atsirado naujų paslaugų, tokių kaip mobilios krizių komandos, padaugėjo psichologų teikiamų paslaugų Visuomenės sveikatos biuruose. Taip pat 2021m. buvo inicijuota darbo grupė peržiūrėti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymus V-856 ir Nr. V-859, reglamentuojačius pagalbos teikimą esant savižudybės grėsmei. Šie pokyčiai vyko jau šio tyrimo duomenų rinkimo pačioje pabaigoje ar tyrimui pasibaigus, tad neatsispindi šioje ataskaitoje.

### **COVID-19 pandemijos įtaka savižudybėms ir savižudybių prevencijos sistemai**

Tik pradėjus rinkti tyrimo duomenis 2020m. pradžioje visas pasaulis ir tuo pačiu Lietuva susidūrė su COVID-19 pandemija, sukėlusia tikrai didelio masto ir iki tol nematytus iššūkius tiek sveikatos priežiūros sistemai, tiek visai visuomenei. Tik prasidėjus pandemijai visame pasaulyje mokslininkai ir praktikai išsakė, kad ši situacija kelia grėsmę psichikos sveikatai (Holmes et al., 2020; Mahase, 2020), gali didinti savižudybės riziką ir įvykusių savižudybių skaičių gyventojų tarpe (Hao et al., 2020; Gunnell et al., 2020; McIntyre & Lee, 2020). Naujausi tyrimai atskleidžia, kad pirmosios bangos Europoje, JAV ir Japonijoje, vykusios 2020 m. pavasarį metu savižudybių skaičius galimai neišaugo, tačiau tai nereiškia, kad grėsmė nedidės vėliau kaip ilgalaikio socialinių santykių sumažėjimo, finansinių problemų ir kitų sunkumų pasekmė (Pirkis ir kt., 2021; Tanaka ir Okamoto, 2021). Regionuose ir kaimo gyvenvietėse

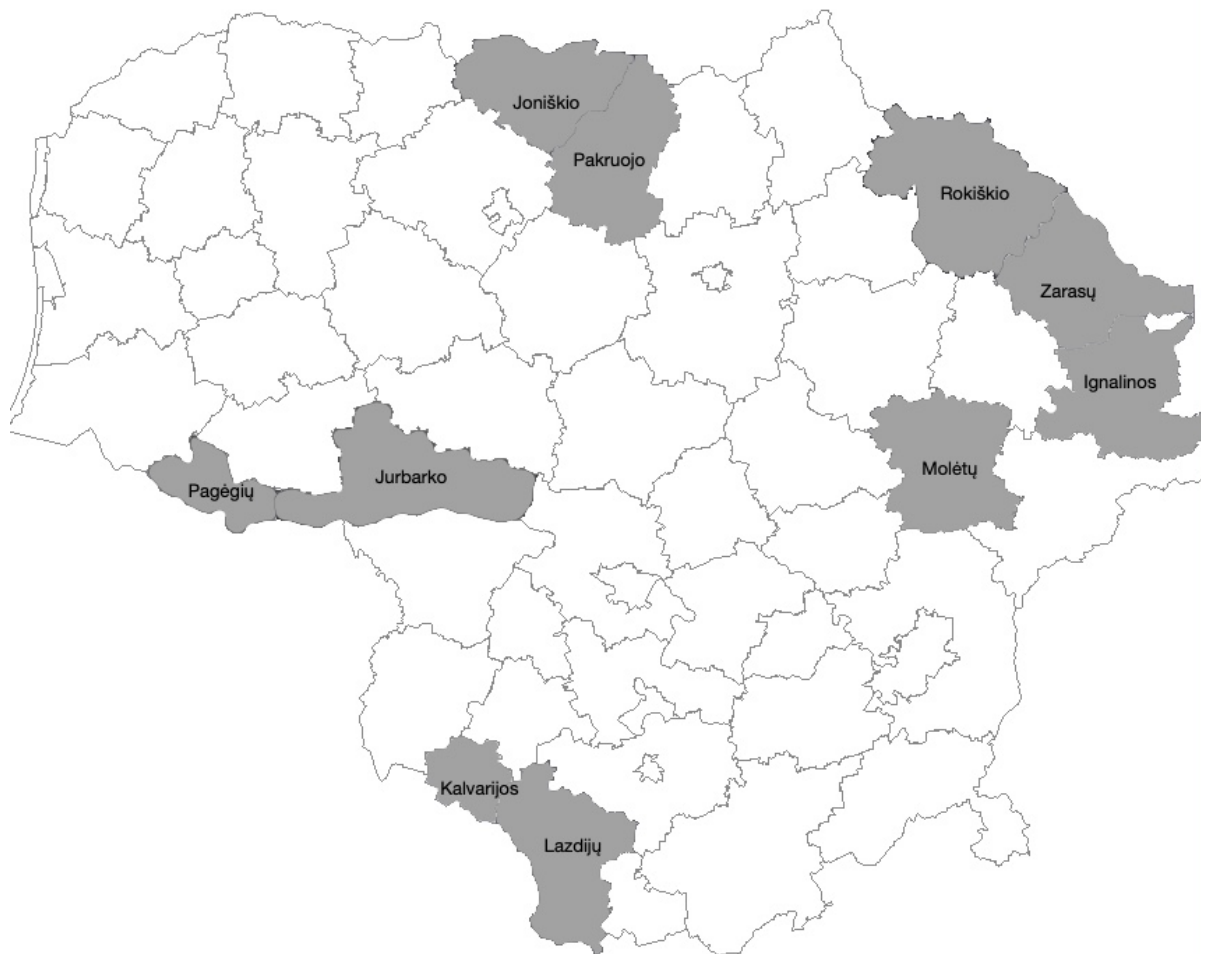
savižudybės rizikos išaugimo grėsmė pandemijos metu gali būti dar didesnė, nes gyventojai gali patirti stiprią socialinę izoliaciją dėl susisiekiimo ir kitų pokyčių, be to, gali prastėti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (Monteith et al., 2020). Taigi, Covid-19 pandemija, karantino apribojimai gali turėti reikšmingas ne tik ekonomines, bet ir socialines bei psichologines pasekmes. Svarbu tyrinėti ir tyrimais remti praktines rekomendacijas apie tai, kas ir kaip gali paveikti gyventojų psichikos sveikatą, savižudybės grėsmę, kokie sisteminiai aspektai gali padėti teikti kuo efektyvesnę pagalbą savižudybės krizėje esantiems ar kitų psichologinių sunkumų patiriantiems asmenims. Tad vykdomo tyrimo strategija buvo adaptuota karantino sąlygoms, taip pat buvo įtraukti klausimai apie patį pandemijos poveikį pagalbos teikimo sistemai, siekiant geriau jį suprasti.

### **Šio tyrimo tikslas ir ataskaitos turinio apžvalga**

Šioje ataskaitoje pateikiami tyrimo, kuriame analizuota savižudybių prevencijos sistema 10 Lietuvos regionų, kurie 2017m. pasižymėjo didžiausiais savižudybių rodikliais. *Šio tyrimo tikslas* – išanalizuoti pasirengimą reaguoti į savižudybės krizę dešimtyje Lietuvos savivaldybių, pasižyminčių aukščiausiais savižudybių rodikliais, ir pateikti praktines rekomendacijas egzistuojančios sistemos tobulinimui. Šių regionų išsidėstymas žemėlapyje pavaizduotas 1 pav.

PSO (2018) rekomenduoja šias pasirengimo reaguoti į savižudybės krizę vertinimo gaires:

1. Įvardinti reagavimo į savižudybę sistemos dalyvius
2. Įvertinti sistemos dalyvių įsitraukimą, pasirengimą reaguoti į savižudybės krizę
3. Įvertinti barjerus, kurie kliudo efektyviai reaguoti į savižudybės krizę
4. Įvertinti žmogiškuosius ir finansinius išteklius
5. Įvertinti stigmą (tai yra galimas barjeras savižudybių prevencijos/intervencijos paslaugoms teikti)
6. Įvertinti intervencijų atitikimą specifiniams bendruomenės grupių poreikiams (pg. WHO universal, selective and indicated interventions)
7. Sistemos veikimo monitoringas ir vertinimas – jis turi būti suplanuotas ir įtraukiantis visus sistemos dalyvius



1 pav. Dešimties rajonų, kurių savižudybių sistema analizuota šiame tyrime, išsidėstymas žemėlapyje

Atsižvelgiant į šias gaires, vykdant projektą atlikta keturių lygių analizė:

5. Dokumentų analizė: reglamentuotos tvarkos, įgalinančios sistemos dalyvius reaguoti
6. Objektivių savižudybių ir pagalbos teikimo rodiklių analizė
7. Specialistų - "vartininkų" (angl. gatekeepers) pasirengimo reaguoti į savižudybės krizę analizė (specialistų apklausa).
8. Specialistų poreikių ir kylančių sunkumų analizė (interviu su pagalbą teikiančiais specialistais ir pagalbos sistemos koordinatoriais).

Kadangi tyrimas sutapo su COVID-19 pandemijos laikotarpiu Lietuvoje, gretutinis klausimas, natūraliai iškilęs atliekant šias analizes ir į kurį mėginome atsakyti, yra apie

pandemijos ir jai suvaldyti skirto karantino galimą įtaką savižudybėms ir savižudybių prevencijos sistemai. Šios įžvalgos gali padėti mažinant pandemijos sukkelto poveikio mastą.

Bendri, pagalbos sistemą visoje Lietuvoje reglamentuojantys dokumentai aptarti aukščiau įvade, o dokumentai, reglamentuojantys savižudybių prevenciją kiekviename rajone atskirai, pristatomi 4 skyriuje prie kiekvieno rajono duomenų. Kitų trijų analizių rezultatai pristatomi atskiruose skyriuose (1-3 skyriai).

## **1. Objektivių rodiklių analizė**

Šios dalies tikslas yra aprašyti savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą remiantis objektyviais rodikliais. Ši dalis apima savižudybių dažnio kaitos ir profilio savivaldybėse analizę, psichologinės ir psichiatrinės pagalbos teikimo mastų savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose (pagalbos prieinamumas) analizę bei pagalbos, suteiktos savižudybės krizėje buvusiems asmenims (nusižudžiusiems asmenims bei esant su savižudybe susijusioms būklėms) sveikatos priežiūros sistemoje, analizę. Naudoti tik sveikatos priežiūros sistemoje fiksuojami duomenys, nes tik šioje sistemoje, skirtingai nuo socialinės ar švietimo sistemos, sistemingai renkami ir kaupiami duomenis apie pagalbos teikimą nurodant, ar asmuo turėjo minčių apie savižudybę, mėgino nusižudyti ar nusižudė. Kitose sistemose tokia analizė yra negalima dėl duomenų trūkumo.

Analizėje remtasi 2016-2020m. duomenimis. Kiek įmanoma, išvados darytos remiantis būtent paskutinių metų duomenimis (2019-2020), siekiant, kad duomenys atspindėtų to paties laikotarpio situaciją kaip kad interviu ir apklausų duomenys, pristatomi kituose skyriuose, nes ypač paslaugų teikimas gali greitai kisti. Tačiau dėl nedidelių absoliučių savižudybių skaičių rajonuose, kai kuriose analizėse imtas visas platesnis periodas siekiant sumažinti atsitiktinių svyravimų įtaką rodikliams.

### **Metodas**

#### **1.1 Savižudybių rodiklių kaita**

Analizuojant savižudybių skaičiaus pokyčius, remtasi Higienos instituto Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis (Higienos institutas, 2021(1)). Tirti atvejai, pripažinti savižudybe, kai mirties priežastis yra aiški ir žymima kaip savižudybė (TLK – 10 AM kodais X60 – X84). Mirčių dažniai 100 tūkstančiui gyventojų apskaičiuoti remiantis Lietuvos statistikos departamento Rodiklių duomenų bazėje pateikiamais duomenimis apie Lietuvos gyventojų skaičių. Naudoti išankstiniai 2020m. duomenys, kurie buvo prieinami 2021 balandžio-gegužės mėnesiais, tad jie gali nežymiai skirtis nuo galutinių 2020m. duomenų.

#### **1.2 Psichosocialinių paslaugų sveikatos priežiūros sistemoje prieinamumas**

Vertinant psichosocialinių paslaugų sveikatos priežiūros sistemoje prieinamumą remtasi Valstybinės ligonių kasos duomenimis apie 2019m. ir 2020m. pabaigoje rajonų PSC

dirbančių gydytojų psichiatrų, gydytojų vaikų ir paauglių psichiatrų ir medicinos psichologų užimamus etatus bei jų suteiktų paslaugų apimtis 2019m.-2020m.

### **1.3 Nusizudžiusių asmenų kontaktai su sveikatos priežiūros sistema**

Aprašant nusizudžiusiems asmenims metai iki mirties teiktas paslaugas sveikatos priežiūros sistemoje, remtasi Higienos instituto suteiktais duomenimis iš Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos (SVEIDRA). Analizuoti 2016-2020 m. mirties atvejai, pripažinti savižudybe, kai mirties priežastis yra aiški ir žymima kaip savižudybė (TLK – 10 AM kodais X60 – X84). Analizuotos tiek ambulatoriškai, tiek stacionare teiktos paslaugos. Paslaugos, suteiktos kai asmuo mirė ligoninėje, t.y. jau po tyčinio susižalojimo, nuo kurio asmuo mirė, nėra įtrauktos į šią analizę.

### **1.4 Su savižudybe susijusių būklių analizė**

Sveikatos priežiūros įstaigose teiktų paslaugų dėl su savižudybę susijusių sunkumų tyrimui naudoti Higienos instituto kaupiami duomenys iš SVEIDRA sistemos. Analizuota informacija apie: 1) 2016-2020 vizitus į sveikatos priežiūros įstaigas dėl tyčinės savižalos ir/ar minčių apie savižudybę kaip siuntimo priežasties; 2) galutinę diagnozę arba gretutinę diagnozę ir 3) vizitų metu suteiktas paslaugas. Išskirtos diagnozės koduojamos šiais TLK-10-AM kodais:

- X60–X84 – tyčinis savęs žalojimas,
- R45.81 – mintys apie savižudybę,
- Y87.0 – tyčinio savęs žalojimo padariniai,
- Z91.5 – buvęs asmeniui savęs žalojimas.

Per 2016-2020m. iš viso Lietuvoje fiksuoti 43602 ambulatorinio arba stacionarinio gydymo epizodai dėl tyčinio savęs žalojimo ar dėl su savižudybę susijusių būklių (savižalos padariniai, buvęs savižalos epizodas, mintys apie savižudybę). Šie gydymo epizodai fiksuoti 17584 asmenims.

Tyčinio savęs žalojimo diagnozės (X60-X84) įprastai fiksuojamos kai asmuo pirmą kartą kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą po mėginimo nusižudyti (ar tyčinio susižalojimo be tikslo numirti). Kai asmuo toliau tęsia gydymą po mėginimo nusižudyti kitose įstaigose ar pradedamas naujas gydymo epizodas toje pačioje įstaigoje, jau fiksuojama buvusio savęs žalojimo diagnozė (Z91.5). Ši diagnozė taip naudojama tuomet, kai asmuo buvo gydomas priėmimo skyriuje/ligoninėje dėl savižalos epizodo ir po to tęsia gydymąsi PASPJ. Savižalos

padarinių (Y87.0) diagnozė vieno gydymo epizodo metu atskirai nuo X60-X84 diagnozių fiksuota itin retai, pvz. visoje Lietuvoje per 2019-2020m. tik 37 atvejais. Ji naudojama panašiai kaip buvusio savęs žalojimo epizodo diagnozė (Z91.5), todėl sugrupuota kartu.

Rengiant savižudybių prevencijos Vilniaus mieste atvejo vadybos modelį buvo pastebėta, kad kodas X65 (tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu) dažnai naudojamas netiksliai, t.y. bet kokiam apsvaigimui nuo alkoholio fiksuoti, kai alkoholis vartojamas apsvaigimo, o ne susižalojimo tikslais (Rimkevičienė et al., 2016). Todėl analizuojant duomenis tyčinė savižala alkoholiu išskirta atskirai nuo savižalos kitais būdais. Kaip tyčinės savižalos alkoholiu atvejai išskirti tik tie gydymo epizodai kuomet buvo fiksuojama tik X65 diagnozė be jokios kitos su savižudybėmis susijusios diagnozės.

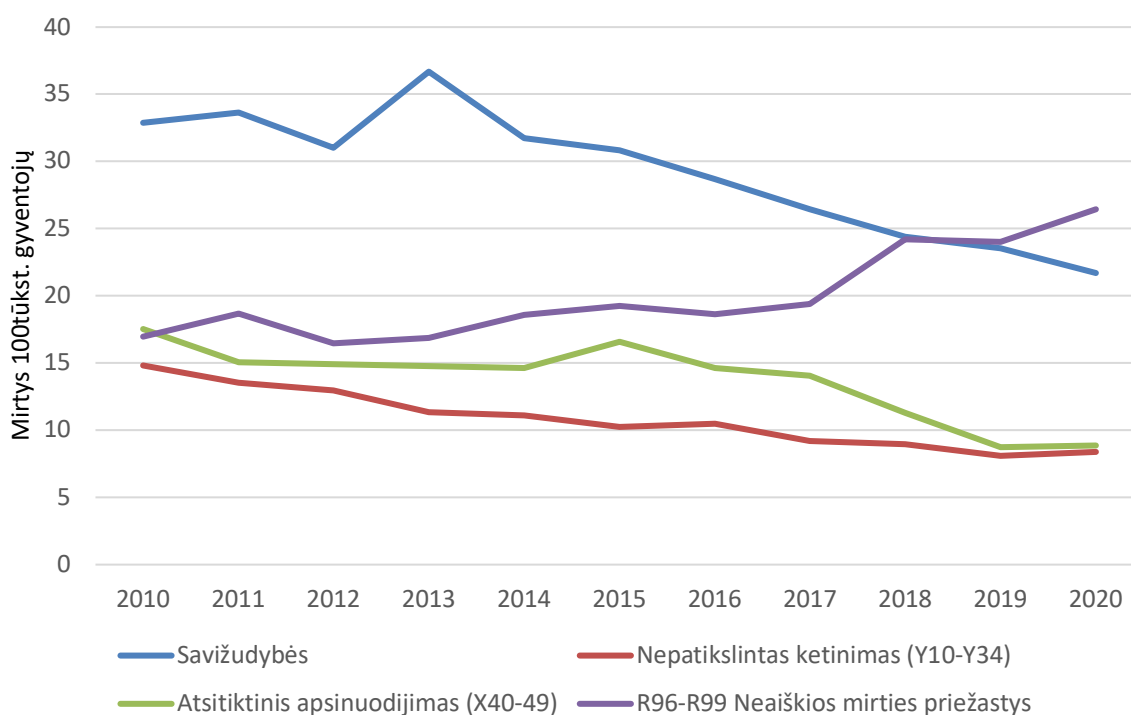
Minčių apie savižudybę diagnozė (R45.81) gali būti fiksuojama ir greta tyčinio savęs žalojimo (X60-X84, išskyrus X65), taip pat ir greta buvusio asmeniui savęs žalojimo (Z91.5) diagnozių; tai sudarė apie 15-17% visų atvejų kai diagnozuojama ši būklė. Tyrime tokie atvejai, kai greta R45.61 diagnozės yra ir kita su savižala susijusi diagnozė neįskaičiuoti prie minčių apie savižudybę diagnozės, priskiriant juos prie savižalos/buvusios savižalos diagnozių, laikant minčių apie savižudybę diagnozę kaip gretutinę.

### **1.1 Savižudybių rodiklių kaita**

Savižudybių rodiklis Lietuvoje vis dar išlieka didžiausias Europoje, bet paskutiniaisiais metais stebimas savižudybių dažnio mažėjimas. Savižudybių rodiklių kaita 2010-2020 m. pateikiama 1.1.1 pav. Vertinant tiek visos Lietuvos, tiek atskirų regionų savižudybių rodiklius svarbu atsižvelgti, kad savižudybių registravimas gali būti nepilnas, nes fiksuojami tik akivaizdžiausi savižudybių atvejai, pvz., pasikorimai, ir realus savižudybių skaičius gali būti didesnis (Rimkevičienė, Misevičius, 2020). Savižudybės, kurios nėra tokios akivaizdžios ir kur panaudojami metodai, kuriuose sunkiau nustatyti asmens ketinimą (pvz. apsinuodijimai, nušokimai nuo aukščio, etc.), gali būti koduojamos šiomis kitomis mirties priežastimis:

- mirtys, klasifikuotos prie „neaiškus ketinimas“ kategorijos (TLK-10 AM kodai Y10-Y34);
- neaiškios mirties priežastys (TLK-10 AM kodai R96-R98)
- atsitikiniai apsinuodijimai (TLK-10 AM kodai X40-X49).

Nuo 2018 m. Lietuvoje stebimas ryškus mirčių, koduotų prie neaiškių mirties priežasčių, augimas. R96-R99 kodais koduojamų mirčių EU28 šalių vidurkis (standartizuotas) 2011-2016m. svyruoja tarp 15.73 ir 17.96 (Eurostat, 2021). Tad Lietuvos rodiklis 2020m. yra 1.5 karto didesnis (26.4). Standartas, kurio rekomenduojama siekti kategorijai Nepatikslingas ketinimas (Y10-Y34) yra 2/20: t.y. registruotų mirčių kai ketinimas nepatikslingas ne daugiau kaip 2 atvejai 100tūkst. gyventojų ir ne daugiau kaip 20% savižudybių rodiklio (Värnik et al., 2012), kas Lietuvoje būtų 4.3 atvejų 100tūkst. gyventojų. Šiuo metu šis rodiklis beveik dvigubai didesnis, siekia 8.4. Atsitiktinių apsinuodijimų (X40-X49) dažnis taip pat didesnis už EU vidurkį. Standartizuotas mirčių dėl atsitiktinio apsinuodijimo dažnis 100tūkst. gyventojų skaičius EU šalyse 2011-2016m. svyruoja apie 2.5 (2.47-2.68) , kas yra 3.5 karto daugiau už 2020m. Lietuvos rodiklį (8.9). Kad dalis šių atsitiktinių apsinuodijimų gali būti savižudybės rodo tai, kad Lietuvoje ypač retai fiksuojamos savižudybės apsinuodijant (Lietuvoje jos sudaro tik 4%, kai Europoje vidutiniškai 17-18%). Tad visi rodikliai, rodantys savižudybių registravimo sistemos tikslumą, yra 1.5-3.5 karto didesni nei ES vidurkis arba ES rekomenduojami standartai ir lyginant su 2019 m. jie arba pablogėjo, arba nepasikeitė.



1.1.1 pav. Mirtys 100tūkst. gyv. 2010-2020 pagal mirties priežastį

Tirtuose regionuose kitose mirčių priežasčių kategorijose, galinčiose slėpti savižudybes (neaiškios mirties priežastys, mirtys, kai ketinimas nepatikslingas, atsitiktinis apsinuodijimas),



nepastebėta didesnių skirtumų lyginant su visos Lietuvos rodikliais, stebimi tik dideli atsitiktiniai svyravimai dėl nedidelio bendro skaičiaus (viena atskira mirtis gali stipriai paveikti rodiklį), dėl to atskirai kiekvienam rajonui šie duomenys ataskaitoje nepateikti. Tačiau interpretuojant juos svarbu atsižvelgti, kad jie gali atspindėti ne tik realių savižudybių tendencijos kaitą, tačiau ir mirčių klasifikavimo netikslumus.

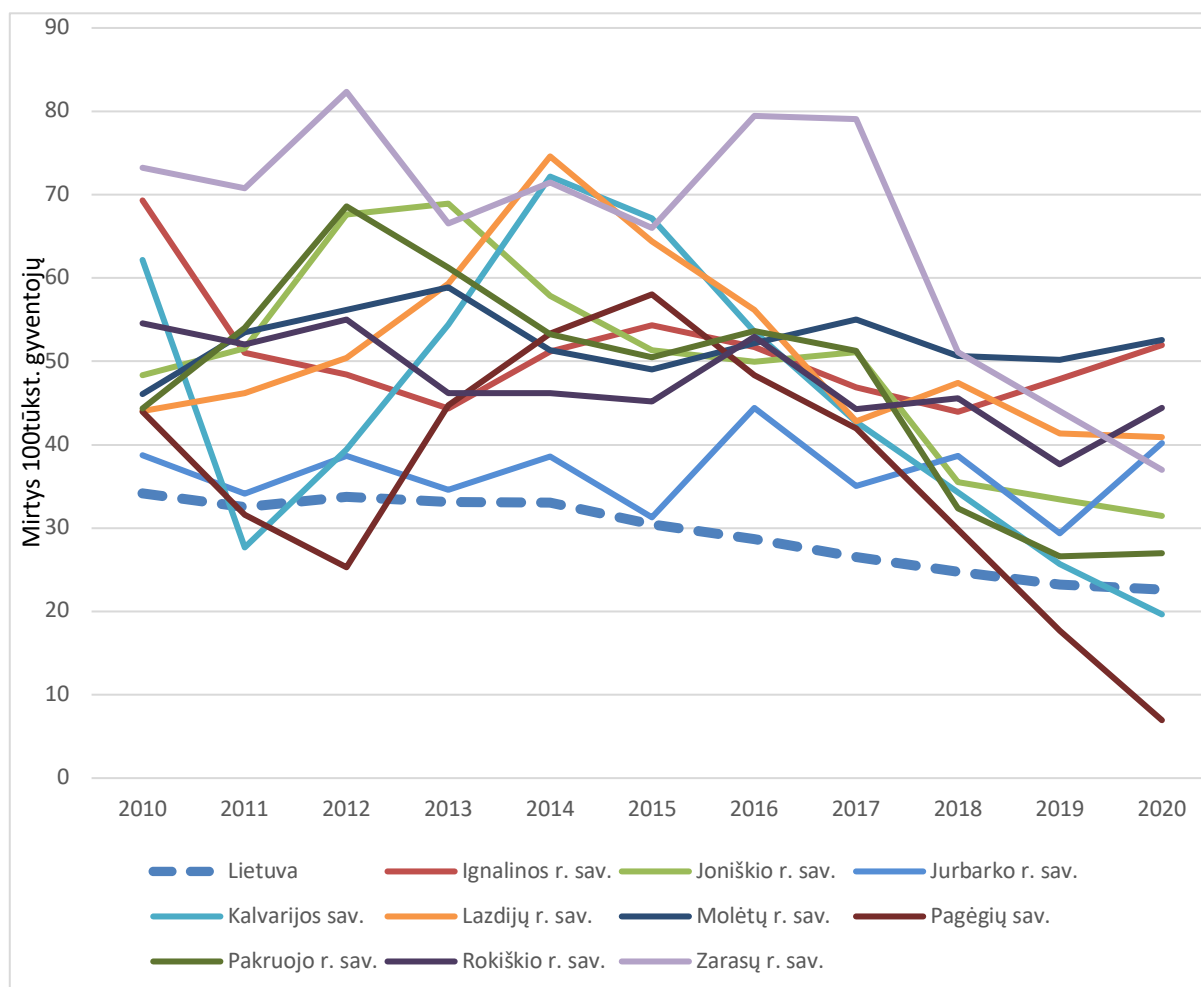
Visų 10 į projektą įtrauktų savivaldybių savižudybių rodiklių kaita 2010-2020m. ir palyginimas su visos Lietuvos savižudybių rodikliais pateiktas 1.1.1 lentelėje. Rodikliai, daugiau nei dvigubai viršijantys Lietuvos vidurkį paryškinti pilkai. Kaip matome iš 1 lentelės, visose tyrimo savivaldybėse 2015-2017m. savižudybių rodiklis buvo didesnis už Lietuvos vidurkį, šis atotrūkis nuo visos Lietuvos rodiklio ryškiausias 2017m., nes pagal tų metų duomenis savivaldybės atrinktos į šį tyrimą kaip pasižyminčios aukščiausiais rodikliais Lietuvoje. Tačiau bendrai paėmus visose savivaldybėse stebimi stiprūs savižudybių rodiklių svyravimai. Taip yra dėl to, kad rajonai nėra dideli, ir net nedidelis savižudybių pokytis (pvz. 1 atveju) gali sukelti didelius rodiklių skirtumus.

1.1.1 lentelė. Savižudybių rodikliai 100tūkst gyventojų 2010-2020m. visose tyrimo dalyvaujančiose savivaldybėse

Regionas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Lietuva	34.7	36.0	32.9	33.6	31.0	36.7	31.7	30.8	28.7	26.4	24.4	23.5	21.7
Ignalinos r. sav.	66.2	88.6	48.1	71.2	33.7	40.3	58.9	54.3	49.7	51.2	39.7	41.0	63.0
Joniškio r. sav.	35.3	57.7	37.2	50.1	67.4	85.4	54.0	34.1	65.8	50.0	37.5	19.1	43.8
Jurbarko r. sav.	52.1	37.6	45.3	33.3	23.8	58.8	21.1	35.9	36.8	60.6	7.8	47.7	32.6
Kalvarijos sav.	63.2	120	24.5	41.6	16.9	59.8	86.5	70.2	44.7	45.8	37.7	19.4	19.9
Lazdijų r. sav.	50.6	30.1	52.7	49.4	36.6	65.3	76.1	82.4	34.8	51.4	42.3	48.6	33.2
Molėtų r. sav.	77.3	37.2	52.4	48.6	59.4	60.6	56.7	36.7	53.6	66.2	45.3	40.5	64.7
Pagėgių sav.	67.8	69.5	41.1	21.2	32.6	22.2	79.4	58.4	36.4	50.4	39.1	0.0	13.9
Pakruojo r. sav.	58.4	27.9	37.1	68.1	56.9	80.9	45.9	32.9	72.7	55.2	25.9	15.9	38.0
Rokiškio r. sav.	78.0	57.7	39.4	66.4	50.3	48.4	40.0	50.3	45.2	63.4	24.1	49.3	39.6
Zarasų r. sav.	66.2	52.1	85.4	82.2	44.8	120	34.9	59.4	104	75.4	58.2	19.9	54.1

Siekiant sumažinti atsitiktinių svyravimų įtaką rodikliams, kiekvieni savivaldybei apskaičiuotas slenkantis 3 metų savižudybių rodiklio vidurkis (t.y., kiekvienų metų rodiklis apskaičiuotas suvidurkinus metų prieš tai, tų metų ir metų po to savižudybių rodiklius, 2020 m. suvidurkintas rodiklis apskaičiuotas remiantis tik dviem metais: 2019 ir 2020). Jis

pavaizduotas 1.1.2 pav. Iš 1.1.2 grafiko matyti, kad Pagėgių ir Kalvarijos rajonuose savižudybių rodiklis sumažėjęs ir nebesiekia Lietuvos vidurkio. Ryškiausias sumažėjimas stebimas Zarasų raj. savivaldybėje. Tuo tarpu Molėtų rodiklis išlieka aukštas ir toliau auga, o Ignalinos rodiklis stipriai šoktelėjo pandemijos metu. Paskutiniaisiais metais augimo tendencijos stebimos ir Jurbarko bei Rokiškio rajonuose.

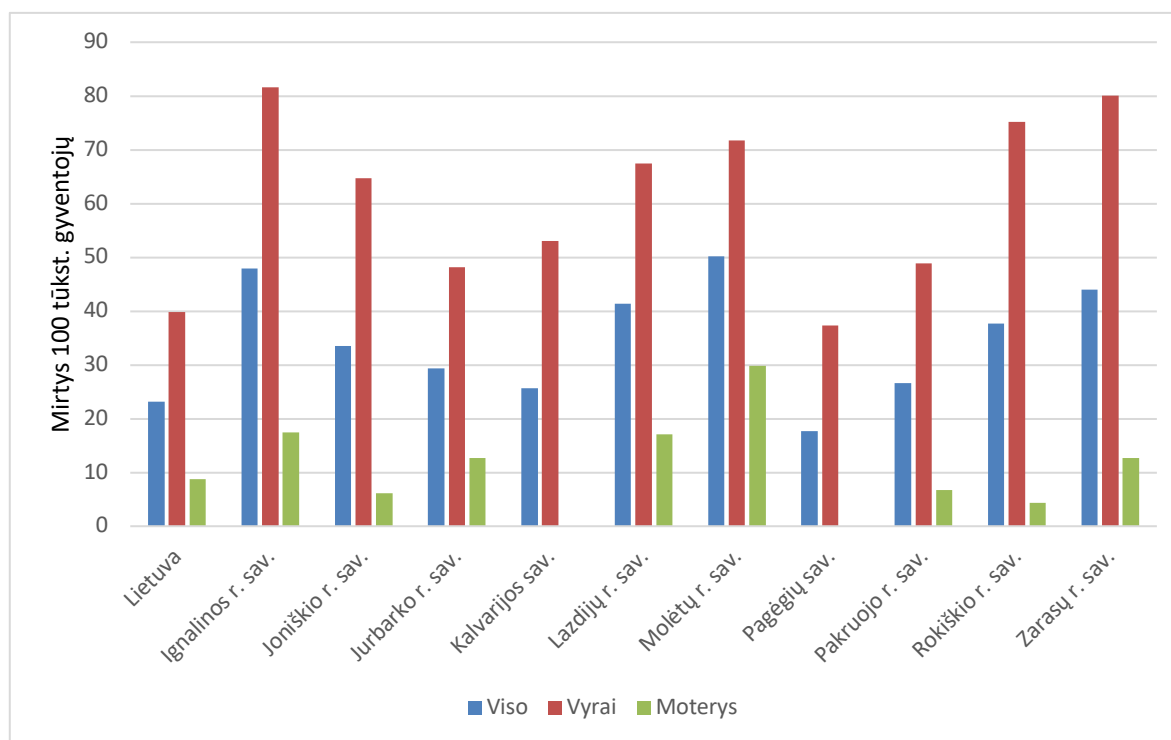


1.1.2 pav. Slenkantis 3 metų savižudybių rodiklio vidurkis pagal savivaldybes.

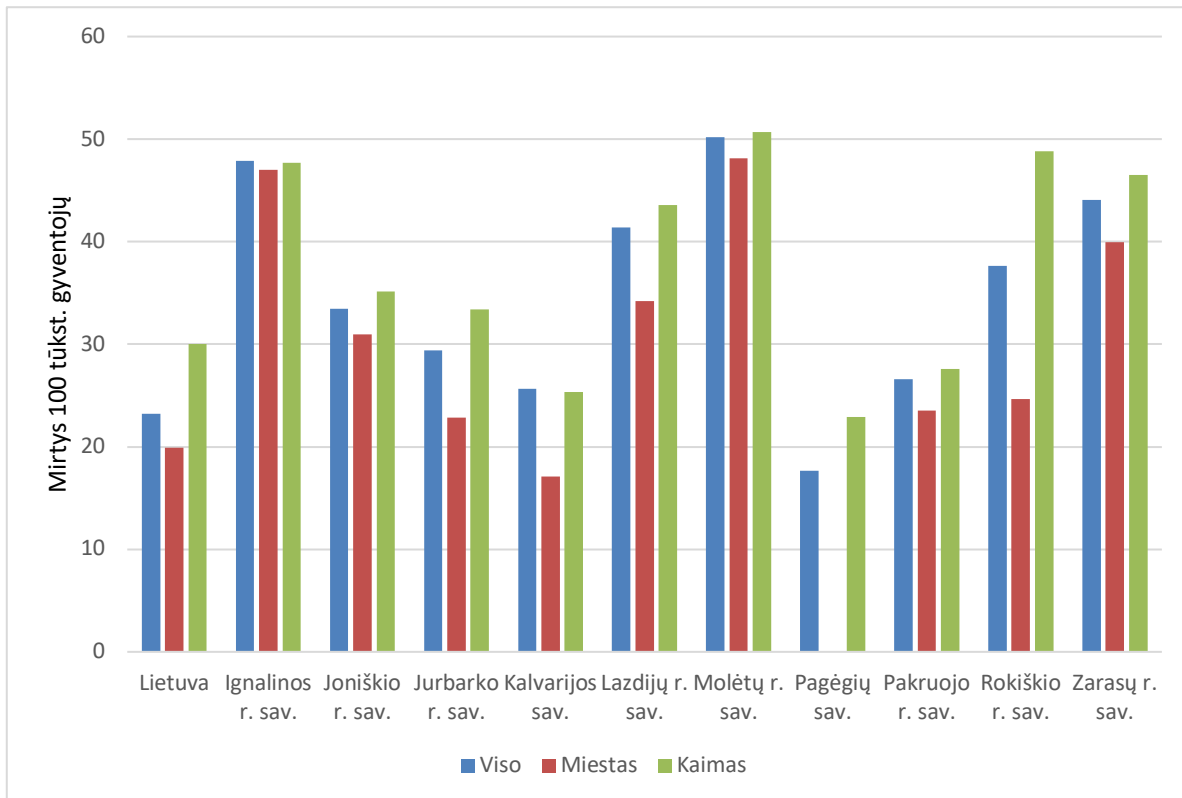
Kaip matosi iš 1.1.1 lentelės lentelės, 2020 m. penkiose iš 10 savivaldybių (Ignalina, Joniškis, Molėtai, Pakruojis, Zarasai), esančių būtent šiaurės-rytų Lietuvoje savižudybių rodikliai išaugo, nors pandemijos laikotarpiu bendras Lietuvos savižudybių rodiklis toliau mažėjo. Būtent Utenos ir Šiaulių apskrityse, kuriuose yra ir šie rajonai, 2020m. fiksuotas savižudybių padidėjimas lyginant su 2019m. Be to, penki minėti rajonai pasižymėjo vienais mažiausių mirtingumo nuo COVID-19 rodikliais (Higienos institutas, 2021 (2)). Iš šių penkių regionų, tik Pakruojo mirtingumo nuo COVID-19 rodiklis šiek tiek didesnis už Lietuvos vidurkį, kitų keturių rajonų mažesnis, o Ignalinos ir Zarasų rajonų net dvigubai mažesnis už vidurkį.

Tad savižudybių skaičiaus augimas nesusijęs su tiesioginiu pandemijos poveikiu, ir iš duomenų nėra iki galo aišku, kokie būtent veiksniai turėjo įtakos šiam padidėjimui.

Paskutinių trijų metų savižudybių rodikliai tarp vyrų ir moterų palyginimui pateikti 1.1.3 grafike, vidutiniai paskutinių trijų metų savižudybių rodikliai tarp miesto ir kaimo gyventojų pavaizduoti 1.1.4 grafike. Visuose rajonuose vyrų savižudybių rodiklis ženkliai didesnis nei moterų, tačiau įdomu tai, kad Kalvarijos ir Pagėgių savivaldybėse per paskutinius tris metus iš viso nebuvo fiksuota moterų savižudybių, o Rokiškio, Joniškio ir Pakruojo rajonuose moterų savižudybių rodiklis per paskutinius trejus metus buvo mažesni nei Lietuvos vidurkis. Molėtų rajone tas atotrūkis tarp vyrų ir moterų savižudybių ženkliai mažesnis, nemažą savižudybių dalį šiame rajone sudaro būtent moterų savižudybės. Taip pat Molėtų ir Ignalinos regionai išsiskiria mažu skirtumu tarp miesto ir kaimo gyventojų savižudybių rodiklių, t.y. miesto gyventojų savižudybių rodiklis didesnis nei būtų tikėtinas esant tokiam vidutiniam savižudybių rodikliui regione. Rokiškio rajone tas atotrūkis ypač didelis, t.y. santykinai didelę dalį savižudybių sudaro būtent kaimo gyventojų savižudybės.

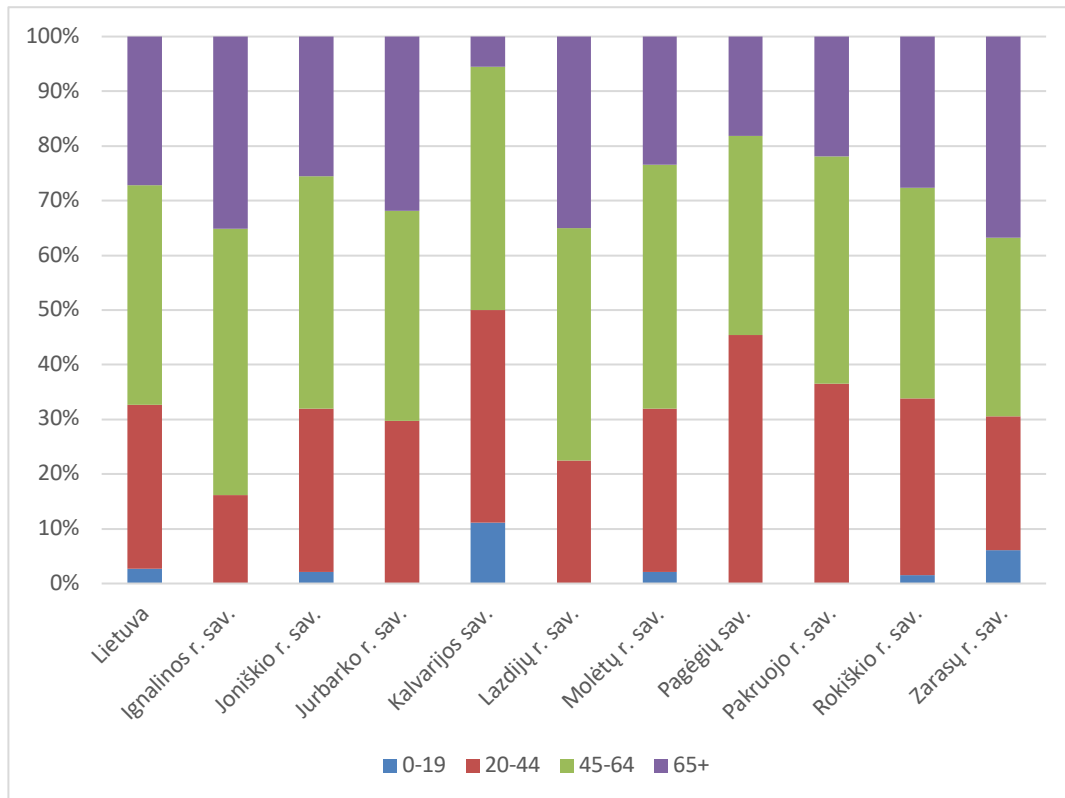


1.1.3 pav. Savižudybių rodiklių skirtumai tarp vyrų ir moterų atskiruose regionuose (2018-2020m. duomenys).



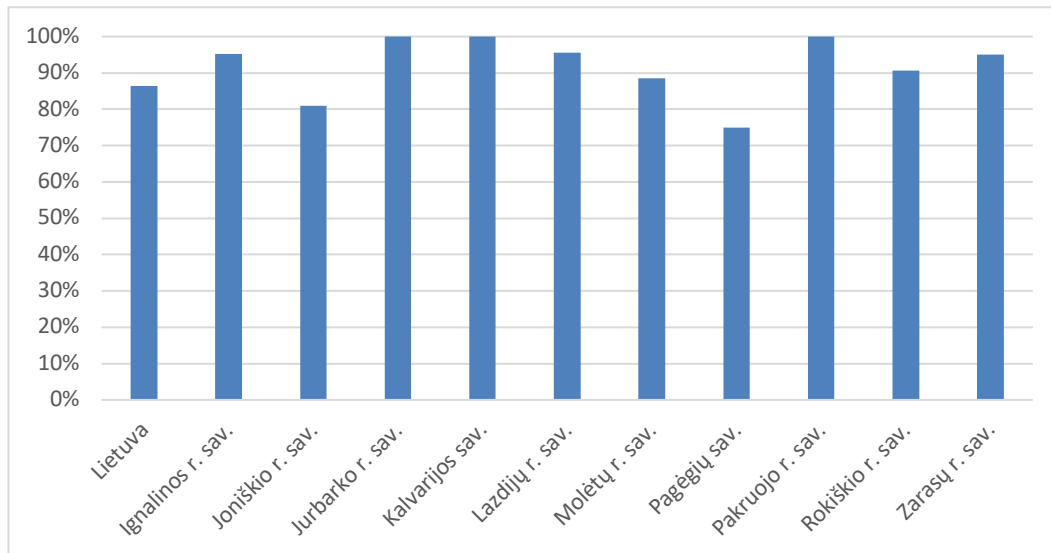
1.1.4 pav. Savižudybių rodiklių skirtumai tarp miesto ir kaimo gyventojų atskiruose regionuose (2018-2020m. duomenys).

Savižudybių atvejų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes kiekviename rajone 2016-2020m. pavaizduotas 1.1.5 pav. Skaičiuotas rodiklis per paskutinius 5 metus, nes dėl santykinio savižudybės retumo kai kuriose amžiaus grupėse galimi dideli atsitiktiniai svyravimai. Iš grafiko matyti, kad Ignalinos, Jurbarko, Lazdijų ir Zarasų rajonuose apie trečdalį mirčių sudaro 65 metų ir vyresnių žmonių savižudybės, taigi šiek tiek daugiau nei vidutiniškai Lietuvoje. Ignalina ir Lazdijai apskritai išsiskiria santykinai maža savižudybių tarp jaunesnių nei 45m. amžiaus dalimi. Kalvarijų ir Zarasų rajonuose šiek tiek didesnę dalį nei vidutiniškai Lietuvoje paskutiniais metais sudarė jaunimo iki 20m. savižudybės, o Kalvarijos savivaldybėje apskritai pusę visų savižudybių sudaro jaunesnių nei 45m. asmenų savižudybės.



1.1.5 pav. Savižudybių atvejų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (2016-2020m. duomenys)

Didžioji dalis savižudybių šiuose 10 rajonų yra pasikorimai, kaip ir visoje Lietuvoje. Pasikorimų dalis per paskutinius tris metus (2018-2020m.) tarp visų savižudybių pavaizduota 1.1.6 pav. Tik Joniškio ir Pagėgių rajonuose pasikorimų fiksuojama santykinai mažiau negu Lietuvos vidurkis. Tačiau Pagėgiuose šis rodiklis žemesnis dėl bendro mažo atvejų skaičiaus ir vienas atvejis, kuomet savižudybė įvykdyta kitu būdu pakeičia statistiką. Joniškyje 2018-2020 m. fiksuotos dvi savižudybės šaunamuoju ginklu, vienas apsinuodijimas ir vienas susižalojimas aštriu daiktu, tad išsiskiriančių tendencijų dėl savižudybės metodų nestebima. Atkreiptinas dėmesys, kad Jurbarko, Kalvarijos ir Pakruojo savivaldybėse fiksuojami tik pasikorimo atvejai, nefiksuojama savižudybių kitais metodais. Nėra aišku, ar visi kitais savižudybės metodais mėginantys nusižudyti asmenys išgyvena, ar, kas tikėtinau, atsižvelgiant į bendras Lietuvos tendencijas apie savižudybių registracijos tikslumą, minėtas skyriaus pradžioje, savižudybės kitais metodais yra pražiūrimos ir koduojamos kitomis mirties priežastimis.



1.1.6 pav. Savižudybių pasikariant dalis tarp visų fiksuotų savižudybių 2018-2020m.

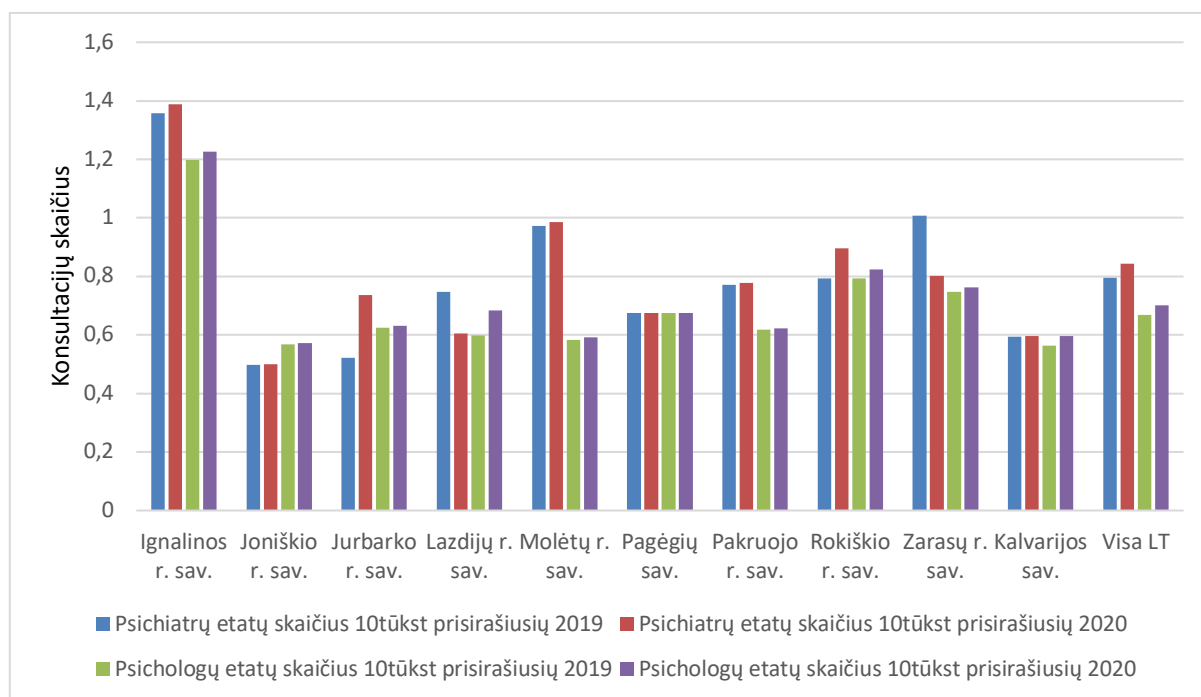
Savižudybių rodiklių kaita kiekviename regione pagal asmens lytį ir gyvenamąją vietą (miestas/kaimas) pateikti aptariant kiekvieną regioną 4 skyriuje („Atskirų rajonų apžvalga“). Visų keturių grupių savižudybių rodiklių dinamika yra labai panaši, tačiau galimi dideli atsitiktiniai dideli svyravimai dėl to, kad savižudybė santykinai retas įvykis ir net ir pokytis vienu atveju gali stipriai paveikti tam tikros grupės rodiklį. Tad išskyrus keletą atsitiktinių svyravimų, vyrų savižudybių rodikliai didesni nei moterų, bei kaimo gyventojų rodikliai didesni nei miesto, t.y. atitinka tendencijas Lietuvoje ir Europoje.

## 1.2 Psichiatrinių ir psichologinių paslaugų sveikatos priežiūros sistemoje prieinamumas

Žemiau esančiuose grafikuose pateikiamas rajonų palyginimas pagal prieinamų specialistų skaičių (1.2.1 pav.) ir suteiktų konsultacijų skaičių (1.2.2 pav.). Ignalinos raj. savivaldybėje yra du psichikos sveikatos centrai (PSC), šiame grafike jų duomenys pateikiami bendrai.

Turėdama du PSC, Ignalinos raj. savivaldybė išsiskiria pagal turimų gydytojų psichiatrų ir psichologų skaičių, kuris beveik dvigubai didesnis už visos Lietuvos vidurkį. Pagal suteiktų gydytojo psichiatro konsultacijų skaičių Ignalinos rajonas taip pat pirmauja, tačiau psichologo konsultacijų skaičius toks pat žemas kaip ir kitose savivaldybėse. Visuose rajonuose suteiktų psichologo konsultacijų skaičiai itin maži. Tokie rezultatai gali būti dėl konsultacijų

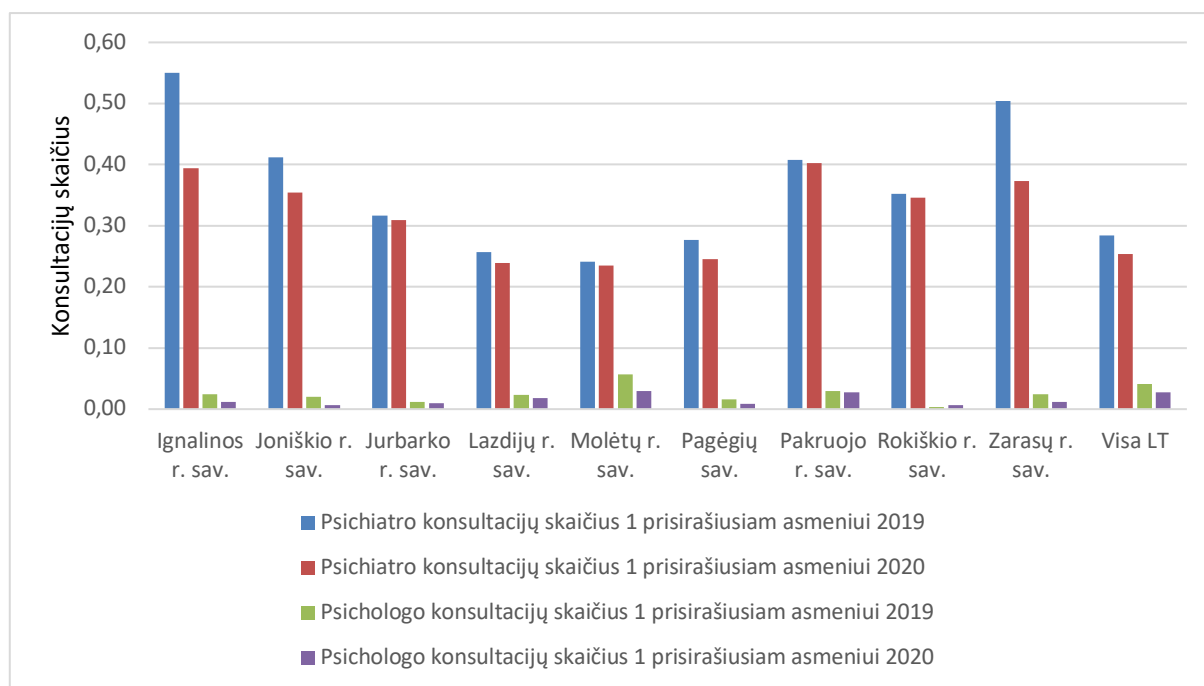
registravimo ypatumų: psichologo konsultacijos dažnai atskirai neregistruojamos SVEIDRA sistemoje, tad gali būti, kad ne visos jos apskaitomos. Daugiausiai psichologo konsultacijų registruojama Molėtų raj., tačiau ir čia skaičiai itin maži: 0.06 konsultacijos per metus 1 prisirašiusiam asmeniui. Taip pat pastebėtina, kad 2020 m. visuose rajonuose išskyrus Rokiškio sumažėjo psichologinių konsultacijų teikimo mastas, tačiau Rokiškio rajone šis rodiklis išliko ženkliai mažesnis nei visos Lietuvos.



1.2.1 pav. Rajonų PSC 2019 ir 2020m. užpildytų etatų skaičius pagal prie PSC prisirašiusių žmonių skaičių (10 tūkst. gyventojų).

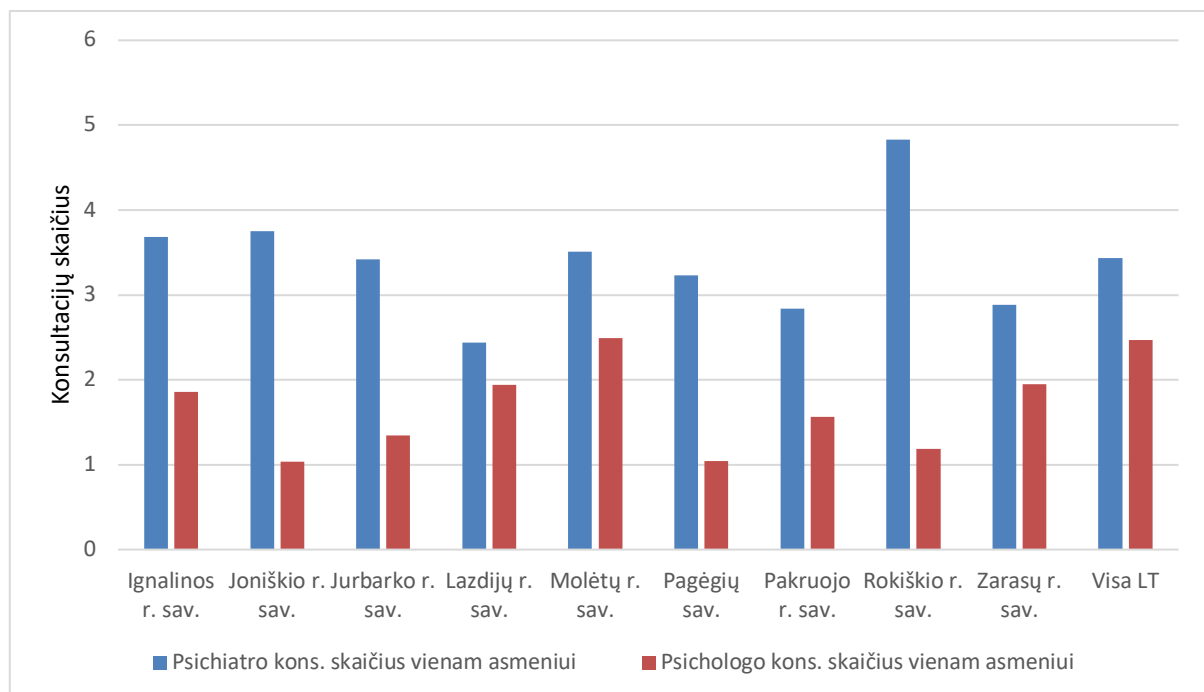
Vidutiniškai per 2020 metus gautų gydytojo psichiatro ir psichologo konsultacijų skaičius pavaizduotas 1.2.3 pav. Šis grafikas parodo, kiek konsultacijų gauna besikreipiantis žmogus, t.y. kokios realios apimties yra gydymosi kursas. Iš 1.2.3 grafiko matyti, kad vidutiniškai gaunama nuo 2,5 iki beveik 5 psichiatro konsultacijų per metus. Tai atspindi, kad bent dalis pacientų gauna tęstinį gydymą. Tačiau visuose rajonuose, išskyrus Molėtus, vidutiniškai pacientai gaudavo mažiau nei 2 psichologo konsultacijas, t.y. nefiksuojama, kad psichologinis konsultavimas būtų tęstinis, konsultacijos dažniau vienkartinės, tad tikėtina orientuotos į įvertinimą. Molėtų rajone vidutiniškai pacientai gaudavo 2,5 konsultacijos, kas irgi nerodo ilgesnio tęstinio konsultavimo proceso, tačiau atitinka Lietuvos vidurkį. Sudėtinga pasakyti, ar

tokie rezultatai atspindi realų psichologinių paslaugų nesuteikimą, ar prie to ženkliau prisideda ir psichologinių konsultacijų nefiksavimo problema.



1.2.2 pav. Per 2019-2020m. PSC suteiktų konsultacijų skaičius 1 prisirašiusiam asmeniui

\*Kalvarijos sav. yra tik PSC filialas, kuris atskirai duomenų VLK neteikia.

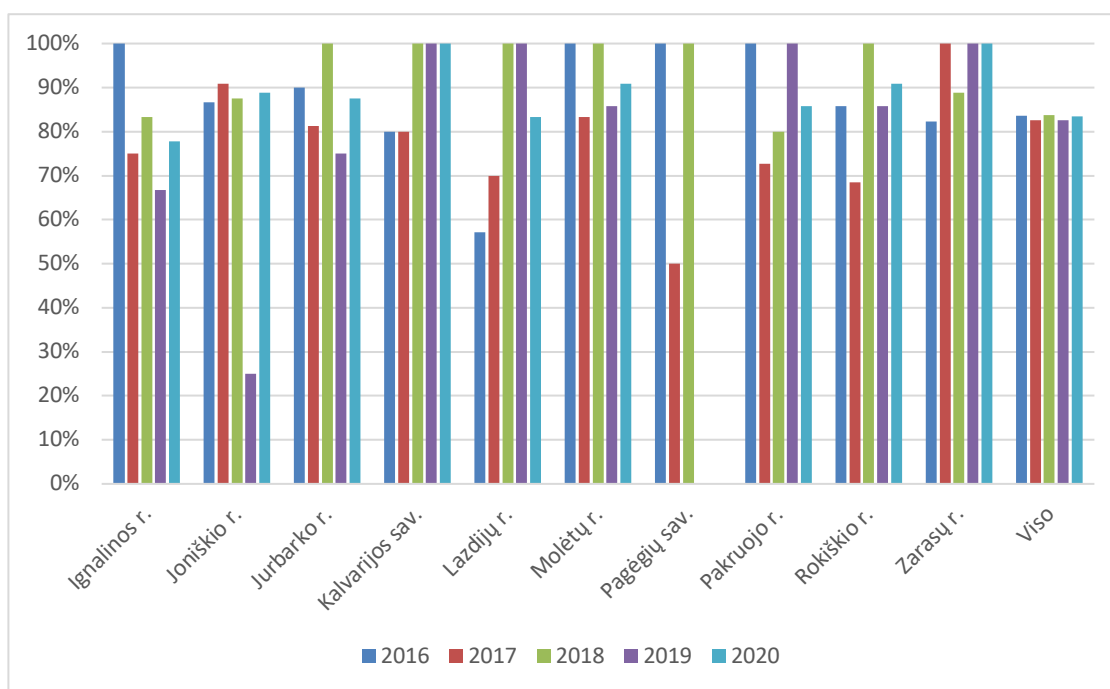


1.2.3 pav. Per metus (2020) vidutiniškai vienam konsultuotam asmeniui suteikiamų konsultacijų skaičius.



### 1.3 Nusižudžiusių asmenų kontaktai su sveikatos priežiūros sistema

Šioje dalyje pateikiama informacija apie nusižudžiusių asmenų kontaktus su sveikatos priežiūros sistema metai iki asmens savižudybės. Nusižudžiusių dalis, gavusi kokias nors sveikatos priežiūros paslaugas metai iki mirties, pagal regioną ir mirties metus pateikta 1.3.1 pav.

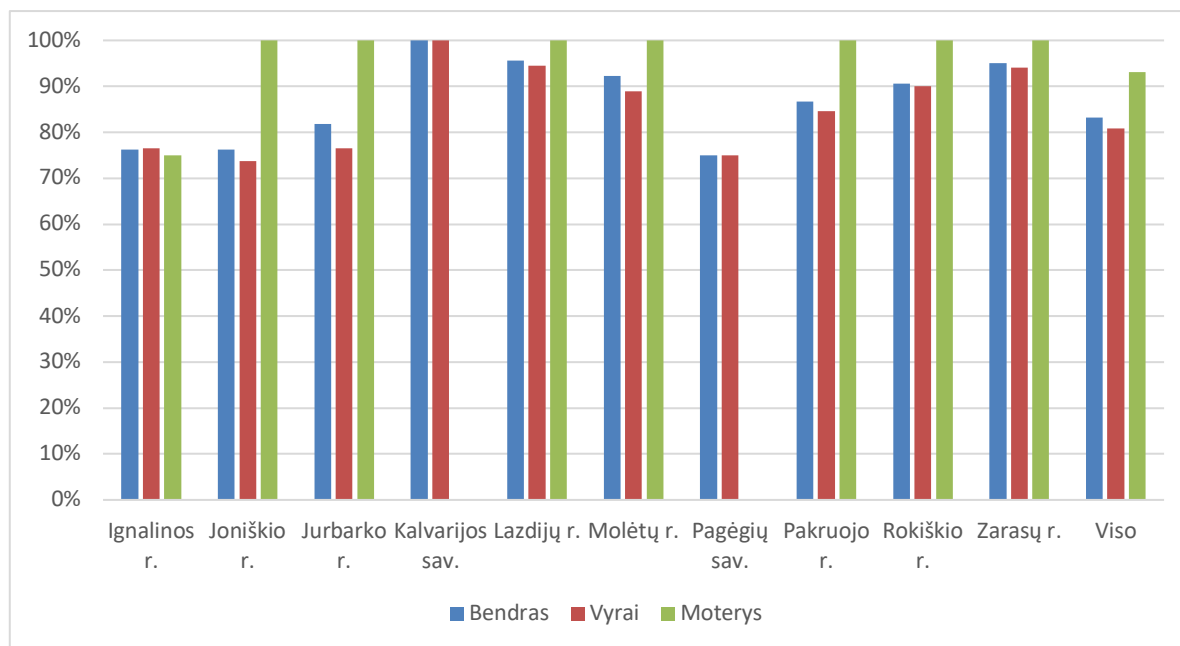


1.3.1 pav. Kiekviename regione nusižudžiusių asmenų dalis, metai iki mirties gavusių sveikatos priežiūros paslaugas (grafike pateiktas pasiskirstymas pagal asmens mirties metus).

Kaip matyti iš grafiko, regionuose stebimi ryškūs svyravimai dėl nedidelio bendro atvejų skaičiaus, dėl to sudėtingiau pastebėti dinamiką. Vis dėlto panašu, kad vis didesnė nusižudžiusių dalis turi kokių nors kontaktų su sveikatos priežiūros sistema Lazdijų, Pakruojo ir Zarasų rajonuose, o Ignalinoje stebima atvirkštinė tendencija – tarp nusižudžiusių mažėja kontaktą su sveikatos priežiūros sistema turėjusių asmenų skaičius, t.y. jie yra išvis nepastebėti sveikatos priežiūros sistemoje.

Per paskutinius tris metus (2018-2020m.) nusižudžiusių asmenų dalis, turėjusi kontaktą su sveikatos priežiūros sistema ir šio rodiklio skirtumai pagal asmens lytį pavaizduoti 1.3.2 grafike. Bendra tendencija Lietuvoje yra ta, kad nusižudžiusios moterys ženkliai dažniau yra turėjusios kontaktų su sveikatos priežiūros sistema. Iš grafiko matome, kad Ignalinos rajone tiek moterys, tiek vyrai prieš savižudybę yra rečiau turėję kontaktų su sveikatos priežiūros

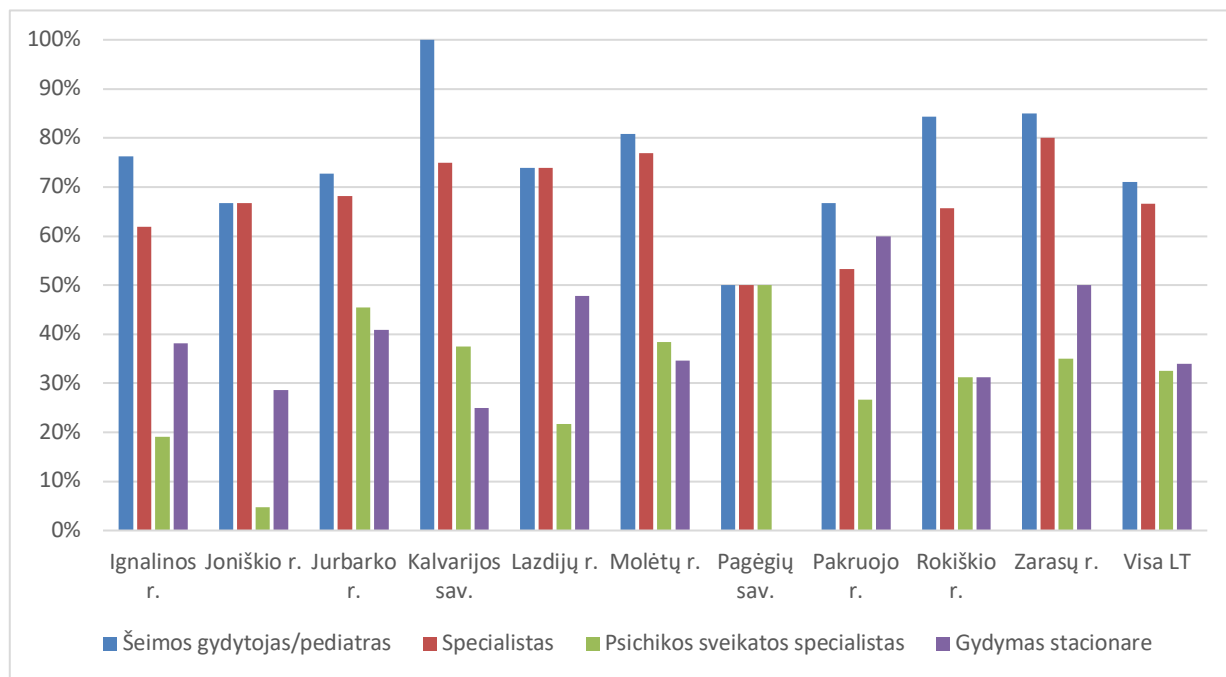
sistema, Joniškio, Jurbarko ir Pagėgių rajonuose ši tendencija pastebėta tik tarp vyrų. Kita vertus, Kalvarijos, Lazdijų ir Zarasų savivaldybėse beveik visi nusižudę asmenys yra turėję kontaktų su sveikatos priežiūros sistema per paskutinius metus iki mirties.



1.3.2 pav. 2018-2020 nusižudžiusių asmenų dalis pagal asmens lytį ir gyvenamąją vietą, turėjusi kontaktą su sveikatos priežiūros sistema

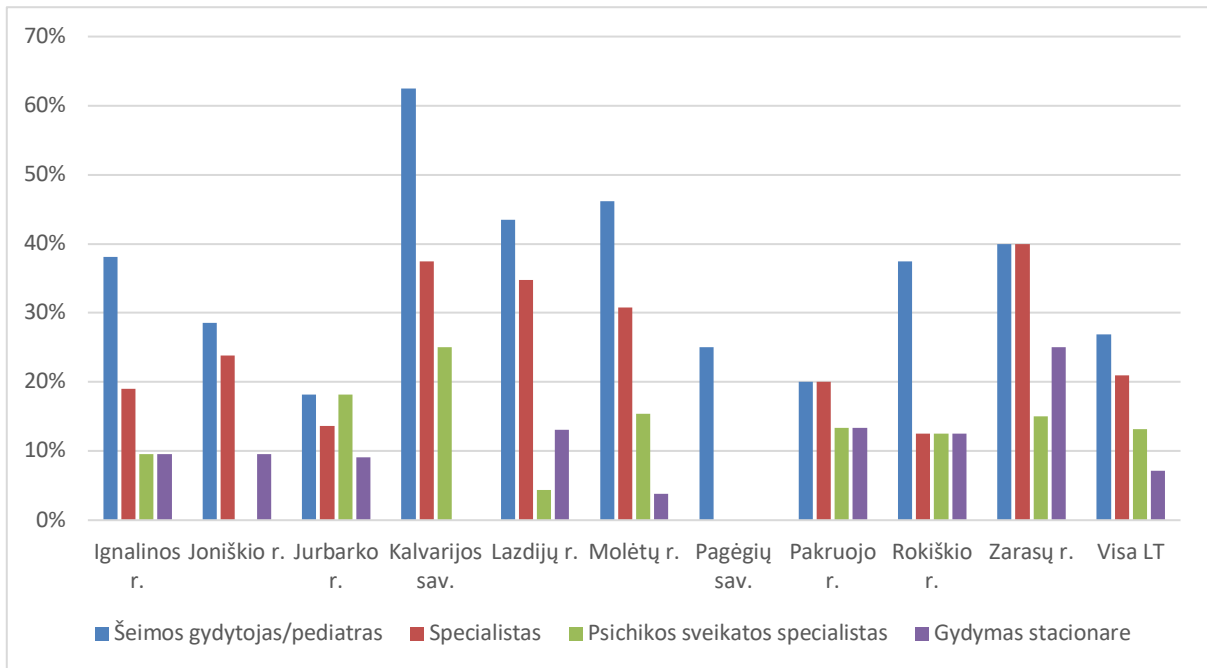
Nusižudžiusių asmenų kontaktai su sveikatos priežiūros sistema pagal gydymo tipą (ambulatorinis gydymas: šeimos gydytojas, gydytojas specialistas, psichikos sveikatos specialistas; stacionarinis gydymas) yra pavaizduoti 1.3.3 pav. Stacionarinio gydymo metu suteiktos paslaugos nėra atskirai fiksuojamos SVEIDRA sistemoje, todėl neįmanoma tiksliai įvertinti, ar stacionarinio gydymo metu asmuo gavo psichikos sveikatos specialisto konsultaciją, tą įmanoma atskirti tik analizuojant ambulatorinio gydymo duomenis. Iš grafiko matyti, kad dažniausiai turimas kontaktas su šeimos gydytoju, rečiausiai – su psichikos sveikatos specialistu, tačiau rajonai stipriai skiriasi pagal šį rodiklį. Ignalinos, Joniškio ir Lazdijų rajonuose nusižudžiusieji ženkliai rečiau nei vidutiniškai Lietuvoje gavo psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Ypač šis rodiklis žemas Joniškio raj. – tik 1 per paskutinius tris metus (2018-2020m.) nusižudęs asmuo gavo bent vieną psichikos sveikatos specialisto (šiuo atveju psichiatro) konsultaciją metai iki mirties. Atkreiptinas dėmesys, kad būtent Ignalinos rajone fiksuojamas didžiausias gydytojo psichiatro konsultacijų skaičius vienam prisirašiusiam

asmeniui, tačiau šis didesnis nei kitur paslaugų prieinamumas atrodo nepasiekia būtent šios, nusižudžiusiųjų, grupės.



1.3.3 pav. 2018-2020 nusižudžiusių asmenų dalis, turėjusi kontaktą su sveikatos priežiūros sistema, pagal asmens gyvenamąją vietą ir gydymo rūšį.

2018-2020 m. nusižudžiusių asmenų kontaktai su sveikatos priežiūros sistema per paskutinį mėnesį iki mirties pagal gydymo tipą pavaizduoti 3.4 pav. Išskyrus Jurbarko ir Pakruojo rajonus, kituose rajonuose nusižudžiusiųjų dalis, gavusi šeimos gydytojo konsultaciją mėnuo iki mirties yra panaši ar didesnė už Lietuvos vidurkį. Iš grafiko matyti, kad ypač išsiskiria Kalvarijos sav., kur 5 iš 8 nusižudžiusių žmonių (60%) per paskutinį mėnesį iki mirties turėjo vizitą pas šeimos gydytoją, ir 2 iš 8 (25%) – vizitą pas gydytoją psichiatrą. Apskritai net 6 rajonuose (Ignalinos, Kalvarijos, Lazdijų, Molėtų, Rokiškio ir Zarasų) gyvenę asmenys apsilankė pas šeimos gydytoją mėnesį iki savižudybės dažniau nei vidutiniškai Lietuvoje. Tačiau tas pats nėra pasakytina apie vizitus pas psichikos sveikatos specialistus. Ypač maža dalis gavusiųjų psichikos sveikatos specialisto konsultaciją mėnuo iki mirties Lazdijų raj., (tik 1 iš 23 asmenų, 4%). Tai tikėtina rodo, kad nusižudę asmenys kreipėsi į sveikatos priežiūros sistemą, ganėtinai arti savižudybės laiko, tačiau dėl kažkokių priežasčių nepakliūva iki psichikos sveikatos specialisto ir negauna reikiamos pagalbos.



1.3.4 pav. 2018-2020 nusižudžiusių asmenų kontaktai su sveikatos priežiūros sistema per paskutinį mėnesį iki mirties pagal gydymo rūšį.

Beveik visais atvejais, kai fiksuota psichikos sveikatos specialisto konsultacija, fiksuota būtent gydytojo psichiatro konsultacija. Psichologo/psichoterapeuto konsultacijos per paskutinius metus iki mirties fiksuotos vos 12 per 2016-2020 m. visuose 10 regionų nusižudžiusių asmenų. Atitinkamai psichikos sveikatos slaugytojo ar socialinio darbuotojo paslaugos fiksuotos dar rečiau. Dėl itin nedidelio skaičiaus jos neaprašomos atskirai.

### ***COVID-19 liga ir savižudybės***

Nei vienam dešimtyje tirtų regionų per 2020m. nusižudžiusiam asmeniui nebuvo diagnozuota COVID-19 liga. Iš visų 607 asmenų, kurie Lietuvoje nusižudė 2020m. tik 6 kažkuriuo metu buvo diagnozuota COVID-19 liga, iš jų 4 fiksuotas koks nors gydymas, visais atvejais per paskutinį mėnesį iki savižudybės. Tad nefiksuota sąsajų tarp sergamumo COVID-19 ir savižudybių.

### ***Ankstesnis savižudiškas elgesys ir mintys apie savižudybę***

Apskritai Lietuvoje tik nedidelei daliai nusižudžiusių asmenų per metus iki mirties fiksuojamos su savižudybe susijusios diagnozės, jie sudaro apie 6-7% visų nusižudžiusių. Tad nenuostabu, kad tik vienam iš visų tirtų regionų per metus iki mirties fiksuoti su savižudybe susiję sunkumai. Iš 2019-2020 m. nusižudžiusių tirtuose rajonuose asmenų, buvo po vieną

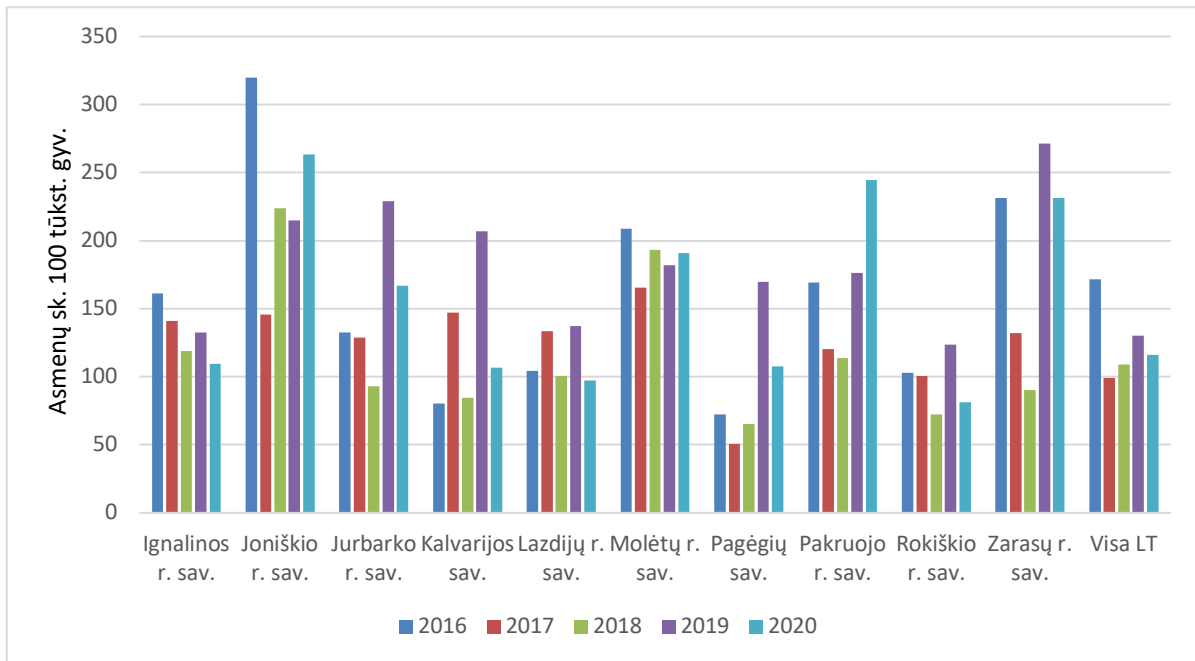
asmenį Joniškio r., Jurbarko r., Lazdijų r., Molėtų r. ir Zarasų r., kurie turėjo su savižudybe susijusią diagnozę. Išsiskyrė Rokiškio rajonas, kur net 4 asmenimis (16% nuo visų 2019-2020 m. nusižudžiusių asmenų) metai iki savižudybės buvo fiksuota tyčinės savižalos diagnozė.

#### **1.4 Pagalba teikiama esant su savižudybe susijusiems sunkumams**

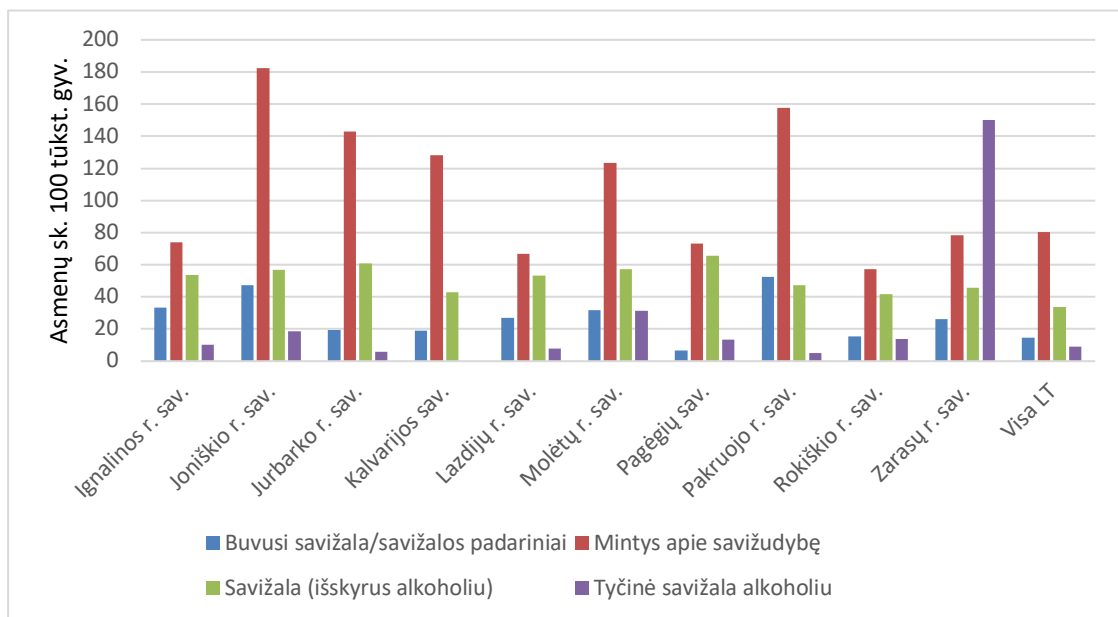
Vertinant pagalbos teikimo mastus esant su savižudybe susijusiems sunkumams buvo atrenkami tie atvejai, kai gydymo metu buvo fiksuota su savižudybe susijusi diagnozė. Vistik, toks fiksavimas tebėra netikslus, su savižudybe susijusios diagnozės ne visada yra fiksuojamos net teikiant specializuotas paslaugas, pvz. 37 atvejais Lietuvoje per 2019-2020m. SVEIDRA sistemoje užfiksavus, kad buvo atliktas savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas to gydymo epizodo metu asmeniui nebuvo fiksuota nei viena su savižudybe susijusi diagnozė. Nepaisant šio ribotumo, gydytojų užfiksuotos diagnozės yra vienintelis būdas kaip galime sekti teiktas paslaugas šiems asmenims, tačiau vertinant duomenis svarbu atsižvelgti, jog fiksavimas vis dar yra nepilnas.

Toliau esančiuose grafikuose pateikiama, kaip dažnai su savižudybe susijusios būklės buvo fiksuotos kiekvieno rajono gyventojams. Grafikuose pateikiamas kiekvienos diagnozės fiksavimo dažnis 100 tūkstančių gyventojų. Atitinkamai, 1.4.1 pav pavaizduotas dažnis kai 2016-2020m. asmeniui tais metais buvo fiksuota nors viena su savižudybe susijusi diagnozė (TLK-10 AM kodai X60–X84 - tyčinė savižala; R45.81 – mintys apie savižudybę; Y87.0 – tyčinio savęs žalojimo padariniai; Z91.5 – buvęs asmeniui savęs žalojimas); Kiekvienos atskiros diagnozės dažnis 2019-2020m. pavaizduotas 1.4.2 pav.

Zarasų, Pakruojo ir Pagėgių raj. savivaldybėse dažnėja su savižudybių susijusių diagnozių fiksavimas, tačiau Zarasų savivaldybėje jis tikėtina netikslus, nes ženkliai dalį sudaro tyčinė savižala alkoholiu. Tai reiškia, kad čia kaip savižala vis dar dažnai netiksliai fiksuojami atvejai kai asmuo tiesiog apsvaigęs nuo alkoholio, nesant kitų su savižudybe susijusių diagnozių, nes atvejai, kuomet mėginama save tyčia sužaloti ar mėginti nusižudyti alkoholiu yra reti ir su jais kartu neturi būti įtraukiami atvejai kai asmuo vartoja alkoholį apsvaigimo tikslu (Rimkevičienė et al., 2016).



1.4.1 pav. Asmenų skaičius 100 tūkstančių gyventojų kai tais metais nors vieno gydymo epizodo metu fiksuojama kuri nors iš su savižudybe susijusių būklių (tyčinė savižala (įskaitant alkoholiu), mintys apie savižudybę, buvęs savižalos epizodas/savižalos padariniai)



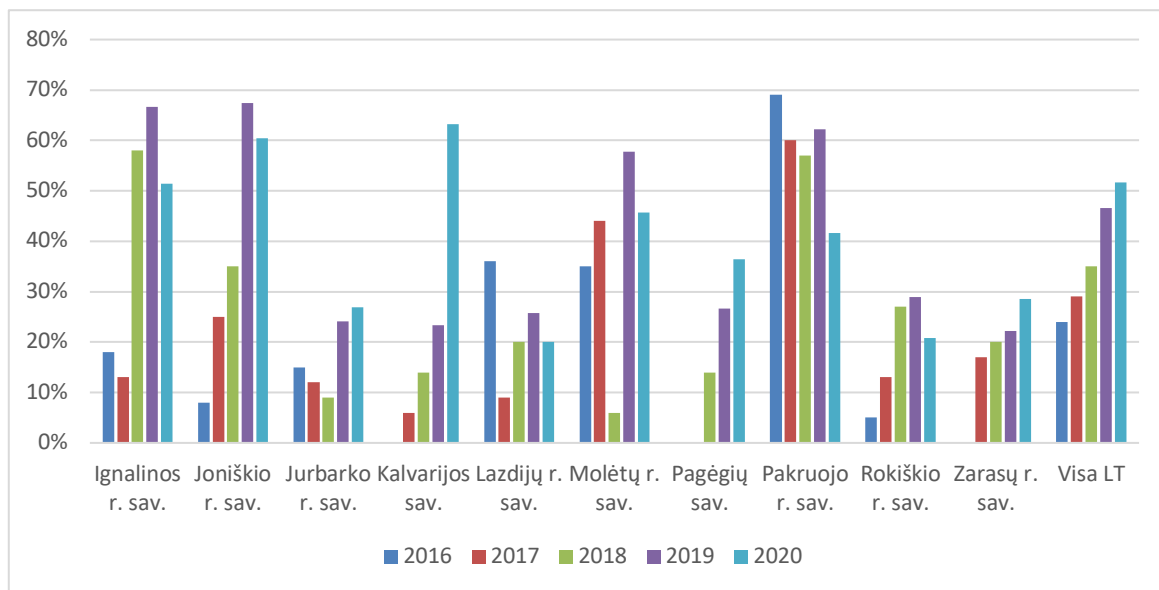
1.4.2 pav. Vidutinis asmenų skaičius 100 tūkstančių gyventojų 2019-2020 m., kuriems per metus nors vieno gydymo epizodo metu fiksuojama atitinkama su savižudybe susijusi diagnozė

Visų 10 rajonų gyventojams 2019-2020 savižalos diagnozė buvo fiksuota dažniau nei vidutiniškai Lietuvoje, o mintys apie savižudybę dažniau fiksuotos Joniškio, Jurbarko,

Kalvarijos, Molėtų ir Pakruojo rajonuose. Visgi šie fiksavimo mastai vis dar yra itin maži. Tyrimai rodo, kad mėginimų nusižudyti populiacijoje paprastai būna nuo 10 iki 100 kartų daugiau nei savižudybių (Gailienė, 1998). Tačiau, pavyzdžiui, 2020m. kai kuriuose rajonuose tyčinės savižalos fiksuojama net mažiau nei mėginimų nusižudyti (Ignalinos, Molėtų, Rokiškio, Zarasų), kituose rajonuose rodikliai panašūs, geriausiu atveju savižalos atvejų beveik dvigubai arba dvigubai daugiau (Jurbarko, Kalvarijų, Pagėgių raj.) nei savižudybių. Tad dauguma mėginimų nusižudyti lieka neužfiksuoti sveikatos priežiūros sistemoje.

Ignalinos, Lazdijų, Pagėgių ir Rokiškio rajonuose ryški disproporcija tarp fiksuojamų mėginimų nusižudyti (tyčinės savižalos) ir minčių apie savižudybę – šių diagnozių fiksavimas panašus, kai tikėtina, jog asmenų su mintimis apie savižudybę turėtų būti ženkliai daugiau nei mėginusiųjų nusižudyti. Tai rodo, kad šiuose rajonuose asmenys turintys minčių apie savižudybę lieka nepastebėti.

Rajonų palyginimas pagal tai, kuri dalis asmenų ambulatorinio gydymo metu, kai buvo fiksuota su savižudybe susijusi diagnozė (tyčinė savižala, išskyrus savižalą alkoholiu, mintys apie savižudybę arba buvusi savižala/jos padariniai), gavo psichikos sveikatos specialisto (beveik visais atvejais – gydytojo psichiatro ar vaikų ir paauglių psichiatro, kitų specialistų konsultacijos ženkliai retesnės) pagalbą, pateiktas 1.4.3 grafike. Apie stacionarius gydymo epizodus informacija, ar asmuo gavo psichiatro/psichologo konsultaciją nėra kaupiama SVEIDRA duomenų bazėje, nes stacionarinio gydymo metu suteiktos paslaugos nėra atskirai registruojamos stacionarinio gydymo statistinėje formoje, todėl stacionarinio gydymo epizodai į palyginimą nėra įtraukti.



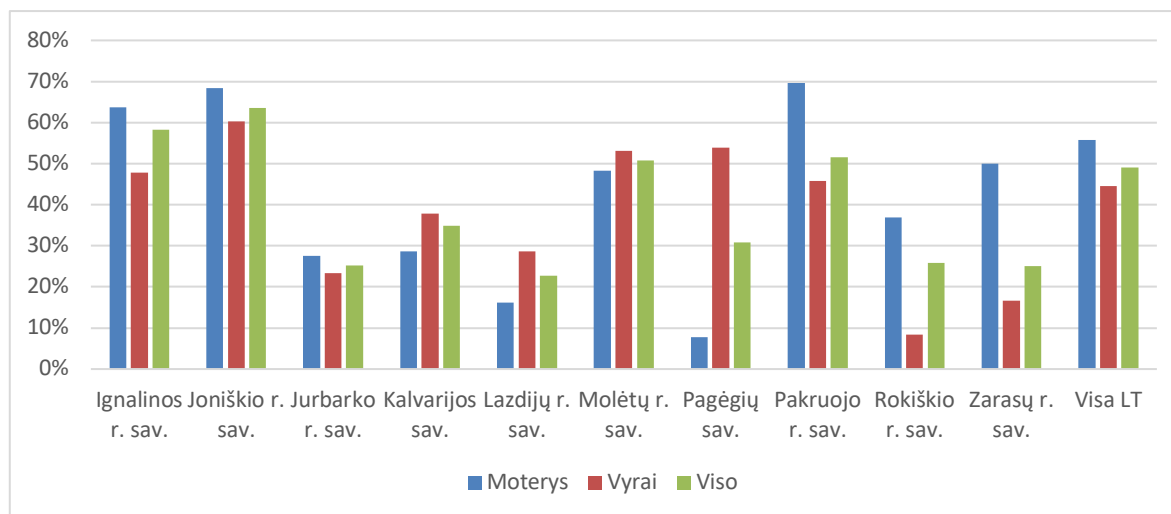
1.4.3 pav. Rajonų palyginimas pagal tai, kuri dalis asmenų gavo psichikos sveikatos specialisto konsultaciją ambulatorinio gydymo epizodo metu kai fiksuojami su savižudybe susiję sunkumai (tyčinė savižala, išskyrus savižalą alkoholiu, mintys apie savižudybę, buvęs savęs žalojimo epizodas/savižalos padariniai).

Iš grafiko matyti, kad asmenų dalis, kuriems esant su savižudybe susijusiai krizei suteikiama pagalba, didėja daugumoje savivaldybių. Iš šio ir ankstesnio grafiko matyti, kad Joniškio, Molėtų ir Pakruojo savivaldybės pasižymi tiek dažnu su savižudybe susijusių diagnozių fiksavimu, tiek tuo, kad didelė dalis jų gauna psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Tiesa, neramina tai, kad Pakruojo savivaldybėje stebimas šio rodiklio kritimas. Kalvarijų savivaldybėje ypač 2020m. išaugo pacientų dalis, kurie, kai fiksuojama su savižudybe susijusi krizė, gauna psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Jurbarko, Lazdijų, Rokiškio ir Zarasų rajonuose asmenų, kuriems fiksuoti su savižudybe susiję sunkumai, gaunančių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją dalis išlieka maža. Kadangi Lazdijų, Rokiškio ir Zarasų rajonuose retas ir šių diagnozių fiksavimas, pagalbos mastai esant su savižudybe susijusiems sunkumams ypač neramina.

Skirtumai tarp vyrų ir moterų, gaunančių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją 2019-2020m. kai fiksuojami su savižudybe susiję sunkumai, pavaizduoti 1.4.4 pav. Bendrai Lietuvoje, kai fiksuojama su savižudybe susijusi diagnozė, moterys dažniau gauna pagalbą nei vyrai. Tačiau grafikas rodo didelę gaunamos pagalbos disproporciją Rokiškio ir Zarasų rajonuose, rodančią, kad vyrams, net kai fiksuojami su savižudybe susiję sunkumai, psichikos



sveikatos specialisto pagalba nėra suteikiama, tokios disproporcijos tendencija matosi ir Pakruojo rajone. Pagėgių savivaldybėje atvirkščiai – psichikos sveikatos specialisto pagalbos trūksta būtent moterims.



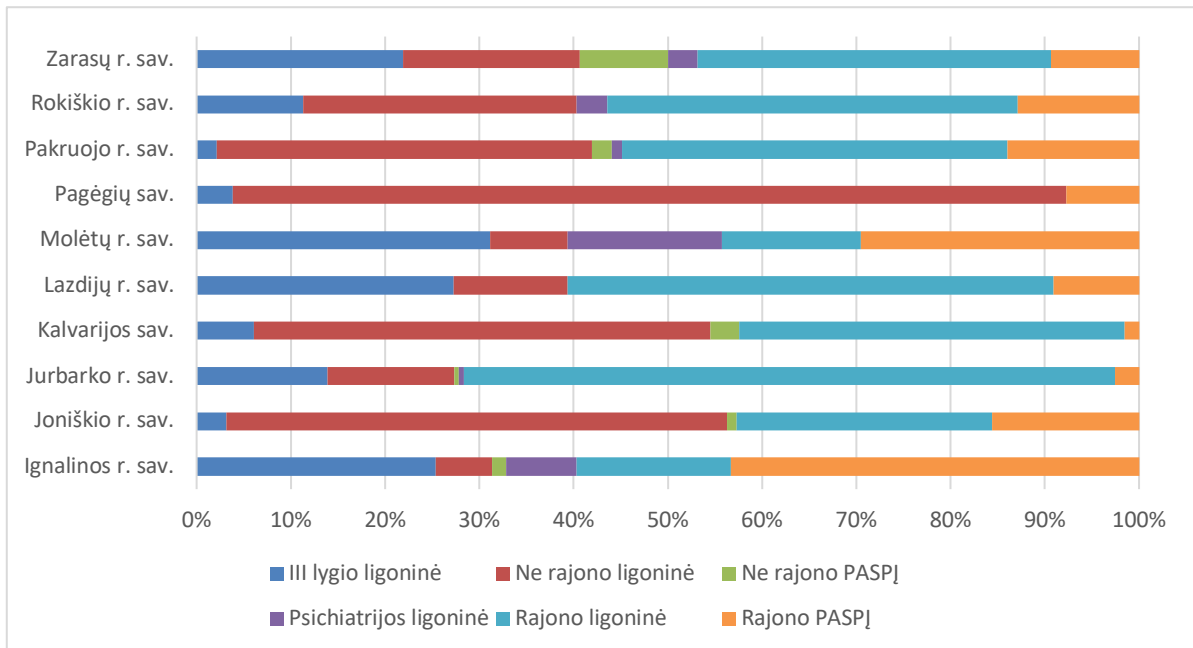
1.4.4 pav. Asmenų dalis, gavusių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją ambulatorinio gydymo metu, kai buvo fiksuoti su savižudybe susiję sunkumai (tyčinė savižala, išskyrus savižalą alkoholiu, mintys apie savižudybę, buvęs savęs žalojimo epizodas/savižalos padariniai) pagal lytį per 2019-2020m.

Specifiškai psichologo konsultacijos/psichoterapinės paslaugos (įskaitant savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinį vertinimą, nes tai psichoterapiškai veikianti paslauga) esant su savižudybe susijusiems sunkumams vis dar fiksuojamos itin retai. Per 2019-2020m. jos dažniau fiksuotos tik Ignalinos, Joniškio, Molėtų ir Pakruojo savivaldybių gyventojams, vieną kartą - Rokiškio rajono gyventojui. Čia išsiskiria Molėtų rajonas, kur net ketvirtadaliui visų atvejų, kuomet fiksuota psichikos sveikatos specialisto konsultacija (arba 16% skaičiuojant nuo visų gydymo epizodų), fiksuota ir psichologo konsultacija ar psichoterapinės paslaugos. Kadangi Molėtai apskritai išsiskiria dideliu psichikos sveikatos specialisto konsultacijų dažnumu esant su savižudybe susijusiems sunkumams, šis rodiklis ypač reikšmingas. Ignalinos, Joniškio ir Pakruojo savivaldybėse tarp 10 ir 18% visų atvejų, kuomet fiksuota psichikos sveikatos specialisto konsultacija, fiksuota ir psichologo konsultacija/psichoterapinės paslaugos. Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas fiksuotas Joniškio, Molėtų ir Pakruojo rajonuose, tačiau tai pavieniai atvejai, per 2019-2020m. fiksuoti 3-6 atvejai kiekviename rajone. Kituose rajonuose esant su savižudybe susijusiems sunkumams fiksuotos tik gydytojo psichiatro paslaugos. Tai

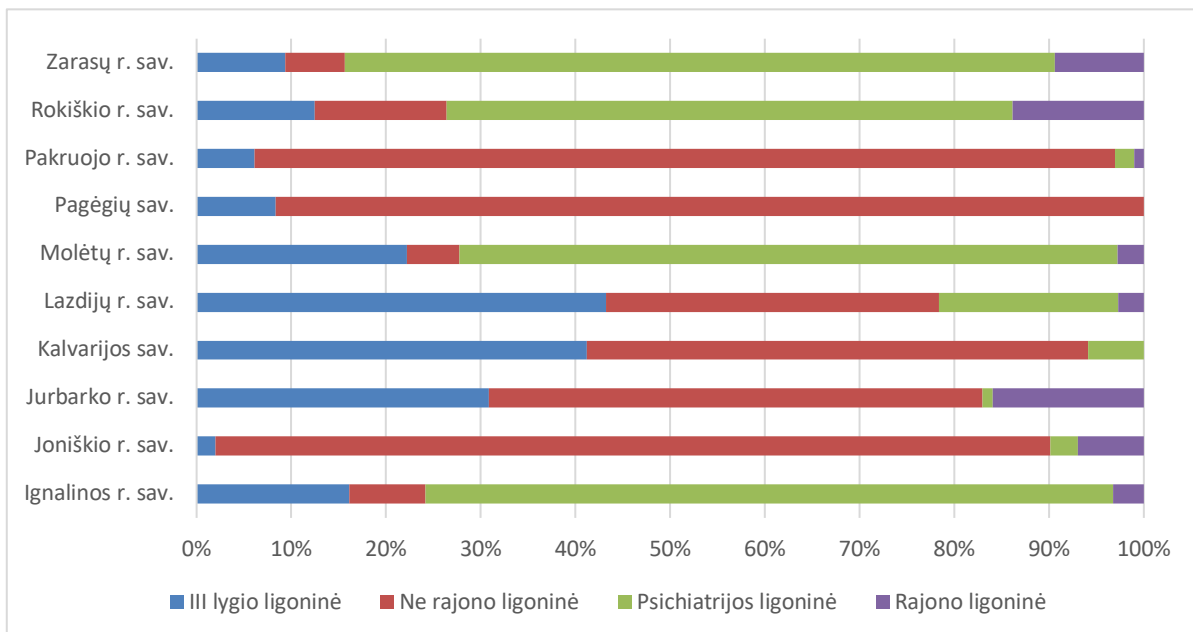
rodo, kad psichologinės ir psichosocialinės paslaugos savižudybės krizę išgyvenantiems asmenims vis dar mažai prieinamos.

Informacija, kur konkrečiai įstaigose teikiama ambulatorinė (1.4.5 pav.) ir stacionarinė (1.4.6 pav.) pagalba to rajono gyventojams esant su savižudybe susijusiems sunkumams pateikiama žemiau esančiuose grafikuose. Kai fiksuojama su savižudybe susijusi diagnozė, tik apie pusė atvejų ambulatorinės pagalbos ir maždaug 10% stacionarinės pagalbos suteikiama to rajono įstaigose, likusi pagalbos dalis yra suteikiama didesnėse sveikatos priežiūros įstaigose. Grafikuose taip pat išskirtos III lygio universitetinės ligoninės (Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos ir jų filialas Vaikų ligoninė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos ir Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė), kurios apima ypač didelę dalį stacionariųjų gydymo epizodų.

Taip pat grafikuose matyti, kad rajonai labai stipriai skiriasi pagal tai, kiek su savižudybe susijusių diagnozių fiksuojama jų PSC. Kalvarijos ir Jurbarko rajonuose PSC vaidina tik nedidelę dalį pagalbos teikime esant su savižudybės krizei, ten pagrindinis krūvis tenka rajono ligoninei, panaši situacija ir Lazdijuose. Pagėgių savivaldybė išsiskiria tuo, kad, nesant vietinės ligoninės, didžioji dalis pagalbos teikiama už rajono ribų. Tuo tarpu Molėtų ir Ignalinos rajono savivaldybėse PSC fiksuojamų su savižudybe susijusių diagnozių dalis ženkliai didesnė, taigi PSC prisiima ženkliai didesnį vaidmenį savižudybių prevencijoje. Svarbu tai, kad Ignalinos rajone yra du PSC centrai, ir diagnozių fiksavimo dažnis abejose ženkliai skiriasi (8 kartus, kai prisirašiusiųjų skaičius tik skiriasi 1%). Tad tikėtini paslaugų teikimo netolygumai ir pačio rajono viduje.



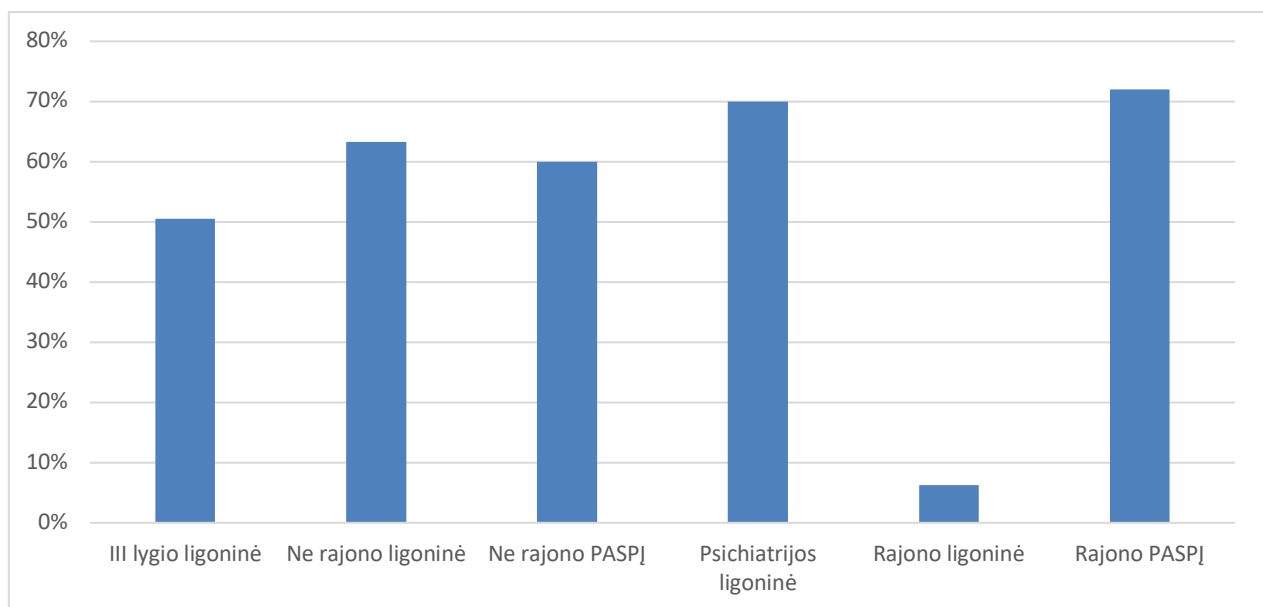
1.4.5 pav. Visi *ambulatorinio* gydymo epizodai, kai 2019-2020 buvo fiksuota nors viena su savižudybe susijusi diagnozė, pagal įstaigos tipą.



1.4.6 pav. Visi *stacionarinio* gydymo epizodai, kai 2019-2020 buvo fiksuota nors viena su savižudybe susijusi diagnozė, pagal įstaigos tipą.

Apibendrinti visų 10 rajonų 2019-2020m. duomenys, rodantys psichikos sveikatos specialisto konsultacijos dažnumą ambulatorinio gydymo metu pagal įstaigos tipą, kurioje fiksuota su savižudybe susijusi diagnozė, pavaizduoti 4.7 pav. Šis grafikas rodo, kad rajono ligoninės, net jei fiksuojama su savižudybe susijusi diagnozė, nėra pajėgios užtikrinti psichikos

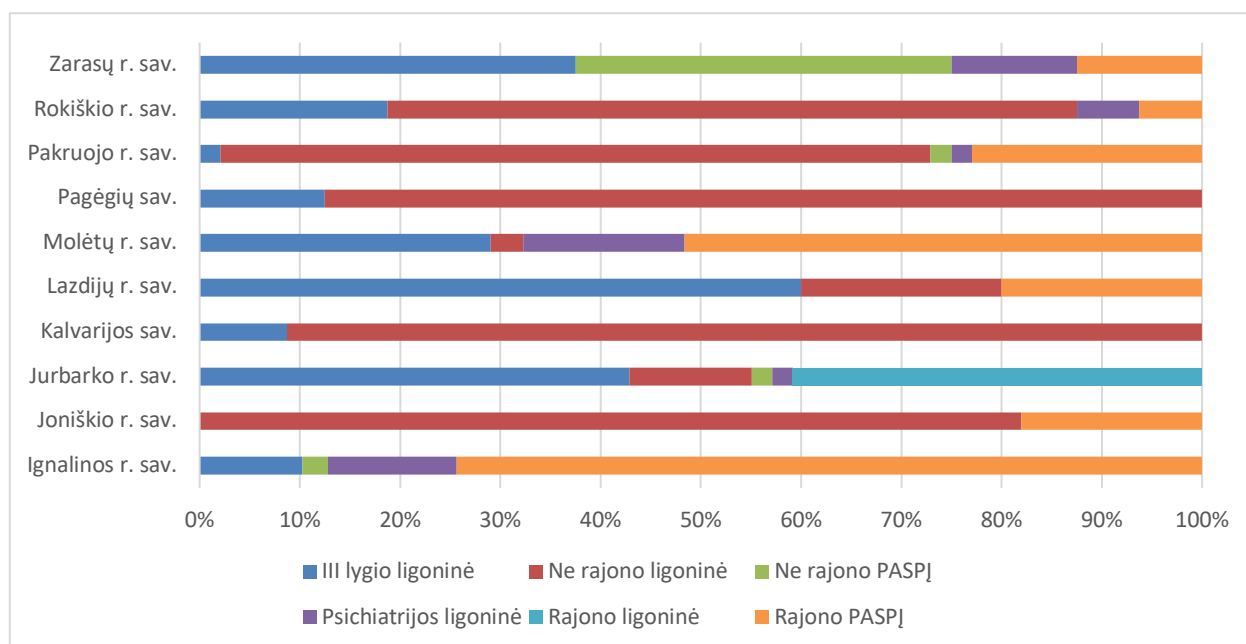
sveikatos specialisto konsultaciją. Nedidelė dalis atvejų, kai psichikos sveikatos specialisto konsultacija rajono ligoninėje buvo suteikta, gali būti pražiūrėta, nes Savižudybės grėsmę išgyvenančiam asmeniui psichosocialinis vertinimas ligoninėje yra priskiriamas skubiosios medicinos pagalbos IV paslaugai, kartu su specializuota fizinių traumų atstatymo pagalba, ir atskirai neišskiriamas. Tačiau bendri Lietuvos duomenys rodo, kad psichosocialinio vertinimo paslaugos bendro profilio ligoninėse atlikimas itin retas (Strička et al., 2021), todėl duomenims, tikėtina, turi mažą įtaką ir 1.4.7 pav. esantys duomenys atspindi realią situaciją. Tai rodo, kad bendrai rajonų ligoninės yra nepajėgios užtikrinti psichikos sveikatos specialisto konsultaciją esant su savižudybe susijusiems sunkumams, ir situacijos, kai rajone joms tenka didesnis krūvis lyginant su PSC, yra problemiškos.



1.4.7. pav. 2019-2020 m. ambulatorinio gydymo atvejų dalis, gavusių psichiatrinę pagalbą, kai buvo fiksuota su savižudybe susijusi diagnozė pagal įstaigą, kurioje teikta pagalba (bendri 10 tirtų rajonų duomenys).

Buvo išskirti 2019-2020m. gydymo epizodai, kuomet fiksuota ir su savižudybe susijusi diagnozė, ir psichikos sveikatos specialisto konsultacija. Tokių atvejų pasiskirstymas rajonuose pagal įstaigos tipą pavaizduotas 1.4.8 pav. Iš grafiko matyti, kad tik dvejose rajonuose – Molėtų ir Ignalinos, daugiau nei pusė tokių atvejų gauna pagalbą savo rajone. Jurbarko raj. savivaldybė išsiskiria tuo, kad pajėgia suteikti psichikos sveikatos specialisto konsultacijas savo rajono ligoninėje, PSC išvis nefiksuota tokios pagalbos teikimo atvejų. Pagėgių ir

Kalvarijos savivaldybėse visi atvejai, kuomet teikiama pagalba esant su savižudybe susijusiems sunkumams yra už savivaldybės ribų. Kituose rajonuose tik apie 20% (Pakruojo ir Joniškio) ar dar mažesnė dalis atvejų gaunančių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją esant su savižudybe susijusiai diagnozei fiksuojami to rajono įstaigose, dauguma pagalbą gauna didesniuose centruose už rajono ribų. Tai rodo, kad labiau psichikos sveikatos priežiūros paslaugos esant su savižudybe susijusiems sunkumams koncentruojasi ne rajono įstaigose, o už rajono ribų, ir savižudybių prevencijos algoritmai, įtraukiantys tik to rajono įstaigas į pagalbą teikimą, tikėtina bus mažai veiksmingi.



1.4.8 pav. 2019-2020 m. ambulatorinio gydymo epizodai, kuriuose teikta psichiatrinė pagalba, pagal įstaigos pobūdį.

## Apibendrinimas ir išvados

1. Objektivių rodiklių duomenų tikslumas išlieka rimta problema. Kai kuriose savivaldybėse fiksuojamos tik vyrų savižudybės ir tik savižudybės pasikariant. Tai kelia įtarimų, kad savižudybės kitais būdais, dažnesnės tarp moterų, lieka užfiksuotos po kitomis mirties priežastimis. Tyčinės savižalos fiksuojama tiek pat, arba vos daugiau nei savižudybių, kai tyrimai rodo, jog vienai savižudybei tenka bent 10 mėginimų nusižudyti. Pagalbos teikimo masto duomenys taip pat nėra pilni, pvz. psichologo konsultacijos vis dar panašu dažnai lieka nefiksuojamos SVEIDRA sistemoje. Norint realaus sistemos veikimo stebėjimo būtina didinti šių rodiklių tikslumą.
2. Daugumoje savivaldybių savižudybių rodikliai paskutiniaisiais metais sumažėjo. Rodikliai išlieka aukšti Ignalinos ir Molėtų savivaldybėse, paskutiniaisiais metais taip pat pastebimas didėjimas Jurbarko ir Rokiškio savivaldybėse.
3. Nerasta tiesioginių sąsajų tarp sergamumo COVID-19 liga ir savižudybių, nei rajonų lygmenyje, nei tiriant nusižudžiusių asmenų kontaktus su sveikatos priežiūros sistema. Tai reiškia, kad tiesiogiai sergamumas COVID-19 liga tirtuose regionuose nebuvo susijęs su ryškiu savižudybių padidėjimu. Tačiau dalyje regionų, būtent šiaurės-šiaurės rytų Lietuvoje (Ignalina, Joniškis, Molėtai, Pakruojis, Zarasai) buvo stebimas savižudybių rodiklio augimas per 2020m., tad tikėtinas netiesioginis pandemijos poveikis savižudybių rodikliams šiuose regionuose.
4. Svarbu tai, kad ypač nedidelėse savivaldybėse galimi dideli atsitiktiniai metinių savižudybių rodiklių svyravimai, nes savižudybė yra sąlyginai retas įvykis ir tose savivaldybėse, kuriose yra nedidelis gyventojų skaičius, savižudybių pokytis net vienu atveju staigiai iškreipti rodiklį. Į tai ypač svarbu atsižvelgti mažo gyventojų skaičiaus savivaldybėse, tokiose kaip, pvz. Pagėgiai, ir iš vieno metų stebėjimo neskubėti daryti išvadų apie staigų savižudybių paplitimo didėjimą tame regione.
5. Daugumoje regionų nusižudžiusieji asmenys per paskutinius metus iki mirties ir per paskutinį mėnesį iki mirties kreipėsi į šeimos gydytoją panašiu dažnumu ar net dažniau nei vidutiniškai Lietuvoje. Tačiau asmenų dalis, konsultuota psichikos sveikatos specialisto, tik dalyje rajonų panaši į Lietuvos vidurkį. Ypač maža dalis nusižudžiusių asmenų yra gavę psichologo konsultaciją. Tai rodo, kad nusižudžiusieji ieško pagalbos

sveikatos priežiūros sistemoje, į ją kreipiasi, tačiau nepakliūva iki psichikos sveikatos specialisto ir itin retai gauna psichologinę pagalbą.

6. Asmenų dalis, kuriems esant su savižudybe susijusiai krizei suteikiama pagalba, didėja daugumoje savivaldybių, dažnėja psichikos sveikatos specialisto konsultacijos. Tačiau Lazdijų, Rokiškio ir Zarasų rajonuose išlieka retas su savižudybe susijusių diagnozių fiksavimas, žemi psichikos sveikatos specialisto konsultacijų mastai esant su savižudybe susijusiems sunkumams. Rokiškio ir Zarasų rajonuose taip pat stipri disproporcija tarp lyčių, vyrams ženkliai rečiau suteikiama psichikos sveikatos specialisto konsultacija net kai fiksuojami su savižudybe susiję sunkumai.
7. Psichologinės ir psichosocialinės paslaugos savižudybės krizę išgyvenantiems asmenims vis dar mažai prieinamos. Net 5 rajonų gyventojams nei vienu atveju per 2019-2020m. kai buvo fiksuoti su savižudybe susiję sunkumai nebuvo fiksuota nei viena psichologo konsultacija/psichosocialinės paslaugos, tik gydytojo psichiatro arba vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija. Teigiama prasme išsiskiria Molėtų rajonas, kur net 16% visų atvejų gauna psichologo konsultacijas, arba ketvirtadalis atvejų, gaunančių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Taip pat daugiau nei kituose tirtuose rajonuose psichologo konsultacijų esant su savižudybe susijusiems sunkumams suteikiama Ignalinos, Joniškio ir Pakruojo savivaldybėse.
8. Rezultatai rodo, kad rajonų ligoninės yra nepajėgios užtikrinti psichikos sveikatos specialisto konsultaciją esant su savižudybe susijusiems sunkumams, ir situacijos, kai rajone joms tenka didesnis krūvis lyginant su PSC, yra problemiškos. Deja, tokia disproporcija tarp PSC ir rajono ligoninių fiksuota daugumoje tirtų savivaldybių, kai kuriose, pvz. Kalvarijos, Jurbarko, Pagėgių, ši tendencija itin ryški.
9. Kai fiksuojama su savižudybe susijusi diagnozė, tik apie pusė atvejų ambulatorinės pagalbos ir maždaug 10% stacionarinės pagalbos suteikiama to rajono įstaigose, likusi pagalbos dalis yra suteikiama didesnėse sveikatos priežiūros įstaigose. Rajonai stipriai skiriasi pagal tai, kuri dalis gydymo epizodų esant su savižudybe susijusiems sunkumams fiksuojami rajono įstaigose, ir dar labiau pagal tai, kur koncentruojasi gydymo epizodai, kai esant su savižudybe susijusiems sunkumams asmuo gauna psichikos sveikatos specialisto pagalbą. Pagėgių ir Kalvarijų savivaldybių gyventojams visi tokie atvejai fiksuoti už rajono ribų, ir tik dvejuose rajonuose – Molėtų ir Ignalinos, daugiau nei pusė atvejų, kai fiksuojami su savižudybe susiję sunkumai ir teikiama

psichikos sveikatos specialisto pagalba, gauna pagalbą savo rajone. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos esant su savižudybe susijusiems sunkumams koncentruojasi ne rajono įstaigose, o už rajono ribų, ir savižudybių prevencijos algoritmai, įtraukiantys tik to rajono įstaigas į pagalbos teikimą, tikėtina, bus mažai veiksmingi.



## **2. Specialistų pasirengimas reaguoti į savižudybės riziką ir pagalbos sistemos vertinimas**

Norint visapusiškai įvertinti reagavimo į savižudybės riziką sistemą, būtina suprasti šios sistemos specialistų pasirengimą teikti pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims. Studijos rodo, kad specialistai ne visuomet atliepia savižudybės krizę išgyvenančių asmenų poreikius (Dadašev, 2017; Samuelsson et al., 2000). Kita vertus, darbas su suicidiškais pacientais susijęs su aukštesniu psichikos sveikatos specialistų streso lygiu (Burnard et al., 2000). Tačiau specialistų, kaip vartininkų, rengimas atpažinti savižudybės rizikos ženklus, jų pasiruošimas kalbėti apie savižudybę ir nukreipti asmenį reikiamos pagalbos gali ženkliai prisidėti sprendžiant savižudybių problemą (Albright et al., 2016). Tad specialistų pasirengimo analizė savižudybių prevencijos sistemos pokyčių kontekste padėtų geriau suprasti, kaip įgalinti specialistą efektyvesniam darbui su savižudybės rizikoje esančiais asmenimis. Be to, specialistų refleksija yra itin svarbus informacijos apie savižudybių prevencijos sistemos veiksmingumą ir galimas jos tobulinimo gaires šaltinis. Šiuo tikslu atlikome specialistų, kurie savo darbe gali susidurti su asmenimis, esančiais savižudybės rizikoje, apklausą.

### **Metodika**

Empirinių duomenų rinkimui sudarėme anketą, į kurią įtraukėme klausimynus - instrumentus, vertinančius nuostatas savižudybių prevencijos atžvilgiu, pasirengimą reaguoti į savižudybės riziką, perdegimą ir psichologinę specialistų gerovę. Taip pat pateikėme ir atskirus klausimus, kuriais buvo prašoma įvertinti esamą pagalbos savižudybės rizikos atveju sistemą savo mieste/rajone bei savo, kaip specialisto, pasirengimą teikti pagalbą susidūrus su savižudybės rizika.

#### **Tyrime naudoti instrumentai**

**Nuostatų savižudybių prevencijos atžvilgiu skalė** (angl. The Attitudes to Suicide Prevention Scale – ASP, Herron et al., 2001). Šį klausimyną sudaro 14 teiginių, kurie vertinami 5 balų Likerto skalėje (nuo 1 – visiškai nesutinku iki 5 – visiškai sutinku). Du teiginiai yra apversti (4 ir 14). Įverčių diapazonas – nuo 14 iki 70. Aukštesni įverčiai nurodo labiau neigiamas nuostatas savižudybių prevencijos atžvilgiu. Instrumento psichometrinių

charakteristikų vertinimas atliktas tiriant gydytojus psichiatrus Jungtinėje Karalystėje (Herron et al., 2001). Originali skalė pasižymi geru patikimumu bei validumu: apskaičius vidinį suderinamumą rasta, jog Cronbach  $\alpha = 0.77$ , o pakartotinio testavimo Cronbach  $\alpha = 0.85$  (Herron et al., 2001). Lietuvišką šios skalės versiją parengė Suicidologijos tyrimų centro grupės tyrėjai. Buvo gautas raštiškas originalios skalės autorių leidimas skalę išversti iš anglų kalbos ir naudoti tyrime. Lietuviškos skalės vidinis suderinamumas šiame tyrime taip pat yra pakankamas - Cronbach  $\alpha = 0.746$ .

**Vartininkų elgesio skalė (VES)** (angl. Gatekeeper behaviour scale, GBS, Albright et al., 2016; lietuviška versija – Jeršovas, 2020). Šį klausimyną sudaro 11 teiginių, išskirtų į tris faktorius: *pasirengimo faktorius*, vertinantis pasirengimą teikti pagalbą, *tikimybės faktorius*, vertinantis tam tikros reakcijos tikimybę bei *saviveiksmingumo faktorius*, vertinantis pasitikėjimą savo gebėjimais padėti žmogui, esančiam savižudybės rizikoje. Pasirengimo faktorius sudarytas iš 5 pirmųjų teiginių, tikimybės faktorius iš 6 ir 7 teiginių, o saviveiksmingumo faktorius iš 8-11 teiginių. Pasirengimo faktoriaus teiginiai vertinami naudojant 5 balų Likerto skalę (1 – labai žemas pasirengimas, 5 – labai aukštas pasirengimas), tikimybės faktoriaus teiginiai vertinami 4 balų skalėje (1 – labai mažai tikėtina, 4 – labai tikėtina), saviveiksmingumo faktoriaus teiginiai vertinami 4 balų skalėje (1 – visiškai nesutinku, 4 – visiškai sutinku). Aukštesni įverčiai nurodo geresnį pasirengimą, aukštesnę tikimybę padėti savižudybės rizikoje esančiam asmeniui bei didesnį saviveiksmingumą.

Skalės psichometrinių charakteristikų vertinimo tyrime dalyvavo JAV universiteto darbuotojai, studentai bei mokyklų darbuotojai (Albright et al., 2016). Originali skalė pasižymi aukštu vidiniu suderinamumu: Cronbach  $\alpha = 0.93$  (Albright et al., 2016). Vertinant kriterinį validumą, atliktos koreliacijos tarp VES įverčių bei dalyvių nurodyto prevencinio elgesio atskleidė, jog tikimybės faktorius koreliuoja su realiu elgesiu kalbėtis apie savižudybę ( $r = 0.219$ ,  $p < 0.001$ ) ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą ( $r = 0.235$ ,  $p < 0.001$ ). Vertinant konvergentinį skalės validumą, buvo atliktos VES ir kitų konstrukto koreliacijos, kurios parodė, jog koreliacija tarp šio instrumento saviveiksmingumo faktoriaus ir kitų saviveiksmingumui matuoti skirtų skalių yra stipri ( $r = 0.519$ ,  $p < 0.001$ ).

Lietuviška VES skalės versija buvo parengta 2019 metais (Jeršovas, 2020). Jeršovo (2019) atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė atskleidė, jog lietuviškoji VES skalė neatitinka originalaus 3 faktorių modelio, todėl autoriai tyrime rėmėsi 4 faktorių modeliu: pasirengimas atpažinti, pasirengimas kalbėti, saviveiksmingumas padėti, saviveiksmingumas rekomenduoti

pagalbos šaltinį ar nukreipti. Vis dėl to, atliktus tiriamąją faktoriinę analizę su šio tyrimo duomenimis, paaiškėjo, kad analizuojamoje imtyje originali trijų faktorių versija yra tinkamesnė ( $KMO=0.862$ ,  $df=55$ ,  $chi-square=888.681$ ,  $p=0.000$ ). Tikrinių reikšmių grafike galime matyti tris faktorius (tikrinės reikšmės 5.51, 1.65 ir 0.8), kurie paaiškina 72.34% dispersijos (I - 50.07%, II - 14.95%, III - 7.31%; po sukimo: I - 31.73%, II - 25.33, III - 15.28%). Faktorių svoriai po sukimo varijuoja nuo 0.507 iki 0.845, klausimų pasiskirstymas faktoriuose atitinka originalo subskales: I - saviveiksmingumas, II - pasirengimas, III - tikimybė. Klausimas nr. 5 išsiskyrė aukštais faktorių svoriais I ir II faktoriuose (atitinkamai 0.7 ir 0.507). Siekiant kuo mažiau modifikuoti instrumentą buvo nuspręsta išlaikyti originalią instrumento struktūrą, pagal kurią šis klausimas priklauso II faktoriui. Visos skalės vidinis suderinamumas: Cronbach  $\alpha = 0.896$ , subskalių vidinis suderinamumas: Cronbach  $\alpha = 0.860, 0.750, 0.871$ .

**PSO-5 geros savijautos rodiklis** (angl. WHO-5 Well-being index, Pasaulio sveikatos organizacija, 1998) – tai Pasaulio sveikatos organizacijos sukurtas klausimynas, sudarytas iš 5 teiginių, kuriais vertinama, kaip asmuo jautėsi per pastarąsias dvi savaites. Šis klausimynas skirtas psichologinei gerovei matuoti. Kiekvienas teiginys vertinamas nuo 0 (niekada) iki 5 (visą laiką). Maksimalus geros savijautos rodiklis yra 25. Užpildžius anketą, visų teiginių vertinimai yra sudedami, o jų suma padauginama iš 4. Gaunamas balų skaičius nuo 0 iki 100. Aukštesnis balas žymi geresnę savijautą: jei rezultatas  $\geq 50$  – laikoma, jog nuotaika normali, jei rezultatas  $< 50$  – psichologinė būseną prasta, jei rezultatas  $\leq 28$  - nuotaika depresiška. Šis instrumentas yra išverstas į 30 pasaulio kalbų ir pasižymi geromis psichometrinėmis charakteristikomis (Topp et al., 2015). PSO-5 naudojamas tyrimuose ir Lietuvoje, pasižymi aukštu vidiniu suderinamumu: Cronbach  $\alpha=0.85$  (Grigutytė, 2015), 0.843 (Žiedelis, 2020). PSO-5 klausimyno Cronbach  $\alpha$  šio tyrimo imtyje – 0.882.

**Kopenhagos perdegimo klausimynas** (angl. *Copenhagen Burnout Inventory* – CBI; Kristensen et al., 2005). CBI klausimyną sudaro 19 teiginių, kurie skiriami į tris skirtingas išsekimo dalis: pirmąją dalį sudaro asmeninio išsekimo skalė, antrąją bei trečiąją dalis sudaro su darbu bei su klientais susijusio perdegimo skalės. Šiame tyrime buvo naudojamos dvi klausimyno dalys: su darbu ir su klientais susijusio išsekimo vertinimas. Minimalus skalės įvertis - 0, maksimalus - 100. Autorių pateikiamas atskirų skalių vidinis suderinamumas yra geras (Cronbach  $\alpha$  nuo 0.85 iki 0.87), Lietuvoje atlikto tyrimo autoriai taip pat nurodo gerą vidinį suderinamumą: Cronbach  $\alpha$  nuo 0.825 iki 0.852 (Žiedelis, 2020). Šiame tyrime su darbu susijusių išsekimo klausimų Cronbach alpha - 0.738, o su klientu susijusio išsekimo klausimų -

0.840. Originalo autoriai nurodo, kad CBI skalės faktorinė analizė nebuvo atlikta, nes šis instrumentas remiasi teoriniu ir metodologiniu perdegimo reiškinių pagrindimu, o ne statistiniu. Taigi, ir šiame tyrime CBI nebuvo testuojamas faktorinės analizės būdu.

**Kiti klausimai.** Siekiant kuo išsamiau išsiaiškinti specialistų nuomonę apie jų savivaldybėje esančią pagalbos sistemą savižudybės rizikoje esantiems asmenims, buvo pateikti ir šie atskiri klausimai:

- Kiek jaučiatės užtikrintas, kad žinote, kaip teikti pagalbą Jūsų mieste/rajone asmeniui, esančiam savižudybės rizikoje? (atsakymų variantai: visiškai užtikrintas, pakankamai užtikrintas, iš dalies užtikrintas, gana ne užtikrintas, visiškai ne užtikrintas).
- Kaip manote, kiek Jūsų vaidmuo svarbus, siekiant padėti savižudybės rizikoje esantiems asmenims Jūsų rajone? (atsakymų variantai: labai svarbus, svarbus, iš dalies svarbus, nesvarbus, visiškai nesvarbus).
- Kiek Jums ateityje būtų reikalingi mokymai ar seminarai apie tai, kaip padėti žmonėms, esantiems savižudybės rizikoje? (pažymėkite labiausiai tinkantį variantą, kai 1 reiškia, kad būtų visiškai nereikalingi, o 5 - labai reikalingi)
- Kaip vertinate pagalbos savižudybės rizikoje esantiems asmenims aspektus Jūsų mieste/rajone? Pažymėkite, kiek sutinkate su žemiau pateiktais teiginiais (atsakymų variantai: visiškai nesutinku; nesutinku; nei sutinku, nei nesutinku; sutinku; visiškai sutinku; nežinau):
  1. Psichologinės pagalbos teikėjų (psichologų, gyd. psichiatrų, socialinių darbuotojų, kt.) pakanka.
  2. Psichologinės pagalbos teikėjai lengvai pasiekiami (prieinama skubi pagalba).
  3. Teikiamos psichologinės pagalbos paslaugos kokybiškos.
  4. Užtikrinamas pagalbos asmeniui, esančiam savižudybės rizikoje, tęstinumas.
  5. Nusizudžiusiojo artimieji yra informuojami apie pagalbos galimybes, kurios jiems yra prieinamos.
  6. Skirtingos institucijos, dalyvaujančios savižudybių prevencijos sistemoje, bendradarbiauja.
  7. Pagalbos savižudybės rizikoje esančiam asmeniui tvarka yra aiški ir aprašyta dokumentuose, su kuriais specialistai yra supažindinti.

8. Pagalbos savižudybės rizikoje sistema yra koordinuojama (yra atsakingi asmenys, kurie tuo rūpinasi).
9. Specialistai teikdami pagalbą savižudybės rizikoje esantiems žmonėms bijo susidurti su neigiamomis pasekmėmis, jeigu jų klientas nusižudytų.

Į klausimyną buvo įtraukti 4 atviri klausimai apie sunkumus, kylančius teikiant pagalbą savižudybės rizikoje situacijose bei kas padeda dirbant su klientais, esančiais savižudybės rizikoje; taip pat buvo prašoma nurodyti savo nuomonę apie savo miesto/savivaldybės stipriąsias ir silpnąsias puses teikiant pagalbą savižudybės rizikoje esančiam asmeniui:

- Kas Jums asmeniškai sunkiausia darbe susidūrus su žmogumi, esančiu savižudybės rizikoje? Jei nesusiduriate, kaip manote, kas būtų sunkiausia, jei susidurtumėte?
- Kokios Jūsų stiprybės dirbant su žmogumi, esančiu savižudybės rizikoje? Jei nesusiduriate, kaip manote, kokios būtų Jūsų stiprybės, jei susidurtumėte?
- Įvardinkite, Jūsų manymu, 3 svarbiausias Jūsų miesto/rajono stiprybes, teikiant pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims.
- Įvardinkite, Jūsų manymu, 3 svarbiausias Jūsų miesto/rajono silpnąsias vietas (kokios yra spragos, trūkumai, problemos, kt.), teikiant pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims.

Apklausoje taip pat buvo renkama informacija apie tyrimo dalyvių lytį, amžių, darbo stažą, darbovietę, dalyvavimą savižudybių prevencijos seminaruose/mokymuose bei kaip dažnai savo darbe susiduria su savižudybės rizikoje esančiais asmenimis.

### **Tyrimo eiga**

Internetinė apklausa vyko apklausų platformoje [www.manoapklausa.lt](http://www.manoapklausa.lt). Kvietimas dalyvauti tyrime su nuoroda į anketą buvo siunčiamas savivaldybių, kurios pasižymi aukščiausiais savižudybių rodikliais pagal 2017 metų duomenis (Ignalina, Joniškis, Jurbarkas, Kalvarija, Lazdijai, Molėtai, Pagėgiai, Pakruojis, Rokiškis, Zarasai), įstaigoms: Policijos komisariatams, Ugniagesių tarnyboms, poliklinikoms, mokykloms, vaiko teisių/švietimo įstaigoms, socialines paslaugas teikiančioms įstaigoms, seniūnijoms, visuomenės sveikatos biurams. Tokiu būdu informacija apie vykdomą apklausą buvo išsiųsta 228 įstaigoms, siekiant apklausti specialistus, kurie galimai savo darbe susiduria su asmenimis, esančiais savižudybės rizikoje.

Iš pradžių dalyviams elektroniniu paštu buvo išsiųstas kvietimas dalyvauti tyrime su nuoroda į apklausą. Po mėnesio buvo išsiųstas pakartotinis kvietimas dalyvauti tyrime.

Tuomet, po trijų mėnesių buvo išsiųstas dar vienas pakartotinis kvietimas dalyvauti tyrime tik tų savivaldybių įstaigoms, kuriose ypač mažai specialistų užpildė anketą. Po šio trečiojo kvietimo įstaigoms buvo paskambinta telefonu ir dar kartą prašoma užpildyti anketą.

Prieš pradėdant pildyti klausimyną, dalyviams buvo pateikiama informacija apie tyrimo tikslą, duomenų apsaugą bei atsakymų anonimiškumą. Apklausoje taip pat buvo pateikti tyrėjų kontaktai, kuriais dalyviai buvo skatinami kreiptis, esant pagalbos poreikiui. Taip pat dalyviai buvo informuoti, jog tyrimą gali nutraukti bet kuriuo metu. Apklausoje trukmė – iki 30 minučių.

Vilniaus universiteto psichologinių tyrimų etikos komitetas suteikė leidimą atlikti šį psichologinį tyrimą (leidimo nr. 39, data 2020-02-27).

### **Tyrimo dalyviai**

Tyrimo dalyvavo 141 savižudybių prevencijos sistemoje dalyvaujančių specialistų, savo darbe galimai susiduriančių su savižudybės rizikoje esančiais žmonėmis. Dalyvių amžius – nuo 25 iki 67 metų ( $M = 47,72$ ,  $SD = 9,75$ ). Iš jų 23 (16,1 proc.) buvo vyrai ir 118 (82,5 proc.) moterys. Anketą užpildė po 9 (6,3 proc.) specialistus iš Kalvarijos sav. bei Lazdijų raj. sav, po 10 (7 proc.) iš Ignalinos raj. sav., Jurbarko raj. sav. bei Pakruojo raj. sav., po 13 (9,1 proc.) iš Molėtų raj. sav. bei Pagėgių sav., 14 (9,8 proc.) iš Joniškio raj. sav., 15 (10,5 proc.) iš Zarasų raj. sav., 18 (12,6 proc.) iš Rokiškio raj. sav. 20 (14 proc.) dalyvių miestą, kuriame dirba, pažymėjo kaip „Kita“, nes dalis specialistų dirba ir kituose rajonuose arba kai kurios įstaigos yra viename rajone, bet teikia paslaugas ir kito rajono gyventojams.

52 (36,4 proc.) dalyviai nurodė dirbantys ugdymo įstaigoje, 28 (19,6 proc.) seniūnijoje, 20 (14 proc.) policijoje, 14 (9,8 proc.) sveikatos priežiūros įstaigoje, 7 (4,9 proc.) socialinių paslaugų įstaigoje, 4 (2,8 proc.) globos įstaigoje, 2 (1,4 proc.) savivaldybėje, 1 (0,7 proc.) vaikų teisių tarnyboje. 2 (1,4 proc.) dalyviai darbo vietą nurodė kaip „Kita“, o 11 (7,8 proc.) dalyvių darbo vietos nenurodė. Absoliutus dalyvių darbo stažas svyravo nuo pusės metų iki 41 metų ( $M = 16,36$ ;  $SD = 10,65$ ). Darbo stažas nurodytoje savivaldybėje svyravo nuo pusės metų iki 39 metų ( $M = 15,77$ ;  $SD = 10,56$ ). Didžioji dalis specialistų nurodė, kad su savižudybės rizikoje esančiais asmenimis susiduria: rečiau nei kasmet pažymėjo 38% dalyvių, keletą kartų per metus - 27%, keletą kartų per mėnesį - 4%, keletą kartų per savaitę - 1%, kasdien - 1%. 28% tyrimo dalyvių nurodė, kad su savižudybės rizikos atvejais nesusiduria.

### **Duomenų analizės metodai**

Statistinė analizė atlikta su IBM SPSS Statistics 26 programine įranga. Grupių palyginimui atlikta vienfaktorinė dispersinė analizė. Koreliacinei analizei taikytas Pearson koreliacijos koeficientas. Koreliacijos koeficientai vertinti remiantis Akoglu (2018) pateiktomis dažniausiai taikomomis interpretacijomis: 0 - nėra jokio ryšio, iki 0,3 silpnas ryšys, 0,4 - 0,6 vidutinis ryšys, 0,7 - 0,9 stiprus ryšys, 1 idealus ryšys. VES skalės faktoriams išskirti buvo atlikta tiriamoji faktorinė analizė. Hierarchinė regresinė analizė buvo atlikta siekiant įvertinti prognostinius veiksnius. Duomenų normalumas tikrintas Komogorov-Smirnov testu bei asimetrijos ir eksceso koeficientų vertinimu. Reikšmingumo lygmuo laikytas  $p \leq 0,05$ .

Atviri klausimai buvo analizuojami turinio analizės būdu (Elo & Kyngäs, 2008). Remiantis šiuo metodu, surinkti duomenys yra sisteminami ir apjungiami į bendresnes kategorijas. Iš pradžių buvo atliekamas atviras kodavimas, kurio metu du tyrėjai dvejus kartus perskaitė visus atsakymus ir pasižymėjo pagrindines kiekvieno atsakymo mintis, t.y. kodus - smulkiausias analizės segmentus. Po atviro kodavimo, buvo generuojamos subkategorijos, sudarytos iš pagal prasmę apjungtų kodų. Siekiant užtikrinti tyrimo rezultatų patikimumą, išskirtas subkategorijas abu tyrėjai aptarė tarpusavyje ir sudarė bendrą subkategorijų sąrašą. Po to subkategorijos buvo apjungiamos ir priskiriamos bendrinėms kategorijoms. Tuomet bendrinės kategorijos buvo apjungiamos į stambiausias, pagrindines kategorijas. Tyrimo duomenų sisteminiui buvo naudojama MsExcel 2016 programa. Aprašant rezultatus buvo skaičiuojama, kiek kartų atsakymuose pasikartojo išskirti kodai.

## Rezultatai

### **Vartininkų pasirengimas reaguoti, nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu, perdegimas darbe ir psichologinė gerovė**

Instrumentais įvertintų kintamųjų aprašomoji statistika pateikta 2.1 lentelėje. Kolmogorovo-Smirnovo testas parodė, kad Nuostatų savižudybių prevencijos atžvilgiu skalės duomenys yra normaliai pasiskirstę ( $p=0.200$ ), tačiau pagal šį kriterijų kitų skalių duomenys yra pasiskirstę nenormaliai. Vis dėlto, vertinant duomenų pasiskirstymo asimetriją ir ekscesą, ir kitų kintamųjų duomenys gali būti laikomi kaip normaliai pasiskirstę, jeigu šie koeficientai atitinkamai neviršija intervalo nuo -3 iki 3 ir nuo -10 iki 10 (Kline, 2011). Taigi, remiantis Kline (2011) pateiktais kriterijais, tolimesnėje analizėje visi tyrimo kintamieji laikomi kaip normaliai pasiskirstę.

2.1 lentelė. Kintamųjų aprašomosios charakteristikos.

Kintamieji	N	M	SD	Min	Max	Asim.	Eksc.
Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu	141	35.43	6.34	19	53	-0.047	-0.083
VES: pasirengimas	141	3.23	0.51	1	5	0.007	2.383
VES: tikimybė	141	3.34	0.51	1.5	4	-0.276	0.163
VES: saviveiksmingumas	141	3.04	0.44	1	4	-0.762	4.290
PSO-5	141	60.82	18.48	8	100	-0.484	-0.215
Su darbu susijęs perdegimas	141	41.51	14.35	14.29	96.43	0.814	1.231
Su klientu susijęs perdegimas	141	41.34	17.04	4.17	91.67	0.157	0.610

N - imtis, M - vidurkis, SD - standartinis nuokrypis, Min - minimalus įvertis, Max - maksimalus įvertis, Asim. - asimetrijos koeficientas, Eksc. - eksceso koeficientas.

Toliau analizuojami tyrimo kintamųjų vidurkių skirtumai tarp tyrimo dalyvių iš skirtingų darbuviečių. Vidurkiai skirtingose grupėse pateikti 2.2 lentelėje.

2.2 lentelė. Kintamųjų vidurkiai skirtingose tyrimo dalyvių grupėse, išskirtose pagal darbuvietai.

Kintamieji	N	M	SD	F	df	p
Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu				2.126	5	0.067
Sveikatos priežiūros įstaiga	10	30.9	6.23			
Policija	20	38.4	5.73			
Ugdymo/švietimo įstaiga	51	35.33	6.43			
Seniūnija	28	35.71	5.18			
Globos, vaiko ir šeimos gerovės, vaiko teisių įstaiga	6	34.67	7.74			
Socialinių paslaugų įstaiga	6	35.83	5.00			
VES: pasirengimas				3.092	5	0.012
Sveikatos priežiūros įstaiga	10	3.7	0.7			
Policija	20	3.03	0.61			
Ugdymo/švietimo įstaiga	51	3.22	0.41			
Seniūnija	28	3.19	0.54			
Globos, vaiko ir šeimos gerovės, vaiko teisių įstaiga	6	3.27	0.16			
Socialinių paslaugų įstaiga	6	3.6	0.51			
VES: tikimybė				3.056	5	0.013
Sveikatos priežiūros įstaiga	10	3.35	0.58			
Policija	20	3.08	0.44			
Ugdymo/švietimo įstaiga	51	3.30	0.44			
Seniūnija	28	3.57	0.49			

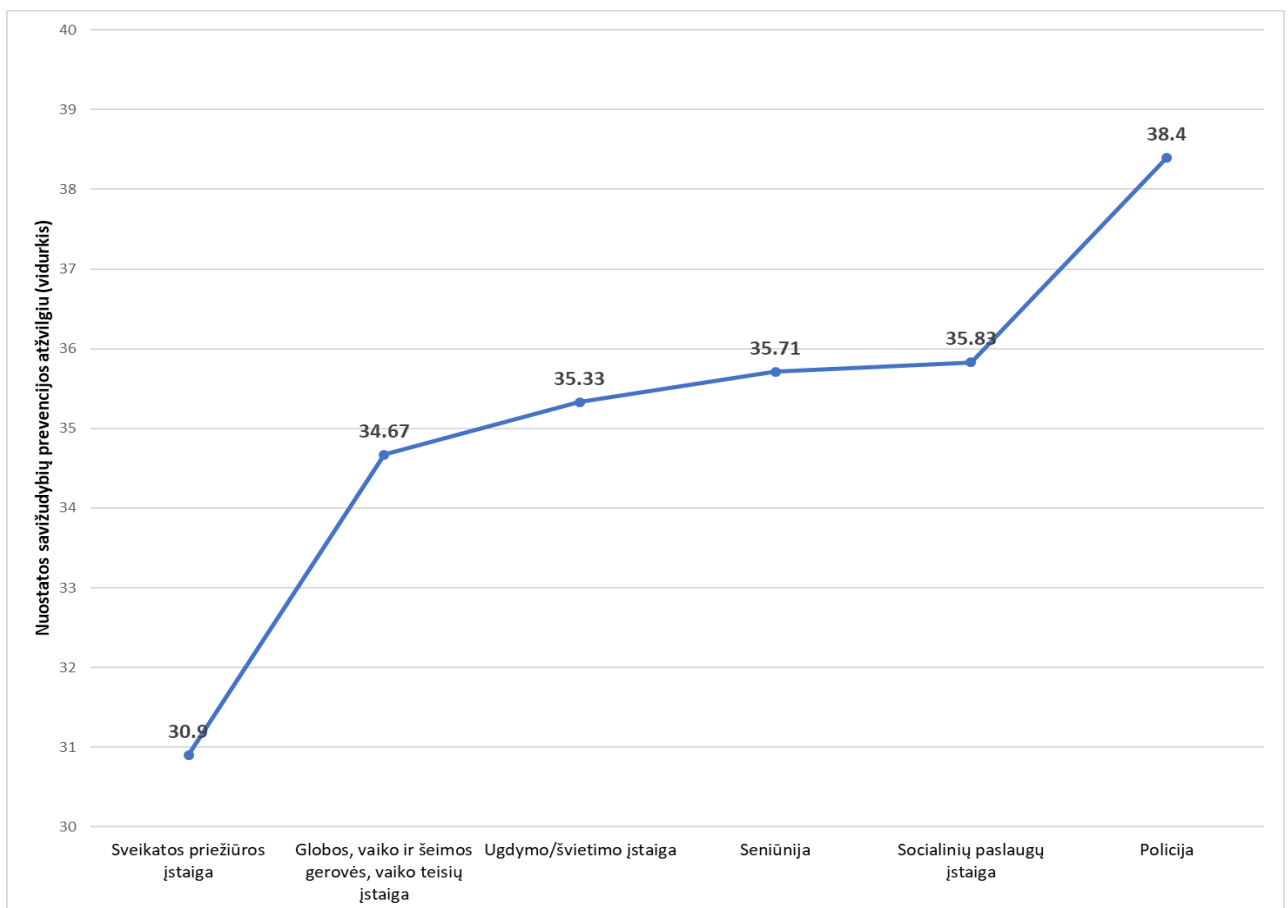


Globos, vaiko ir šeimos gerovės, vaiko teisių įstaiga	6	3.5	0.45			
Socialinių paslaugų įstaiga	6	3.5	0.45			
VES: saviveiksmingumas				2.758	5	0.022
Sveikatos priežiūros įstaiga	10	3.38	0.49			
Policija	20	2.83	0.56			
Ugdymo/švietimo įstaiga	51	3.03	0.40			
Seniūnija	28	3.13	0.33			
Globos, vaiko ir šeimos gerovės, vaiko teisių įstaiga	6	3.13	0.21			
Socialinių paslaugų įstaiga	6	3.17	0.26			
PSO-5				0.403	5	0.846
Sveikatos priežiūros įstaiga	10	54.4	21.10			
Policija	20	62.4	16.89			
Ugdymo/švietimo įstaiga	51	60.86	20.18			
Seniūnija	28	60.57	17.44			
Globos, vaiko ir šeimos gerovės, vaiko teisių įstaiga	6	55.33	5.89			
Socialinių paslaugų įstaiga	6	64.67	22.83			
Su darbu susijęs perdegimas				0.712	5	0.616
Sveikatos priežiūros įstaiga	10	41.79	15.16			
Policija	20	43.04	15.52			
Ugdymo/švietimo įstaiga	51	41.74	13.71			
Seniūnija	28	40.31	11.12			
Globos, vaiko ir šeimos gerovės, vaiko teisių įstaiga	6	48.81	15.59			
Socialinių paslaugų įstaiga	6	35.12	9.95			
Su klientu susijęs perdegimas				0.509	5	0.769
Sveikatos priežiūros įstaiga	10	39.17	20.62			
Policija	20	45	15.33			
Ugdymo/švietimo įstaiga	51	41.67	16.12			
Seniūnija	28	40.18	14.88			
Globos, vaiko ir šeimos gerovės, vaiko teisių įstaiga	6	47.92	22.17			
Socialinių paslaugų įstaiga	6	37.5	15.59			

*Pastabos:* N - imtis, M - vidurkis, SD - standartinis nuokrypis, F - Fišerio statistikos reikšmė, df - laisvės laipsniai, p - p-reikšmė.

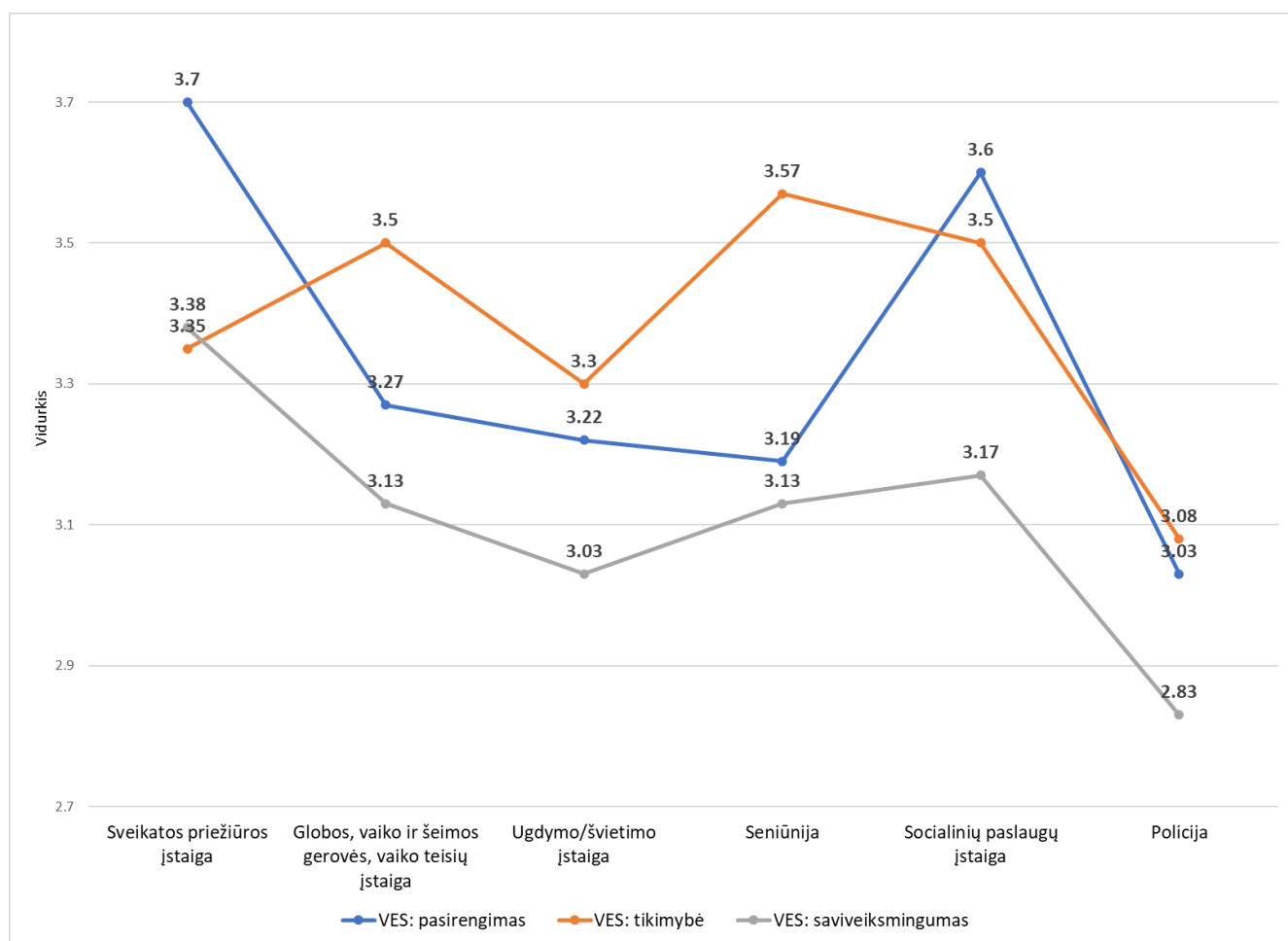
Geros savijautos ir perdegimo, tiek susijusio su darbu, tiek su klientu, rodikliai skirtingose grupėse nesiskiria ( $p > 0.05$ ). Vadinasi, šiame tyrime įvertinta tyrimo dalyvių emocinė savijauta visose darbovietėse yra panaši, statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu taip pat statistiškai reikšmingai tarp grupių nesiskiria, tačiau  $p$ -reikšmė artėja prie statistinio reikšmingumo lygmens ( $p = 0.067$ ). Atlikus papildomą kontrasto analizę paaiškėjo, kad nuostatų atžvilgiu tarpusavyje statistiškai reikšmingai skiriasi dvi grupės: sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys specialistai ( $M = 30.9$ ) ir policijoje dirbantys specialistai ( $M = 38.4$ ) ( $p = 0.002$ ,  $df = 115$ ,  $t = -3.209$ ). Skirtumų tarp grupių vizualizacija pateikta 2.1 paveiksle. Specialistai, dirbantys sveikatos priežiūros įstaigose, turi palankiausias savižudybių prevencijai nuostatas, tuo tarpu kitose įstaigose dirbančių specialistų nuostatos mažiau palankios, o mažiausiai palankiomis nuostatomis pasižymėjo policijoje dirbantys specialistai.



2.1 pav. Nuostatų savižudybių prevencijos atžvilgiu skirtumai tarp skirtingose darbovietėse dirbančių specialistų (aukštesni įverčiai reiškia daugiau neigiamas nuostatas savižudybių prevencijos atžvilgiu)

Analizė parodė, kad Vartininkų elgesio visų subskalių vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi tarp grupių, t.y. tarp skirtingose darbovietėse dirbančių specialistų ( $p = 0.012$ ;  $0.013$ ;  $0,022$ ). Pritaikius Bonferroni testą paaiškėjo, kad policijoje dirbantys specialistai statistiškai reikšmingai skiriasi nuo sveikatos priežiūros įstaigos specialistų ir seniūnijos darbuotojų: policijos darbuotojai yra mažiau pasirengę reaguoti savižudybės rizikos atveju ir jaučia silpnesnį saviveiksmumą, susidūrus su savižudybės rizika, negu sveikatos priežiūros specialistai ( $p=0.012$  ir  $0.012$ ), taip pat policijos darbuotojų reagavimo į savižudybės riziką tikimybė yra mažesnė, lyginant su seniūnijos darbuotojų reagavimo tikimybe ( $p=0.006$ ). Vidurkių skirtumų tarp grupių vizualizacija pateikiama 2.2 paveiksle. Papildoma kontrasto analizė parodė, kad sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys specialistai yra statistiškai reikšmingai labiau pasirengę reaguoti savižudybės rizikos atveju už seniūnijos darbuotojus ( $p=0.006$ ).



2.2 pav. Vartininkų elgesio skalės (VES) subskalių vidurkių skirtumai tarp skirtingose darbovietėse dirbančių specialistų.

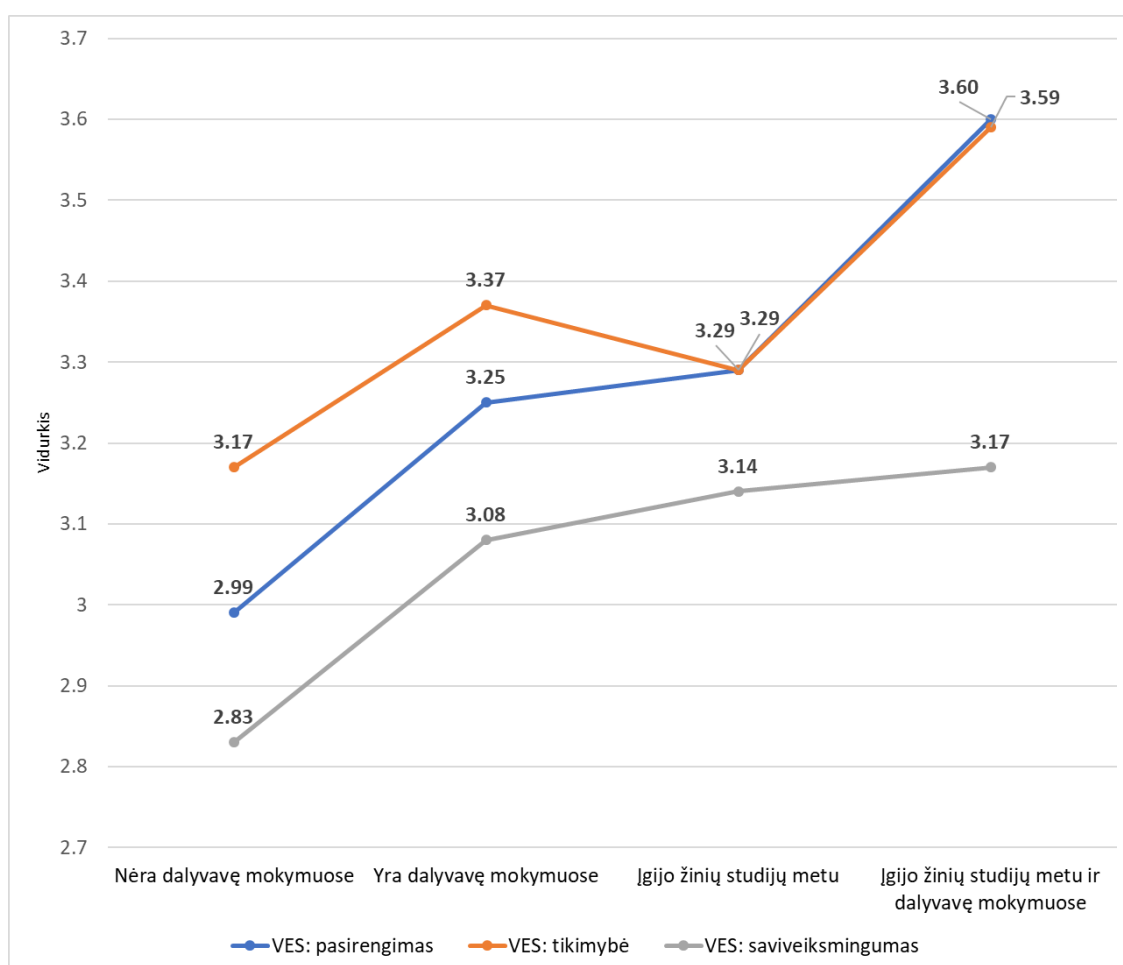
Toliau pateikta analizė, kurios metu buvo vertinama, ar skiriasi specialistų pasirengimas reaguoti, tikimybė reaguoti ir saviveiksmingumas susidūrus su savižudybės rizika bei nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu priklausomai nuo to, ar ir kiek specialistas yra įgijęs žinių apie savižudybių prevenciją įvairiuose mokymuose ar studijų metu. Atlikta vienfaktorinė dispersinė analizė, lyginant šias grupes: tyrimo dalyviai, kurie pažymėjo, kad 1) nėra dalyvavę jokiuose mokymuose; 2) yra dalyvavę mokymuose; 3) yra įgiję žinių studijų metu; 4) yra įgiję žinių studijų metu bei dalyvavę mokymuose. Analizės rezultatai pateikiami 2.3 lentelėje.

2.3 lentelė. Kintamųjų vidurkiai skirtingose tyrimo dalyvių grupėse, išskirtose pagal dalyvavimą mokymuose.

Kintamieji	N	M	SD	F	df	p
Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu				1.556	3	0.203
Nėra dalyvavę mokymuose	29	37.66	6.51			
Yra dalyvavę mokymuose	93	34.95	6.12			
Įgijo žinių studijų metu	7	34.14	6.41			
Įgijo žinių studijų metu ir dalyvavę mokymuose	12	34.58	7.19			
VES: pasirengimas				4.758	3	0.003
Nėra dalyvavę mokymuose	29	2.99	0.57			
Yra dalyvavę mokymuose	93	3.25	0.48			
Įgijo žinių studijų metu	7	3.29	0.40			
Įgijo žinių studijų metu ir dalyvavę mokymuose	12	3.60	0.38			
VES: tikimybė				2.123	3	0.100
Nėra dalyvavę mokymuose	29	3.17	0.59			
Yra dalyvavę mokymuose	93	3.37	0.48			
Įgijo žinių studijų metu	7	3.29	0.49			
Įgijo žinių studijų metu ir dalyvavę mokymuose	12	3.59	0.47			
VES: saviveiksmingumas				2.978	3	0.034
Nėra dalyvavę mokymuose	29	2.83	0.65			
Yra dalyvavę mokymuose	93	3.08	0.36			
Įgijo žinių studijų metu	7	3.14	0.40			
Įgijo žinių studijų metu ir dalyvavę mokymuose	12	3.17	0.34			

Pastabos: N - imtis, M - vidurkis, SD - standartinis nuokrypis, F - Fišerio statistikos reikšmė, df - laisvės laipsniai, p - p-reikšmė.

Analizė parodė, kad dalyvavimas mokymuose turi sąsajų su pasirengimu reaguoti ir saviveiksmingumu susidūrus su savižudybės rizika. Pagal dispersinės analizės ir Bonferroni testo rezultatus, pasirengimas reaguoti skiriasi tarp tyrimo dalyvių, kurie visai nėra dalyvavę mokymuose ir tų dalyvių, kurie yra įgiję žinių studijų metu bei dalyvavę mokymuose ( $p=0.002$ ), o saviveiksmingumas susidūrus su savižudybės rizika skiriasi tarp tyrimo dalyvių, kurie nėra dalyvavę mokymuose ir tų dalyvių, kurie yra dalyvavę mokymuose ( $p=0.05$ ). Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu ir tikimybė, kad bus reaguojama į savižudybės riziką, statistiškai reikšmingai tarp grupių nesiskyrė. Rezultatų vizualizacija pateikta 3 paveiksle.



2.3 pav. Vartininkų elgesio skalės (VES) subskalių vidurkių skirtumai tarp tyrimų dalyvių grupių, išskirtų pagal dalyvavimą mokymuose.

Apibendrinant grupių palyginimo analizės rezultatus, galima teigti, kad policijos darbuotojai išsiskiria prastesnėmis nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu, mažesniu pasirengimu reaguoti, mažesne tikimybe, kad bus reaguojama, ir silpnesniu

saviveiksmingumu susidūrus su savižudybės rizika. Seniūnijos darbuotojai pasižymi didesne tikimybe, kad reaguos į savižudybės riziką, nors ir neturi aukštesnių pasirengimo reaguoti ar saviveiksmingumo įverčių. Silpnesniu pasirengimu reaguoti ir žemesniu saviveiksmingumu, susidūrus su savižudybės rizika, pasižymėjo tyrimo dalyvių grupė, nedalyvavusi jokiuose mokymuose. Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu bei tikimybė, kad bus reaguojama į savižudybės riziką nesiskyrė dalyvavimo mokymuose atžvilgiu.

Siekiant išsiaiškinti tyrimo kintamųjų tarpusavio priklausomybę, atlikta koreliacinė analizė. Šios analizės rezultatai pateikti 2.4 lentelėje.

2.4 lentelė. Koreliacijų tarp kintamųjų analizė (koreliacijos koeficientai).

		I	II	III	IV	V	VI
I	Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu	-					
II	VES: pasirengimas	-0.341**	-				
III	VES: tikimybė	-0.389**	0.417**	-			
IV	VES: saviveiksmingumas	-0.459**	0.569**	0.643**	-		
V	PSO-5	-0.205*	0.223**	0.163	0.184*	-	
VI	Su darbu susijęs perdegimas	0.151	-0.151	-0.129	-0.178*	-0.546**	-
VII	Su klientu susijęs perdegimas	0.185*	-0.181*	-0.121	-0.181*	-0.517**	0.848**

\* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$

Pagal koreliacinės analizės rezultatus, nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu yra statistiškai reikšmingai susiję su visais šio tyrimo kintamaisiais, išskyrus su perdegimu, susijusiu su darbu. Tačiau koreliacijos varijuoja nuo labai silpnos ( $r=0.185$ ) iki vidutinės ( $r=-0.459$ ). Nuostatos statistiškai reikšmingai koreliuoja su visomis vartininkų elgesio subskalėmis: su pasirengimu reaguoti ryšys yra silpnas ( $r=-0.233$ ), su tikimybe ir saviveiksmingumu kiek stipresnis, artėjantis link vidutinio ( $r=-0.389$  ir  $-0.343$ ). Šios sąsajos yra neigiamos, vadinasi, kuo labiau neigiamos nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu, tuo silpnesnis pasirengimas reaguoti, tuo mažesnė tikimybė, kad bus reaguojama ir tuo silpnesnis saviveiksmingumas susidūrus su savižudybės rizika.

Vartininkų elgesio skalės kintamieji tarpusavyje koreliuoja vidutiniškai arba stipriai ( $r$  = nuo 0.377 iki 0.643). Be sąsajų su nuostatomis, saviveiksmingumas susidūrus su savižudybės rizika statistiškai reikšmingai koreliuoja ir su perdegimu, susijusiu su darbu ir su klientu tačiau šis ryšys yra labai silpnas ( $r=-0.178$  ir  $-0.181$ ). Apibendrinant galima teigti, kad vartininkų

elgesys yra stipriau susijęs su nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu, negu su geros savijautos ir perdegimo rodikliais.

Geros savijautos rodiklis (PSO-5) statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su nuostatomis ( $r=-0.205$ ) ir perdegimu, susijusiu su darbu ( $r=-0.546$ ) ir su klientu ( $r=-0.517$ ). Vadinasi, kuo geresnė savijauta, tuo palankesnės nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu, nors šis ryšys yra silpnas ( $r<0.3$ ). Taip pat, kuo mažesnis perdegimas, susijęs su darbu ir su klientu, tuo geresnė savijauta ir šis ryšys yra vidutiniškas ( $r<0.6$ ).

Perdegimas, susijęs su klientu, teigiamai koreliuoja su nuostatomis ( $r=0.185$ ) ir neigiamai koreliuoja su pasirengimu reaguoti į savižudybės riziką ( $r=-0.181$ ), nors šios koreliacijos yra labai silpnos, vis dėlto, statistiškai reikšmingos. Vadinasi, didesnis su klientu susijęs perdegimas siejasi su labiau neigiamomis nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu. Taip pat, kuo didesnis su klientu susijęs perdegimas, tuo silpnesnis pasirengimas reaguoti į savižudybės riziką.

Apibendrinant koreliacinę analizę galima teigti, kad vartininių elgesys yra reikšmingai susijęs su jų nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu, o pačios nuostatos turi sąsajų su gera savijauta ir perdegimu, susijusiu su klientu. Siekiant išsamesnio šio tyrimo kintamųjų tarpusavio sąveikų supratimo, buvo atlikta hierarchinė regresinė analizė, kai prognozuojamas kintamasis - tikimybė, kad bus reaguojama į savižudybės riziką (Vartininkų elgesio skalės subskalė). Nepriklausomi kintamieji modeliuose: nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu, pasirengimas ir saviveiksmingumas susidūrus su savižudybės rizika, darbovietė. Regresinės analizės rezultatai pateikiami 2.5 lentelėje.

2.5 lentelė. Hierarchinės regresinės analizės rezultatai.

	$\beta$	$p$
<b>I Modelis</b>		
Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu	-0.386	0.000
<b>II Modelis</b>		
Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu	-0.276	0.001
VES: pasirengimas	0.318	0.000
<b>III Modelis</b>		
Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu	-0.124	0.119
VES: pasirengimas	0.074	0.391
VES: saviveiksmingumas	0.513	0.000

---

#### IV Modelis

Nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu	-0.135	0.083
VES: pasirengimas	0.117	0.170
VES: saviveiksmingumas	0.483	0.000
Darbovietė: sveikatos priežiūros įstaiga	0.188	0.12
Darbovietė: policija	-0.044	0.548
Darbovietė: seniūnija	0.188	0.012
Darbovietė: globos, vaiko ir šeimos gerovės, vaiko teisių įstaiga	0.057	0.409
Darbovietė: soc. paslaugų įstaiga	0.037	0.599
Darbovietė: kita	0.120	0.087

*Pastabos:*  $\beta$  - standartizuotas beta koeficientas,  $p$  -  $p$ -reikšmė, *Adj. R<sup>2</sup>* - koreguotas determinacijos koeficientas, *Sig. F Change* - F-testo pokyčio  $p$ -reikšmė.

I Modelis: *Adj. R<sup>2</sup>*=0.142,  $p$ =0.000.

II Modelis: *Adj. R<sup>2</sup>*=0.226,  $p$ =0.000, *Sig. F Change*=0.000.

III Modelis: *Adj. R<sup>2</sup>*=0.378,  $p$ =0.000, *Sig. F Change*=0.000.

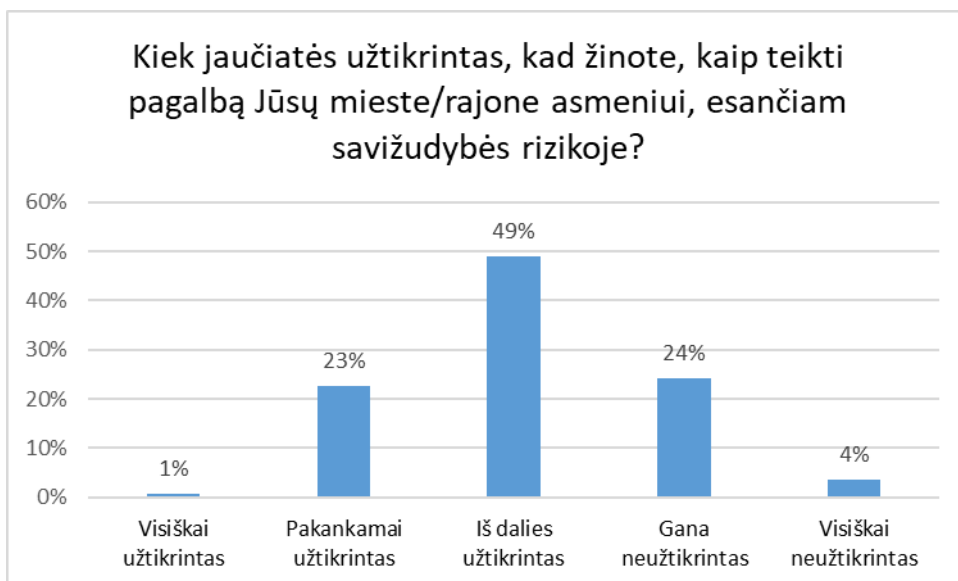
IV Modelis: *Adj. R<sup>2</sup>*=0.429,  $p$ =0.000, *Sig. F Change*=0.012.

Regresinės analizės rezultatai rodo, kad nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu ir pasirengimas reaguoti į savižudybės riziką daro įtaką tikimybei, kad bus reaguojama, tačiau vis dėlto saviveiksmingumas turi didesnę reikšmę prognozuojant tikimybę, kad bus sureaguota į savižudybės riziką. Įtraukus darbovietę į modelį, prieš tai minėtų kintamųjų tarpusavio sąveika nepasikeičia, tačiau išryškėja, kad galime prognozuoti didesnę tikimybę, kad bus reaguojama į savižudybės riziką, jeigu žmogus yra seniūnijos darbuotojas. Taigi, regresinė analizė išryškino pasitikėjimo savo gebėjimais padėti savižudybės rizikoje esančiam žmogui ir seniūnijų darbuotojų vaidmens savižudybių prevencijoje svarbą.

#### **Specialistų nuomonė apie jų pasirengimą teikti pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims**

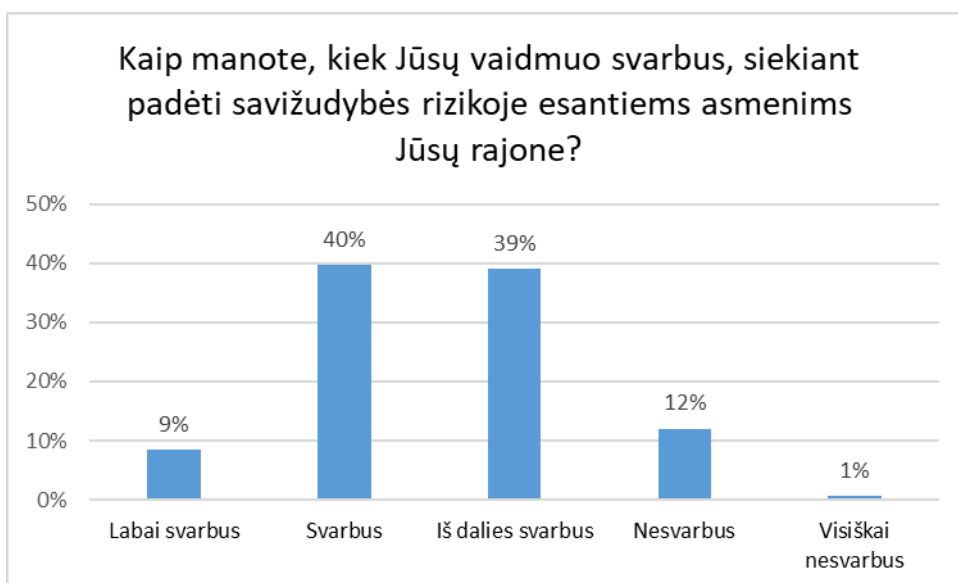
Tyrimo dalyvių buvo prašoma atsakyti į atskirus klausimus, susijusius su jų pasirengimu teikti pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims. Į klausimą, kiek tyrimo dalyvis jaučiasi užtikrintas, kad žino, kaip teikti pagalbą savižudybės rizikos asmeniui, beveik pusė (49%) specialistų atsakė esantys iš dalies užtikrinti, 23% nurodė, kad yra pakankamai užtikrinti. Likusieji specialistai nurodė esantys gana neužtikrinti (24%). Visiškai užtikrinti bei visiškai neužtikrinti savo žiniomis buvo vos keli specialistai (atitinkamai 1% ir 4%). Šio klausimo rezultatai pavaizduoti 2.4 paveiksle.





2.4 pav. Specialistų užtikrintumas teikti pagalbą savižudybės rizikos asmeniui.

Paklausti, kaip tyrimo dalyviai vertina savo vaidmens svarbą padedant asmenims savižudybės rizikoje, didžioji dauguma specialistų savo vaidmenį nurodė kaip svarbų (40%) arba iš dalies svarbų (39%). 9% specialistų nurodė, kad jų vaidmuo yra labai svarbus. Savo vaidmenį kaip nesvarbų pažymėjo 12% tyrimo dalyvių, o kaip visiškai nesvarbų - 1%. Šio klausimo rezultatai pavaizduoti 2.5 paveiksle.



2.5 pav. Specialistų nurodoma jų vaidmens svarba padedant asmenims savižudybės rizikoje.

Tyrimo dalyvių buvo prašoma 5 balų skalėje įvertinti mokymų apie pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims poreikį, kai 1 reiškia, kad mokymai visiškai nereikalingi, o 5 - labai reikalingi. Šio klausimo atsakymų vidurkis - 3.77 (SD=1.09), tai reiškia, kad bendrai specialistai vertina, kad tokie mokymai yra gan reikalingi.

Apibendrinant šių trijų klausimų analizę galime teigti, kad specialistų nuomone jų vaidmuo yra daugiau svarbus, nei nesvarbus, o žinojimas, kaip teikti pagalbą savižudybės rizikos atveju, yra vidutiniškas. Mokymų poreikį specialistai vertina gan aukštais balais, todėl galime galvoti, kad tokio pobūdžio kvalifikacijos kėlimo šio tyrimo dalyvių darbuose trūksta.

Tyrimo anketoje buvo pateikti atviri klausimai apie tai, kas sunkiausia susidūrus darbe su asmeniu savižudybės rizikoje ir kokias galėtų įvardinti savo stiprybes, padedančias dirbant su savižudybės rizikoje esančiu žmogumi. Atsakymų į šiuos klausimus turinio analizės rezultatai pateikiami prieduose esančiose P1, P2, P3, P4 (atsakymai apie sunkumus) ir P5, P6, P7, P8 (atsakymai apie stiprybes) lentelėse.

Analizuojant atsakymus į klausimą, kas sunkiausia darbe susidūrus su asmeniu savižudybės rizikoje, buvo išskirti 188 atsakymai/kodai, kurie buvo grupuojami ir apibendrinami pagal prasmę. Atsakymuose išryškėjo keturios pagrindinės kategorijos: pagalbos teikimo proceso sunkumai, specialistų jausmai ir mintys, savižudybės rizikoje esančio asmens veiksniai bei pagalbos sistemos trūkumai. Dažniausiai buvo paminėti pagalbos teikimo proceso sunkumai (n=125, 74%), kurie pateikiami P1 lentelėje (žr. priedus). Pagalbos sistemos trūkumai buvo paminėti 22 kartus (12%), specialistų jausmai ir mintys 15 kartų (9%), savižudybės rizikoje esančio asmens veiksniai 8 kartus (5%). Šios kategorijos atitinkamai pateikiamos P2, P3 ir P4 lentelėse (žr. priedus).

Vienas dažniausiai minimų sunkumų, teikiant pagalbą savižudybės rizikoje esančiam žmogui, buvo susijęs su specialisto ir krizėje esančio žmogaus santykiu (35%). Specialistai komentavo, kad tokiais atvejais jiems sunku rasti bendrą kalbą, įgauti to žmogaus pasitikėjimą, paskatinti atsiverti, išklaudyti ir suprasti, o kartais tiesiog pradėti pokalbį. Pavyzdžiui, teigiama, jog „*sunkiausia, kai žmogus slepia savo išgyvenimus, kai negali prakalbinti*“. Buvo minimi ir kiti specialisto vidiniai išgyvenimai teikiant pagalbą (5%): sunku išbūti su neigiamomis emocijomis, išlikti ramiam, išlaikyti ribas, išgyvenama įtampa. Vienas specialistas pastebi, jog „*tenka priimti daug neigiamų emocijų*“, o kitas teigia, kad sunkiausia „*padėti, tačiau netapti emociškai priklausomu*“. Taip pat keli specialistai nurodė, kad kyla sunkumų bendraujant ir su savižudybės rizikoje esančio asmens artimaisiais, kitais aplinkiniais

(2%). Pavyzdžiui, teigiama, jog sunku „*įtikinti aplinkinius, kad tai rimta*“. Galime matyti, kad teikdami pagalbą specialistai patiria stiprų emocinį krūvį, ypač dėl santykio su savižudybės rizikoje esančiu asmeniu specifikos.

Taip pat dažnai buvo minimi sunkumai, susiję su pagalbos teikimu (28%). Dažniausiai kartojosi atsakymas, jog itin sunku įtikinti asmenis kreiptis pagalbos, žmonės dažnai jos nepriima, atsisako kreiptis į specialistus arba neigia, kad jiems pagalba yra reikalinga. Pavyzdžiui, vienas dalyvis nurodo, kad sunku „*prikalbinti kreiptis pagalbos, nes žmogus norintis nusižudyti labai dažnai atmeta visus argumentus, kodėl neverta to daryti*“. Sunku nustatyti, ar ši problema siejasi su specialistų žinių, patirties trūkumu, ar su krizėje esančių asmenų nusiteikimu. Nemažai specialistų kalbėjo ir apie kontakto kūrimo sunkumus, problemas atrandant tinkamus žodžius. Teigiama, jog „*sunkiausia įsiskverbti į žmogaus problemą, dėl kurios jis nori nusižudyti, įgauti jo pasitikėjimą*“. Galima kelti prielaidą, jog daugeliui sunkiausia pradėti pokalbį, paskatinti atsiverti, įgyti pasitikėjimą, rasti bendrą kalbą. Tikėtina, jog tai susiję su pokalbio tema, kadangi kai kurie dalyviai įvardijo, kad sunku kalbėtis apie savižudybę ar tarti žodį „savižudybė“. Kaip teigia vienas dalyvis, „*sunkiausia paklausti, ar kyla minčių apie savižudybę, nes dar sunku tą stiprų žodį išstarti garsiai*“. Be to, gali būti, kad specialistai, bendraudami su asmenimis savižudybės rizikoje, jaučia didelę įtampą dėl priimtoms atsakomybės dėl žmogaus gyvybės, kadangi kai kuriuose atsakymuose galima pastebėti pasikartojančias įtampos, baimės bei atsakomybės temas. Pavyzdžiui, teigiama, jog sunkumų kelia „*jaučiama atsakomybė ir nerimas dėl žmogaus gyvybės*“. Sunkumai pagalbos proceso metu, kai savižudybės rizika jau yra identifikuota, buvo įvardinti pavieniuose atsakymuose – tai pastangos išlikti ramiam, žmogaus būsenos supratimas, pranešimas artimiesiems apie krizėje esančio žmogaus mintis, išklausymas, patarimų teikimas, įsitikinimų keitimas ir pan.

Vienas ryškus sunkumas, kylantis dar prieš pradėdant teikti pagalbą – tai savižudybės rizikos atpažinimas. Kaip teigia vienas dalyvis, „*sunkiausia identifikuoti tokį asmenį...*“. Tikėtina, jog kai kurie specialistai nesijaučia turintys pakankamai kompetencijos atpažinti savižudybės rizikos ženklus. Šią prielaidą patvirtina ir kituose klausimuose besikartojantis atsakymas apie savižudybių prevencijos mokymų trūkumą, dėl kurio gali kilti sunkumų pastebėti asmenis savižudybės rizikoje.

Taip pat dalyviai įvardijo patiriantys sunkumus, susijusius su jausmais ar mintimis, kylančiais dirbant su asmenimis savižudybės rizikoje (9%), tačiau šie atsakymai buvo gerokai

retesni lyginant su pagalbos teikimo proceso sunkumais. Specialistai minėjo jaučiantys kaltės jausmą bei klausimus sau, ar padarė pakankamai. Pavyzdžiui, nurodoma, jog sunkumų kelia „*kaltės jausmas, kad esi kaltas, kad kažko nepadarei*“. Taip pat keli specialistai įvardijo sunkumus tvarkantis su atsakomybės už žmogaus gyvybę jausmu. Tikėtina, jog būtent šis jausmas generuoja kitą dalyvių įvardintą jausmą – baimę. Dalyviai teigia bijantys suklysti, nespėti suteikti pagalbos, išgąsdinti, būti neteisingai suprasti. Be baimės, specialistai taip pat įvardijo įtampą, nerimą, bejėgiškumą, nežinomybę, nusivylimą savimi. Pavyzdžiui, teigiama, jog sunkumų kelia „*bejėgiškumo jausmas pagalbos atveju, kai mėgini padėti, o žmogus sąstingyje ir nežinia, ar priima tavo pagalbą*“. Tad išryškėjo, jog kai kurie specialistai patiria itin sunkių jausmų, teikdami pagalbą savižudybės rizikos situacijose.

Dar viena ne itin dažnai pasikartojanti, tačiau svarbi atsakymų kategorija – veiksniai, susiję su savižudybės rizikoje esančiu asmeniu (5%). Tyrimo dalyviai minėjo, jog sunkiausia susidurti su asmenimis, kurie atsisako priimti pagalbą. Teigiama, jog „*sunkiausia, kai matai, kad žmogui reikalinga pagalba, bet jis tą neigia*“. Tikėtina, jog šios situacijos gali prisidėti prie anksčiau minėtų specialistų patiriamų sunkių jausmų. Taip pat po vieną kartą buvo paminėti tokie veiksniai kaip persigalvojimas dėl pagalbos priėmimo, problemos nepripažinimas ar skeptiškas asmens požiūris į pagalbą. Vienas specialistas įvardijo, jog sunku matyti asmenį, esantį žalojančioje aplinkoje, ir negalėti to pakeisti („*...kai pasikalbėjus su žmogumi suvoki, kas jį verčia galvoti apie savižudybę, ir tu pamatai, kad tokią materialinę pagalbą suteikti negali, kad negali apsaugoti žmogaus nuo kartu gyvenančių asmenų psichologinio smurto, tada būna sunku*“).

Nemažai specialistų minėjo pagalbos sistemos trūkumų sukeltus sunkumus (12%). Dažniausiai pasikartojęs atsakymas šioje kategorijoje – tai nepakankamos galimybės gauti pagalbą. Pavyzdžiui, vienas dalyvis nurodo, jog sunkiausia „*pasiūlyti pagalbą, kuri būtų lengvai prieinama kaimiškoje savivaldybėje*“. Taip pat buvo paminėtas žinių bei patirties trūkumas, kuris, tikėtina, siejasi su nepakankamu mokymų kiekiu. Pavyzdžiui, viena dalyvė teigia, jog norėtųsi „*daugiau žinių man pačiai*“. Pavieniuose atsakymuose užsiminta apie valdžios bei specialistų apatiją savižudybių prevencijos klausimais, brangias specialistų paslaugas, didelį užimtumą ir algoritmo nebuvimą.

Analizuojant klausimą, kokios yra specialistų stiprybės, padedančios dirbti su asmenimis savižudybės rizikoje, buvo išskirti 261 kodai. Sugrupavus kodus, buvo išskirtos tokios pagrindinės kategorijos: specialisto savybės, specialisto gebėjimai, pagalbos teikimas bei

kompetencija. Dažniausiai kartojosi atsakymai apie specialistų gebėjimus (n=86, 35%) bei specialistų savybes (n=72, 30%). Atsakymai apie kompetenciją (n=48, 20%) bei pagalbos teikimą (n=37, 15%) buvo kiek retesni. Šie rezultatai pateikiami P5, P6, P7 ir P8 lentelėse, esančiose prieduose.

Specialistai, atsakydami į klausimą, kas padeda teikti pagalbą savižudybės rizikoje esančiam žmogui, įvardino įvairius savo gebėjimus, tačiau dažniausiai buvo minimas gebėjimas kurti santykį su tuo žmogumi (28%) ir tam tikros specialisto asmens savybės (26%), kurios padeda teikiant pagalbą.

Gebėjimas kurti santykį buvo apibūdinamas kaip gebėjimas išklaudyti, bendrauti, pelnyti pasitikėjimą, prakalbinti, motyvuoti, nuraminti ir kt. Pavyzdžiui, vienas dalyvis teigia, jog „žmonės su manimi jaučiasi jaukiai ir dažnai patys to nejausdami kalba apie juos slegiantį skausmą ir polinkį savižudybei“. Taip pat specialistai įvardino, kad jiems padeda gebėjimas nukreipti pagalbą (3%), atpažinti savižudybės riziką (2%) ir gebėjimas greitai bei racionaliai reaguoti į savižudybės riziką (2%).

Specialistų įvardintos jų asmens savybės, padedančios teikti pagalbą, taip pat greičiausiai padedančios ir kurti santykį su klientu, buvo šios: empatija, ramybė, supratingumas, nuoširdumas, drąsa, kantrybė ir kt. Pavyzdžiui, dalyviai teigia, jog jų stiprybės yra „draugiškumas, empatija“, „ramus būdas, kantrybė“. Tyrime dalyvavę specialistai nurodė ir požiūrio, susijusio tiek su kitais žmonėmis, tiek su gyvenimu apskritai, svarbą (3%). Pavyzdžiui, vienas dalyvis atsako: „nesmerkiu kitų žmonių“. Pastebėtina ir tai, jog dalyviai akcentavo savitvardą, šaltą protą. Tad galima kelti prielaidą, jog specialistams darbe padeda jų asmeninės savybės, kurios leidžia empatiškai, supratingai, tačiau tuo pačiu tvirtai ir užtikrintai bendrauti su asmenimis savižudybės rizikoje.

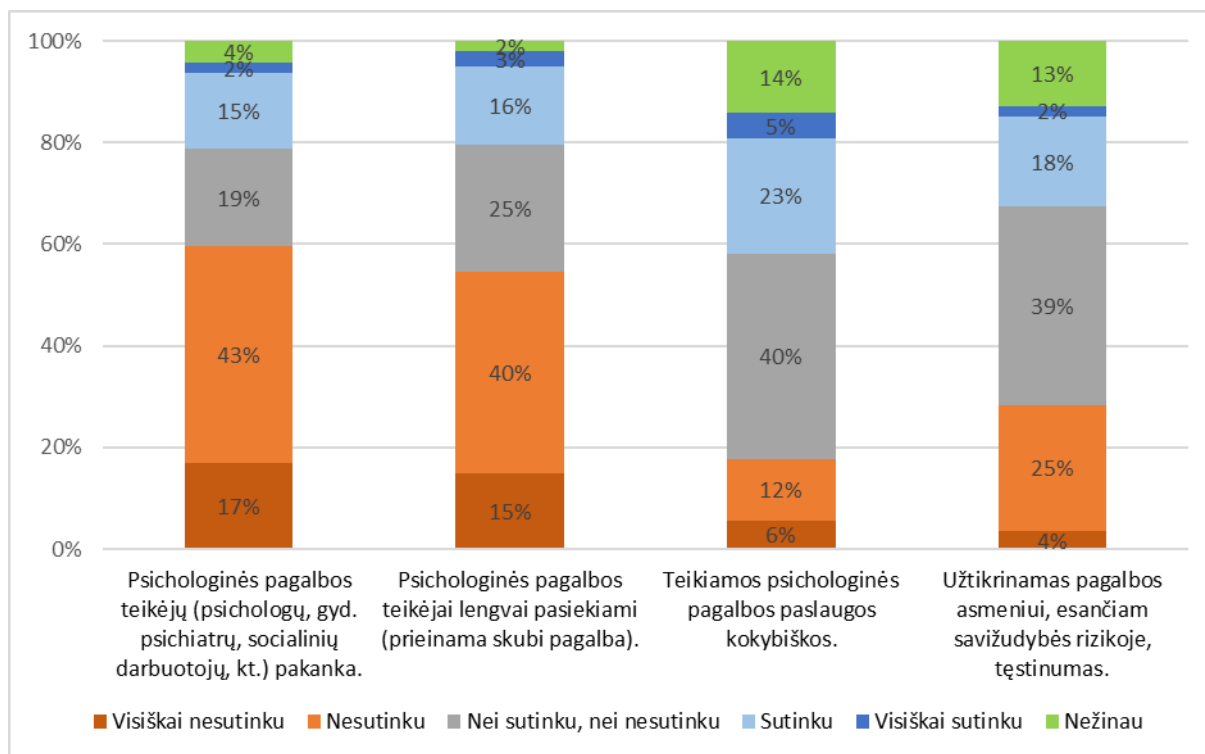
Kita kategorija, kurią specialistai nurodė kaip stiprybę, siejasi su konkrečiais veiksmais, kurių imasi specialistai, siekdami padėti savižudybės rizikos atvejais. Kai kurie specialistai nurodė jaučiantys stiprų norą bei dedantys dideles pastangas padėti asmeniui krizėje. Pavyzdžiui, kaip stiprybė nurodoma „(...) noras padėti, ieškoti sprendimų“. Taip pat buvo išskirti tam tikri metodai, padedantys teikiant pagalbą, tokie kaip įkalbinėjimas, užuojautos bei supratingumo demonstravimas, patarinėjimas. Teigiama, jog teikiant pagalbą padeda „supratimas ir bandymas užjausti“. Keli specialistai nurodė besistengiantys apie savižudybę galvojančio asmens nepalikti vieno, palaikyti pokalbį, organizuoti papildomą pagalbą, skirti papildomo laiko ar palydėti pas kitą specialistą. Pavyzdžiui, vienas dalyvis teigia, jog susidūręs

su savižudybės krize, asmens „(...) nepalikčiau vieno, padėčiau palydėti pas specialistą, nuolat palaikyčiau pokalbį“. Svarbu ir tai, jog kai kurie specialistai teigė užtikrinantys konfidencialumą, kadangi apkalbų baimė yra nemenka problema dirbant rajonuose. Tad ši kategorija atskleidžia, jog specialistai, dirbantys su asmenimis savižudybės rizikoje, stengiasi užtikrinti visokeriopą asmens saugumą ir tam pasitelkia įvairias priemones bei strategijas. Taip pat specialistai kaip stiprybę išskyrė žinias bei sukauptą patirtį. Dažniausiai dalyviai minėjo, jog žinias, kaip padėti savižudybės rizikos atvejais, gavo dalyvaudami mokymuose, todėl atsakymai apie žinias bei dalyvavimą mokymuose glaudžiai persipynė. Pavyzdžiui, viena dalyvė teigia: „esu dalyvavusi mentorystės mokymuose, turiu psichologinių ir pedagoginių žinių bei įgūdžių“. Nemažai specialistų teigė turintys didelę darbo patirtį, kurios dėka išvystė reikalingus įgūdžius. Keli dalyviai atsakė, jog turi gerą psichologinį pasirengimą bei keli teigė, jog darbe padeda bendravimo su asmenimis, kurie nusižudė, patirtis, prisiminimai. Pavyzdžiui, vienas dalyvis atsako: „esu bendravęs su keletu žmonių, kurie nusižudė, ir prisimenu, kaip jie elgėsi iki šio sprendimo“. Kita vertus, kaip jau minėta, kai kurie specialistai jaučia žinių bei mokymų trūkumą, todėl tikėtina, jog specialistų nuomonė pasirengimo teikti pagalbą atžvilgiu yra gana kontrastinga.

Apibendrinus specialistų patiriamus sunkumus bei stiprybes, padedančias dirbant su asmenimis savižudybės rizikoje, išryškėjo santykio su savižudybės krizėje esančiu asmeniu svarba. Atsakymuose apie patiriamus sunkumus buvo minima, jog sunku rasti bendrą kalbą su krizėje esančiu asmeniu, sunku teikti pagalbą. Kita vertus, kalbėdami apie stiprybes, specialistai nurodo, jog svarbiausi veiksniai teikiant pagalbą yra susiję su gebėjimais bei asmeninėmis savybėmis, kurie padeda kurti palaikantį, pasitikėjimu grįstą santykį. Tad galima kelti prielaidą, jog specialistai suvokia santykio svarbą teikiant pagalbą, tačiau tuo pat metu šis aspektas kelia nemažai sunkumų. Kadangi dalyviai akcentuoja santykio svarbą savižudybių prevencijoje, svarbu, jog specialistai turėtų resursų, reikalingų megzti santykį. Visgi panašu, jog resursų trūksta, kadangi specialistai jaučiasi neužtikrinti, kaip atpažinti savižudybės rizikos ženklus, kaip pasiūlyti pagalbą bei kaip kalbėtis apie savižudybę, megzti kontaktą su krizėje esančiu žmogumi. Kita vertus, kai kurie dalyviai gebėjimą atpažinti rizikos ženklus, nukreipti pagalbą, užtikrinti fizinį ir psichologinį asmens saugumą nurodė kaip stipriasias savo, kaip specialisto, puses. Tai atspindi specialistų kompetencijos bei turimų žinių, gebėjimų, emocinių išteklių netolygumą.

## Pagalbos savižudybės rizikoje esantiems asmenims vertinimas

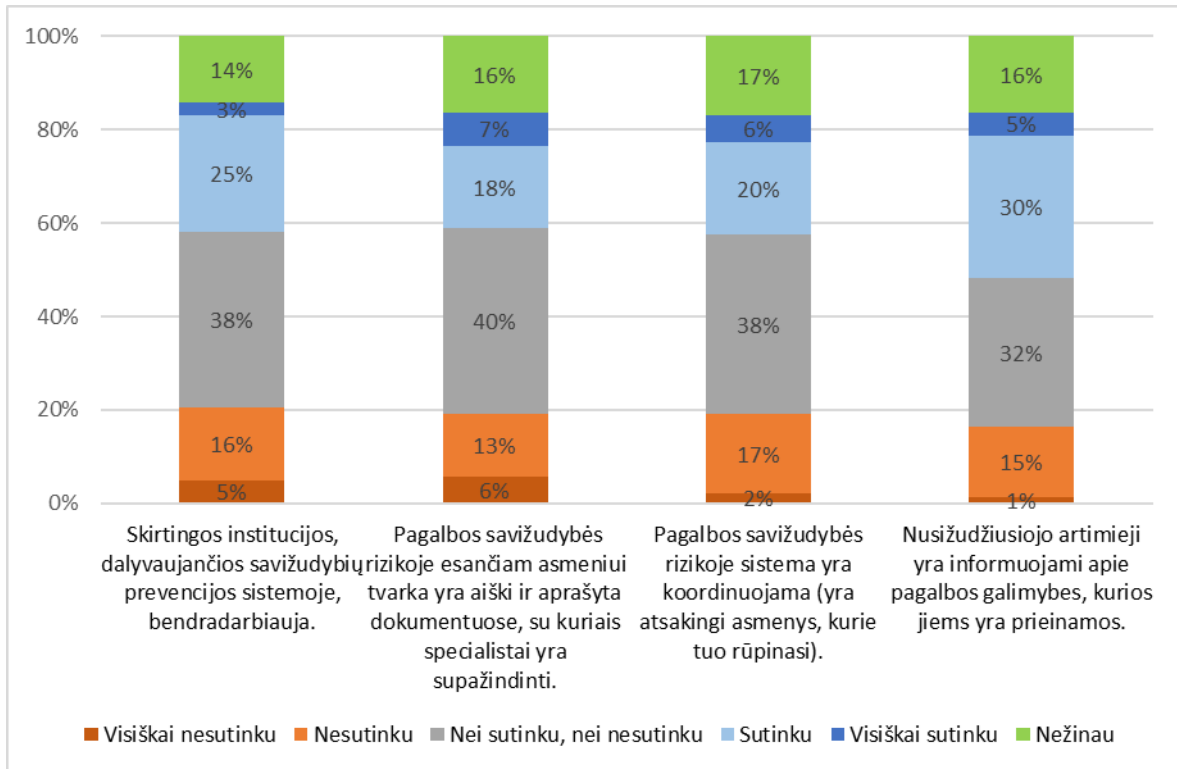
Tyrimo dalyvių buvo prašoma atsakyti į atskirus klausimus apie tai, kaip jie vertina esamą pagalbos sistemą jų rajone. 2.6 paveiksle pateikti rezultatai, susiję su psichologinės pagalbos teikimu, o 2.7 pav. - su sisteminės pagalbos teikimo ypatybėmis.



2.6 paveikslas. Psichologinės pagalbos teikimo vertinimai.

Tyrimo dalyviai dažniau nesutiko, kad pagalbos teikėjų jų rajone pakanka (43% nesutinka ir 17% visiškai nesutinka) ir tik 17% tyrimo dalyvių teigiamai įvertino pagalbos teikėjų kiekį rajone (15% sutinka, 2% visiškai sutinka). Panašiai įvertintas ir psichologinės pagalbos prieinamumas: daugiau nei pusė specialistų nurodė, kad tokia pagalba nėra lengvai prieinama (40% nesutinka ir 15% visiškai nesutinka) ir tik 19% tyrimo dalyvių psichologinę pagalbą vertina kaip lengvai prieinamą (16% sutinka ir 3% visiškai sutinka). Teikiamos psichologinės pagalbos kokybę daugiausia tyrimo dalyvių vertino neutraliai (40% nei sutinku, nei nesutinku), taip pat kiek daugiau tyrimo dalyvių kokybę įvertino teigiamai (23% sutinku ir 5% visiškai sutinku), negu neigiamai (12% nesutinku ir 6% visiškai nesutinku). Pagalbos tęstinumas taip pat dažniausiai buvo įvertintas neutraliai (39% nei sutinku, nei nesutinku). Kiek daugiau tyrimo dalyvių nurodė, kad rajone pagalbos tęstinumo trūksta (25% nesutinku ir 4% visiškai nesutinku), nei pakankama (18% sutinku ir 2% visiškai sutinku). Tyrimo dalyviai taip

pat galėjo pasirinkti atsakymą „nežinau“, šis atsakymas dažniau buvo pasirinktas prie klausimų apie teikiamos psichologinės pagalbos kokybę ir teikiamos pagalbos tęstinumą, atitinkamai 14% ir 13%, o apie pagalbos teikėjų kiekį ir pagalbos prieinamumą didžioji dalis tyrimo dalyvių žinojo.



2.7 paveikslas. Pagalbos teikimo sistemos vertinimas.

Vertindami pagalbos sistemos savižudybės rizikos atveju kokybę, dauguma tyrimo dalyvių žymėjo „nei sutinku, nei nesutinku“ (nuo 32% iki 40%), taigi, dažniausiai tai buvo neutralus vertinimas. Į klausimus apie tarpinstitucinį bendradarbiavimą, pagalbos teikimo tvarkos aiškumą ir sistemos koordinavimą tyrimo dalyviai atsakė panašiai: kiek didesnė dalis atsakiusiųjų šiuos aspektus įvertino teigiamai, negu neigiamai. Prie klausimo apie nusizudžiusiųjų artimųjų informavimą apie pagalbos galimybes daugiau tyrimo dalyvių pažymėjo, kad tokia informacija yra suteikiama (30% sutinku ir 5% visiškai sutinku), nei kad nesuteikiama (15% nesutinku ir 1% visiškai nesutinku).

Galima apibendrinti, daugumos specialistų nuomone, jų rajone pagalbos teikėjų trūksta, o psichologinė pagalba nėra lengvai prieinama. Psichologinės pagalbos kokybę ir pagalbos tęstinumo užtikrinimą dauguma specialistų vertino neutraliai, tačiau kiek daugiau atsakiusiųjų psichologinę pagalbą vertino kaip kokybišką, o prie pagalbos tęstinumo daugiau nurodė, kad



tai nėra užtikrinama. Vertindami pagalbos teikimo sistemą dauguma specialistų nurodė neutralią nuomonę. Vis dėlto, nusižudžiusiųjų artimųjų informavimas apie pagalbos galimybes buvo dažniau įvertintas teigiamai, t.y. ši informacija yra suteikiama.

Anketoje buvo pateikti atviri klausimai, kuriais buvo prašoma įvardinti pagrindines savo miesto/rajono stipriąsias ir silpnąsias puses teikiant pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims. Atsakymų į šiuos klausimus turinio analizės rezultatai pateikiami prieduose esančiose P9, P10 (atsakymai apie rajono stipriąsias puses) ir P11, P12, P13, P14 (atsakymai apie rajono stipriąsias puses) lentelėse.

Analizuojant atsakymus į klausimą apie stipriąsias rajono puses buvo išskirta 213 atsakymų/kodų. Atliekant kokybinę turinio analizę, visi kodai buvo grupuojami pagal prasmę, tokiu būdu suskirstyti į šias pagrindines kategorijas: sveikatos apsaugos sistemos veiksniai, sociokultūriniai veiksniai bei vos keletą kartų paminėti ekonominiai veiksniai. Ekonominiai veiksniai buvo priskirti tyrimo dalyvių atsakymai apie užimtumą (gyventojų ir jaunimo), kurį paminėjo 2 tyrimo dalyviai (1% visų atsakymų/kodų). Taip pat 2 tyrimo dalyviai (1%) paminėjo savo rajono gamtą, kaip stipriąją pusę, tai būtų galima priskirti prie ekologinių veiksnių. Dažniausiai buvo paminėti sveikatos apsaugos sistemos veiksniai (n=177, 83% visų atsakymų/kodų), jie pateikti P9 lentelėje (žr. priedus). Sociokultūriniai veiksniai (n=32, 15%) pateikti P10 lentelėje (žr. priedus).

Analizuojant tyrimo dalyvių atsakymus į klausimą apie silpnąsias rajono puses, iš viso buvo išskirti 245 atsakymai/kodai, kurie sugrupuoti į 4 pagrindines kategorijas. Dažniausiai buvo minimi sveikatos apsaugos sistemos veiksniai (n=164, 67%), jie pateikti P11 lentelėje (žr. priedus). Rečiau buvo minimi sociokultūriniai veiksniai (n=41, 17%), savižudybių rizikos veiksniai (n=24, 10%), savižudybių problemos sprendimo politiniame lygmenyje trūkumas (n=16, 7%), šie rezultatai pateikti atitinkamai P12, P13 ir P14 lentelėse (žr. priedus).

Tyrimo dalyviai, atsakydami į klausimą apie rajono stipriąsias puses, dažniausiai (27%) minėjo tam tikrus specialistus, kurie yra svarbūs teikiant pagalbą savižudybės rizikoje esančiam žmogui: psichologai, psichiatrai, soc. darbuotojai, medikai, vaikų psichiatras, o kai kurie tiesiog paminėjo "specialistai". Taip pat buvo minimos ir įvairios įstaigos (18%), kuriose teikiama pagalba: psichikos sveikatos centras, pedagoginė-psichologinė tarnyba, socialinės paramos centras, nevyriausybinės organizacijos ir kt.

Penktadalis (20%) komentarų apie stipriąsias rajono puses buvo apie sistemines reagavimo į savižudybės riziką ypatybes. Ši kategorija pasižymėjo ypač didele įvairove:

specialistai dažniausiai minėjo, kad jų rajone yra prieinama informacija, vyksta tarpinstitucinis bendradarbiavimas, komandinis darbas, savižudybės rizika yra atpažįstama, teikiama skubi ir nemokama pagalba ir kt. (žr. priedų 9 lentelę).

Rečiau minimos rajono stiprybės, susijusios su sveikatos apsaugos sistemos veiksniais, buvo šios: aukšta specialistų kompetencija (8%), įvykę mokymai savižudybių tema (7%) ir vos kelis kartus paminėtos vykdomos savižudybių prevencinės veiklos rajone (2%) ir savivaldybės dėmesys savižudybių problemai (1%).

Atsakydami apie pagalbos teikimo rajone trūkumus, specialistai minėjo panašius sveikatos apsaugos sistemos veiksnius, tik iš neigiamos pusės: specialistų trūkumas (23%), įstaigų/paslaugų trūkumas (2%), bendradarbiavimo trūkumas (6%), informacijos sklaidos (apie pagalbos galimybes, savižudybių problemą) trūkumas (5%). Pavyzdžiui, kaip vienas iš tyrimo dalyvių teigia: *“Bendradarbiavimo tarp institucijų trūkumas (informacijos pasidalijimas), Psichinės sveikatos paslaugų teikimo trūkumas (vaikų ir paauglių psichiatro, psichologo)”*.

Gan dažnai (16%) buvo minimas prastas pagalbos prieinamumas dėl šių priežasčių: dideli atstumai iki pagalbos (pavyzdžiui, teigiama, kad dalis kaimo gyventojų gyvena vienkiemiuose ir dėl to sunku pasiekti pagalbą, taip pat neretai pagalba teikiama rajono centre, o kartais net kitame rajone); skubios pagalbos ir pagalbos galimybių/įvairovės trūkumas; pagalba teikiama tik darbo laiko metu ir vizito pas specialistą reikia ilgai laukti; ilgalaikės, proaktyvios, mobilios pagalbos trūkumas.

Paslaugų kokybė (13%) taip pat buvo minima atsakant į klausimą apie rajono silpnąsias puses. Specialistai teigia, kad jų rajone trūksta aukštos kvalifikacijos specialistų, kokybiškų paslaugų, specifiskai su savižudybės rizika dirbančių specialistų. Taip pat specialistams trūksta mokymų, žinių bei supervizijų. Keletą kartų buvo paminėtos konfidencialumo problemos teikiant pagalbą savižudybės rizikoje esančiam asmeniui. Minėdami paslaugų kokybę, tyrimo dalyviai nurodė įvairius specialistus: psichologus, soc. darbuotojus, atvejo vadybininkus ir kt. Pavyzdžiui, specialistas teigia, kad *“Ne visi socialiniai darbuotojai, sveikatos priežiūros specialistai ir kt. turi pakankamai žinių apie pagalbos teikimą bandančiam nusižudyti. Yra pakankamai dideli atstumai rajone, todėl kaime gyvenantiems žmonėms būtų sunkiau pasiekti specialistus.”* Prie sveikatos apsaugos sistemos veiksnių buvo priskirti keletą kartų paminėtas algoritmo trūkumas (1%) ir silpna darbuotojų motyvacija (1%).

Atsakydami į klausimus apie rajono stiprybes ir silpnąsias puses specialistai taip pat minėjo sociokultūrinius veiksnius, susijusius su savižudybių problema, nors ši kategorija sudarė ir nedidelę atsakymų dalį (kaip stiprybė 15%, o kaip silpnoji pusė - 17%). 6% atsakymų buvo apie tai, kad rajono stiprybė yra maža bendruomenė, nes dėl to greičiau pastebimos žmonių problemos, žmonės yra artimesni, su specialistais yra glaudus ryšys, galima suteikti individualizuotą pagalbą ir žmonės rūpinasi vieni kitais. Kaip teigia vienas iš tyrimo dalyvių: *“1. Maža bendruomenė - artimesnė, šiltesnė bendruomenė. 2. Mažiau apkrautos pagalbą teikiančios įstaigos siekiant pagalbos. 3. Galim taikyti individualesnę pagalbą asmeniui”*. Dalyje atsakymų taip pat buvo minimos bendruomenės savybės (draugiška, neabejinga, bendruomeniški žmonės) ir specialistų elgesys/savybės (neabejingi, geranoriški, rūpestingi ir kt.) kaip svarbūs veiksniai teikiant pagalbą savižudybės rizikos atveju (atitinkamai 5% ir 4%). Tyrime dalyvavęs specialistas pateikė atsakymą: *“Kaimuose patys gyventojai dar nepraradę bendruomeniškumo stengiasi pasirūpinti vieni kitais (...)”*.

Specialistai komentavo ir neigiamus sociokultūrinius veiksnius savo bendruomenėje: neigiama atmosfera bendruomenėje (9%), neigiamas žmonių požiūris į pagalbą (4%) ir neigiamos nuostatos (3%). Minėdami atmosferą bendruomenėje, specialistai nurodė: abejingumas, apkalbos, bendruomeniškumo trūkumas, smerkimas, nenoras padėti kitiems, uždarumas ir kt. Pavyzdžiui: *“užsidarymas nuo aplinkinių mažoje bendruomenėje - kad tik kas nesužinotų, tada visi žinos (...)”* arba *“Žmonių abejingumas, nenoras padėti kitam bei nenoras susikurti tuo pačiu ir sau problemų”*. Taip pat buvo minimas specifinis požiūris į pagalbą, vyraujantis bendruomenėje: nepasitikima specialistais; vengia/bijo/gėda kreiptis pagalbos; netiki, kad psichologas gali padėti; baimė, kad ir kiti sužinos problemas; skeptiškas požiūris į pagalbą poliklinikoje. Specialistų nurodytos bendruomenės gyventojų neigiamos nuostatos: savižudybių, psichikos sutrikimų atžvilgiu, įvairūs stereotipai, stigmos. Pavyzdžiui, *“(…) stigmos, yra abejojančių ir smerkiančių”*, taip pat *“Mažas miestas ir vis dar gajus požiūris, kad kreiptis į psichologą ar psichiatrą gėda (...)”*.

Komentaruose apie rajono silpnąsias puses specialistai įvardijo savižudybės rizikos veiksnius (10%) ir savižudybių problemos sprendimo politiniame lygmenyje trūkumą (7%), kaip svarbius jų rajono bruožus, veikiančius savižudybių problemą. Buvo įvardinti šie savižudybių rizikos veiksniai: ekonominiai (5%), t.y. nedarbo problemos ir gyventojų finansiniai sunkumai; socialinės psichologinės problemos (4%), t.y. alkoholizmas, užimtumo

trūkumas, smurtas artimoje aplinkoje, socialinės rizikos šeimos, jaunimo psichologinės problemos; ir kita (1%), t.y. karantinas ir kultūrinių renginių trūkumas.

Minėdami savižudybių problemos sprendimo politiniame lygmenyje trūkumą, specialistai teigė, kad savižudybių problema nėra sprendžiama sistemiškai (4%): šiai problemai skiriama per mažai dėmesio, trūksta prevencinių ir postvencinių veiklų, problema sprendžiama nenuosekliai, politiniai sprendimai nėra palankūs savižudybių problemos sprendimui. Kaip vienas iš tyrimo dalyvių teigia: *“(...) veikla, kuri dažnai nėra nenuosekli/tolygi, o "priepuolinė", silpna prevencinė ir postvencinė veikla.”* Taip pat kelis kartus (2%) buvo paminėtas finansavimo trūkumas savižudybių problemos sprendimui.

### **Apibendrinimas ir išvados**

Apibendrinant tyrimo rezultatų analizę, galima teigti, kad:

1. Vartininkų elgesys yra susijęs su jų nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu. Kuo labiau neigiamos nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu, tuo silpnesnis pasirengimas reaguoti, tuo mažesnė tikimybė, kad bus reaguojama ir tuo silpnesnis saviveiksmingumas susidūrus su savižudybės rizika.
2. Didesnis su klientu susijęs perdegimas siejasi su labiau neigiamomis nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu. Taip pat, kuo didesnis su klientu susijęs perdegimas, tuo silpnesnis pasirengimas reaguoti į savižudybės riziką. Gali būti, kad esant daugiau neigiamoms nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu ir silpnesniam pasirengimui reaguoti į savižudybės riziką, specialistas išgyvena daugiau streso bendraudamas su klientais, nėra užtikrintas ir dėl to patiria didesnį perdegimą darbe. Tiesa, šios sąsajos yra silpnos, todėl perdegimo įtaka neigiamoms nuostatomis ir mažesniam pasirengimui reaguoti negalėtų būti esminė, tikėtina kitų veiksnių įtaka.
3. Vartininkų elgesys yra stipriau susijęs su nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu, negu su geros savijautos ir perdegimo rodikliais. Tačiau, kuo geresnė savijauta, tuo palankesnės nuostatos savižudybių prevencijos atžvilgiu. Taip pat, kuo mažesnis perdegimas, susijęs su darbu ir su klientu, tuo geresnė savijauta.
4. Išryškėjo saviveiksmingumo, susidūrus su savižudybės rizika, svarba. Lyginant su nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu ir pasirengimu reaguoti, vis dėlto saviveiksmingumas, t.y. pasitikėjimas savo gebėjimais padėti žmogui, esančiam

savižudybės rizikoje, yra reikšmingesnis faktorius, veikiantis tikimybę, kad specialistas sureaguos į savižudybės riziką.

5. Dalyvavimas mokymuose turi sąsajų su pasirengimu reaguoti ir saviveiksmingumu susidūrus su savižudybės rizika. Specialistai, nedalyvavę jokiuose mokymuose, pasižymėjo silpnesniu pasirengimu reaguoti ir žemesniu saviveiksmingumu, susidūrus su savižudybės rizika.
6. Išryškėjo seniūnijų darbuotojų vaidmens savižudybių prevencijoje svarba. Šiame tyrime dalyvavę seniūnijų darbuotojai pasižymi didesne tikimybe, kad reaguos į savižudybės riziką, nors jų pasirengimo ir saviveiksmingumo rodikliai yra gerokai žemesni, negu kitų grupių. Galime kelti prielaidą, kad seniūnijų darbuotojai pasižymi kitomis charakteristikomis, veikiančiomis jų stipresnį nusiteikimą reaguoti, pavyzdžiui, artimesni santykiai su bendruomenės nariais, daugiau neformalus ir lygiavertis bendravimas su gyventojais arba tai, kad šie darbuotojai savo, kaip vartininko savižudybių prevencijoje, funkciją labiau priima ir supranta.
7. Policijos darbuotojai išsiskiria prastesnėmis nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu, mažesniu pasirengimu reaguoti, mažesne tikimybe, kad bus reaguojama, ir silpnesniu saviveiksmingumu susidūrus su savižudybės rizika, lyginant su kitų įstaigų specialistais.
8. Keliant specialistų, susiduriančių su savižudybės rizikoje esančiais asmenimis, kvalifikaciją, svarbu suteikti žinių apie pagalbą savižudybės rizikoje esančiam asmeniui, tačiau taip pat svarbu tobulinti ir šias kompetencijas:
  - a. Užmegzti ir palaikyti santykį su savižudybės krizėje esančiais asmeniu.
  - b. Atpažinti savižudybės riziką.
  - c. Nukreipti asmenį tolesnei pagalbai savižudybės rizikos atveju.
  - d. Nesmerkiantis ir supratingas požiūris į žmones, patiriančius psichologines problemas.
  - e. Aktyvaus klausymo įgūdžiai.
  - f. Pagalbos teikimo sistemos rajone supratimas bei bendravimas su kitų institucijų specialistais, siekiant vystyti tarptautinį bendradarbiavimą.
9. Šie veiksniai gali būti svarbūs sprendžiant savižudybių problemą rajonuose:
  - a. Pakankamas pagalbos teikėjų (psichologų, psichiatrų, soc. darbuotojų ir kt.) kiekis, prieinamumas ir įvairovė.

- b. Savižudybės krizės atveju turi būti suteikta nemokama skubi pagalba, bet kuriuo paros metu.
  - c. Specialistai ir institucijos tarpusavyje turi bendradarbiauti, pagalbos teikimas turi būti koordinuojamas.
  - d. Pagalba turi būti proaktyvi, ilgalaikė ir, esant poreikiui, mobili.
  - e. Svarbu spręsti silpną pagalbos prieinamumą dėl didelių atstumų: suteikti nemokamas transporto paslaugas, gerinti susisiekimą rajone, esant butinybei svarstyti mobilią pagalbą.
  - f. Kelti ir nuolat palaikyti specialistų kvalifikaciją, suteikti specialistams žinių apie darbą su savižudybės rizikoje esančiu klientu/pacientu, sudaryti specialistams galimybę aptarti atvejus supervizijose.
10. Sociokultūriniai veiksniai, kurie gali būti reikšmingi savižudybių problemos sprendimui rajone:
- a. Bendruomenė yra draugiška, žmonės yra artimi, padeda vieni kitiems, reaguoja į kitų problemas.
  - b. Žmonės nebijo pasakyti savo problemų, nebijo būti pasmerkti, jiems negėda pasirodyti silpnais.
  - c. Žmonės pasitiki specialistų teikiama pagalba.
  - d. Žmonės turi pagrindines žinias ir supratimą apie psichikos sveikatą, psichologinius sunkumus ir savižudybes, įvairias socialines problemas ir pažeidžiamas grupes.
11. Tyrimo rezultatai rodo, kad siekiant spręsti savižudybių problemą rajonuose, svarbu:
- a. Rajono/miesto savivaldybė turi įvertinti savižudybių problemą savo mieste/rajone ir sistemiškai ją spręsti.
  - b. Turi būti vykdomos ne tik intervencinės, bet ir prevencinės bei postvencinės veiklos.
  - c. Turi būti suteikiamas pakankamas finansavimas šioms veikloms.
  - d. Skirti dėmesį bei spręsti šias socialines problemas: nedarbas, skurdas, žalingas alkoholio vartojimas, smurtas, socialinės rizikos šeimoms, jaunimo psichologiniai/socialiniai sunkumai.

Šio tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad savižudybių problemą mieste/rajone gali veikti įvairūs veiksniai: sveikatos apsaugos sistemos ypatybės, specialistų pasirengimas bei kvalifikacija, atmosfera bendruomenėje, žmonių nuostatos ir požiūris į pagalbą, taip pat ir kitos socialinės problemos, tokios kaip nedarbas, smurtas, žalingas alkoholio vartojimas ir kt. bei politikos formuotojų požiūris ir įsitraukimas į savižudybių problemos sprendimą. Siekiant sumažinti savižudybių/bandyimų nusižudyti kiekį, svarbu išlaikyti šį visuminį požiūrį ir strategiškai priimti sprendimus, kurie būtų nukreipti į atskirus savižudybių problemą veikiančius veiksnius. Taip pat efektyviam problemos sprendimui yra būtina strategiškai numatyti spręsti daugelį su savižudybėmis susijusių problemų ir neapsiriboti tik viena problemos sprendimo kryptimi.

Toliau pateikiamos išvados, suformuotos remiantis šios apklausos rezultatais. Išvadose specialistais laikomi įvairūs darbuotojai, kurie savo darbe gali susidurti su savižudybės rizikoje esančiais asmenimis ir turintys galimybę atlikti vartininko funkciją: medikai, pareigūnai, mokytojai, seniūnijų darbuotojai, soc. darbuotojai, psichologai ir kt. Taigi, siekiant spręsti savižudybių problemą rajonuose:

1. Svarbu didinti specialistų pasirengimą reaguoti į savižudybės riziką. Tai galima pasiekti:
  - a. Suteikiant specialistams žinių apie savižudybes bei pagalbos savižudybės rizikos atveju principus.
  - b. Suteikiant specialistams galimybę lankytis supervizijose, konsultacijose dėl atvejų, kurie gali būti susiję su aukšta savižudybės rizika.
  - c. Skatinant komandinį darbą, tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir specialistų tarpusavio emocinę paramą, kad specialistas turėtų galimybę pasitarti su kitais.
2. Keliant specialistų kvalifikaciją, mokymų ir/ar supervizijų metu svarbu atkreipti dėmesį ir į aktyvaus klausymo, kontakto su savižudybės krizėje esančiu asmeniu palaikymo įgūdžius. Tyrimas rodo, kad teikiant pagalbą specialisto emociniai išgyvenimai ir bendravimo su savižudybės rizikoje esančiu asmeniu specifika yra tiek pat reikšmingi, kaip ir praktinės žinios, todėl svarbu specialistus ruošti išbūti su kito žmogaus mintimis apie mirtį, išgyvenamu beviltiškumu, mokėti išlaikyti savo atsakomybių ribas bei teikti emocinę paramą nesmerkiant ir nevertinant. Šie įgūdžiai specialistams gali suteikti pasitikėjimo savimi, kad jie galės tinkamai sureaguoti, susidūrus su savižudybės rizika. Pagal tyrimo rezultatus šis pasitikėjimo veiksnys, t.y. saviveiksmingumas, yra ypač

reikšmingas specialistų pasirengime.

3. Tyrimo rezultatai išryškino sociokultūrinių veiksnių svarbą savižudybių problemoje. Be to, rezultatai taip pat rodo, kad vartininkų elgesys, kurie irgi yra bendruomenės nariai, yra susijęs su jų nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu. Atmosfera bendruomenėje, gyventojų požiūris ir nuostatos, bendravimas ir reagavimas į kitų bendruomenės narių problemas gali turėti poveikį suicidiniam elgesiui. Norint paskatinti palankesnes nuostatas, svarbu mažinti savižudybių stigmą bendruomenėje, viešinti šią problemą ir skleisti informaciją apie pagalbos būdus susidūrus su psichologiniais sunkumais. Taip pat svarbu suprasti, kad bendravimo kultūra formuojasi jau ankstyvame amžiuje, todėl siekiant keisti atmosferą tai reikia pradėti daryti jau švietimo įstaigose, kreipiant dėmesį į patyčių problemą, vaikų/paauglių emocinę savijautą, užimtumą, santykius šeimoje. Pagal tyrimo rezultatus, specialistų nuostatos yra susiję su perdegimu darbe, todėl svarbu spręsti ir specialistų darbo sąlygų bei psichologinio mikroklimato organizacijose klausimus.
4. Sprendžiant savižudybių problemą sistemiskai, svarbu atkreipti dėmesį į seniūnijų darbuotojų ir policijos pareigūnų pasirengimą reaguoti į savižudybės riziką. Tyrimo rezultatai išryškino seniūnijų darbuotojų svarbą atliekant vartininkų vaidmenį, šių įstaigų darbuotojai pasižymi didesniu nusiteikimu reaguoti į savižudybės riziką, todėl ypač svarbu: 1) suteikti šiems specialistams tinkamą pasirengimą reaguoti, t.y. žinių apie savižudybes ir pagrindinius pagalbos principus; 2) skatinti glaudų bendradarbiavimą su psichikos sveikatos specialistais, dirbančiais rajone, kad būtų galima dirbti komandoje. Pagal šio tyrimo rezultatus, policijos pareigūnai pasižymi kiek daugiau neigiamomis nuostatomis savižudybių prevencijos atžvilgiu. Gali būti, kad šie specialistai mažiau mato savo, kaip vartininkų vaidmenį, be to, dėl darbo specifikos jie gali dažniau susidurti su atvejais, susijusiais su smurtu, agresija, žalingu alkoholio vartojimu, todėl savižudybės riziką pastebėti gali būti ypač sunku. Dėl to svarbu suteikti pareigūnams reikalingų žinių apie savižudybes ir aptarti reagavimo į savižudybės riziką būdus pareigūno darbe.
5. Remiantis tyrimo rezultatais, galima pateikti tokias reagavimo į savižudybės riziką sistemos tobulinimo gaires:
  - a. Turi būti pakankamas pagalbos teikėjų kiekis rajone, pakankama paslaugų įvairovė ir prieinamumas.



- b. Specialistai ir institucijos turi tarpusavyje bendradarbiauti.
  - c. Pagalba turi būti: nemokama, skubi (bet kuriuo paros metu), proaktyvi, ilgalaikė ir, esant poreikiui, mobili. Pagalbos teikimas turi būti koordinuojamas.
  - d. Svarbu, kad rajone būtų specialistų, dirbančių specifiskai su savižudybės rizikoje esančiais asmenimis, t.y. turinčių specifinių žinių ir pasirengimą, leidžiančių vykdyti kokybiškas intervencijas krizės atveju.
6. Tyrimo rezultatai išryškino savivaldybių administracijos vaidmens svarbą. Sprendžiant savižudybių problemą, savivaldybės specialistai turi šią problemą įvardinti, įvertinti ir sistemiškai ją spręsti. Svarbu vykdyti ne tik intervencines, bet ir prevencines bei postvencines veiklas. Visoms veikloms turi būti suteikiamas pakankamas finansavimas. Savižudybių problema gali būti susijusi ir su kitomis socialinėmis problemomis, todėl svarbu išlaikyti visuminį požiūrį ir gerinti gyventojų psichologinę gerovę visapusiškai: mažinti nedarbą, skurdą, žalingą alkoholio vartojimą, spręsti smurto ir socialinės rizikos šeimų problemas, jaunimo psichologinius/socialinius sunkumus.

### **3. Specialistų, dalyvaujančių savižudybių prevencijos sistemoje, poreikiai ir sunkumai: kokybinės tyrimo dalies rezultatai**

Analizuojant pagalbos teikimo sistemą, labai svarbu tiesiogiai suprasti tos sistemos dalyvių poreikius ir jiems kylančius sunkumus, nes tik tuomet įmanoma tiksliai pastebėti sistemoje esančias spragas ir būdus joms užpildyti. Šioje dalyje pristatomo tyrimo tikslas buvo įvertinti bei aprašyti savižudybių prevencijos sistemą regionuose specialistų, dalyvaujančių savižudybių prevencijos sistemoje, požiūriu. Kadangi tyrimas atliktas COVID-19 pandemijos metu, taip pat mėginta suprasti pandemijos ir jai suvaldyti skirto karantino poveikį savižudybių prevencijos sistemai. Tyrime mėginta atsakyti į tris pagrindinius klausimus: (1) kokie yra savižudybių prevencijos sistemos resursai ir trūkumai; (2) kokie yra specialistų išgyvenimai, poreikiai, kylantys sunkumai ir jų įveika; bei (3) kokį pandemijos poveikį pastebėjo specialistai ir kaip mėgino prie jo prisitaikyti.

#### **Metodika**

##### **Tyrimo dalyviai**

Tyrimas vyko 2020 m. gegužės-2021 vasario mėn., todėl buvo įtraukti klausimai apie pandemijos poveikį. Tyrime dalyvavo 30 specialistų, dirbančių, savižudybių prevencijos sistemoje. Tyrimo dalyviai buvo pasiekti skambinant į įvairias psichikos sveikatos priežiūros įstaigas, rašant elektroninį laišką su kvietimu dalyvauti rajonų savivaldybių merams ir specialistams bei sniego gniūžtės būdu. 10 specialistų (33,3 %) buvo dirbantys sistemos koordinavimo srityje, likusieji 20 specialistų (66,6 %) buvo dirbantys tiesiogiai psichologinį (n = 11), psichiatrinį (n = 6), socialinį darbą (n = 1) arba slaugytojo darbą (n = 1) su pacientais psichikos sveikatos priežiūroje bei švietimo įstaigose. Tyrime dalyvavo 4 vyrai (13,33 %) ir 26 moterys (86,67 %). Tyrimo dalyvių vidutinis amžius svyravo nuo 31 iki 74 metų amžiaus (M = 50, SD = 11,8).

##### **Tyrimo metodai**

Tyrimo duomenims rinkti buvo taikomas pusiau struktūruotas interviu, vykdomas nuotoliniu būdu telefonu ar video skambučio metu per ZOOM platformą. Pusiau struktūruotas interviu buvo sudarytas iš demografinių klausimų bei 8-ių klausimų sistemos

koordinavimo srityje dirbantiems asmenims ir 8-ių klausimų specialistams. Visi interviu buvo įrašomi į diktofoną.

### **Tyrimo eiga**

Prieš tyrimo interviu atlikimą tyrimo dalyviams buvo papasakojama apie tyrimo tikslą, eigą, sutaromas patogus laikas interviu atlikimui. Interviu pradžioje buvo perskaitomas informuotas sutikimas, tyrimo dalyvis įrašo metu turėjo patvirtinti savo sutikimą dalyvauti, galėjo užduoti klausimus apie tyrimą. Po to vykdomas interviu pusiau struktūruotu principu, kai nebūtinai laikomasi pasiruoštų klausimų struktūros, užduodami patikslinantys klausimai. Atliktų interviu trukmė svyravo nuo 17 iki 86 minučių, vidurkis – 42 minutės. Interviu buvo transkribuoti raštu. Tyrimo dalyvio kontaktiniai duomenys buvo naudojami tik susisiekimui su tyrimo dalyviu, nes tyrimo tikslams įgyvendinti šie asmens duomenys nėra reikalingi. Siekiant užtikrinti tyrimo dalyvių duomenų saugumą, šie duomenys buvo iš karto nuasmeninami – naudojamas kiekvienam tyrimo dalyviui priskirtas kodas (nesusijęs su asmens duomenimis), pakeičiamos visos tyrimo dalyvį identifikuojančios detalės (minimi vardai, vietovardžiai, įstaigų pavadinimai). Tyrimui atlikti buvo gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas Nr. 39, leidimo išdavimo data 2020-02-27.

### **Duomenų analizė**

Duomenų analizei naudota Boyatzis (1998) hibridinė teminė analizė. Teminė analizė – tai procesas, kurio metu užkoduojama kokybinė informacija siekiant sukurti „kodų knygą“ – temų sąrašą, atspindintį esminius tyrimo duomenis. Šiame tyrime siekta atlikti indukcinę teminę analizę. Indukcinėje teminės analizės formoje temos yra generuojamos iš duomenų [*angl.* data-driven], tokios temos nėra formuluojamos tyrėjų teorine kalba ar pagal jų teorinius interesus – atliekant indukcinę analizę nėra bandoma gautus duomenis asimiliuoti į jau esančią teorinę sistemą (Braun & Clarke, 2006). Pasak Boyatzis (1998), tam, kad būtų įmanoma įgyvendinti indukcinę analizę, reikalinga ne viena tyrimo imtis, bet bent dvi sub-imtys kurias būtų galima lyginti tarpusavyje pagal kokį nors iš anksto pasirinktą kriterijų. Atvejais, kuomet tyrėjas siekia naudoti indukcinę analizę temų išskyrimui, tačiau teminės analizės vienetas yra vienas (šiuo tyrime – specialistų, dalyvaujančių savižudybių prevencijos sistemoje, patirtis) ir nėra aiškaus kriterijaus, pagal kurį būtų galima išskirti sub-imtis, taikomas hibridinis – iš dalies indukcinis, iš dalies – teorija grįstas analizės metodas. Todėl šiame tyrime remiamasi *hibridine* teminės analizės forma atsižvelgiant į tai, kaip ją apibrėžia Boyatzis (1998).

Duomenų analizė vyko keliais etapais. Pirma, *susipažinimas su tyrimo duomenimis*. Interviu buvo transkribuoti raštu, pakeičiant visas tyrimo dalyvį identifikuojančias detales (vardus, itin specifinius vietovardžius, pavadinimus)., Interviu perskaitomi keletą kartų siekiant detaliai susipažinti su tyrimo medžiaga. Antra, *interview teksto redukavimas ir potencialių temų išskyrimas atrinktuose šešiuose interviu*. Atrinkti šeši išsamiausi ir skirtingiausi, daugiausiai įvairių patirties aspektų apimantys interviu (2 koordinatorių, 2 psichologų, 2 gydytojų psichiatrų), atspindintys rajonus, kur yra veikiantis savižudybių prevencijos algoritmas, ir tokio algoritmo ir aiškios savižudybių prevencijos sistemos nėra. Tekste išskiriami prasminiai vienetai ir išskiriamos pasikartojančios preliminarios temos. Peržiūrimi išskirti prasminiai vienetai, ieškoma panašumų ar pasikartojančių aspektų. Šiame etape bent du tyrėjai nepriklausomai sukodavo ir išskyrė preliminarias temas kiekviename iš interviu, ir jos buvo aptartos tarpusavyje ieškant bendrumų. Trečia, *temų sąrašo kūrimas*. Išskirtų potencialių temų sąrašas buvo peržiūrėtas visų tyrėjų kartu, siekiant sudaryti temų sąrašą, kuriame nebūtų persidengiančių ar neaiškių temų, o taip pat nebūtų nutolta nuo pirminių interviu duomenų. Temos grupuojamos, priskiriami apibendrinantys temų pavadinimai. Ketvirta, *kodų knygos kūrimas*. Išskirtų temų formuluotės buvo perrašomos taip, kad būtų kuo trumpesnės ir aiškesnės, jos grupuojamos į kodus. Grįžtant prie teksto kodai koreguojami, perkonstruojami ir nustatomos taisyklės, kada tema/kodas laikoma kaip pasireiškę, o kada ne. Penkta, *kodų knygos taikymas*. Sukurta kodų knyga buvo taikoma likusiems dvidešimt keturiems interviu. Radus kodų knygoje nesamą temos aspektą, kodas buvo aptariamasis visoje tyrimo grupėje, atnaujinamas, pildomas. *Galutinis duomenų tvarkymo rezultatas* yra sukurta išsami, aiški, apibrėžta kodų knyga ir kiekybinė jų pasikartojimo skirtinguose interviu išklotinė visuose trisdešimt tyrimo interviu).

Šiame tyrime siekiant užtikrinti duomenų analizės patikimumą, laikytasi Boyatzis (1998) indukcinės ir hibridinės analizės gairių. Kuriant temų sąrašą visų pirma sutelkiami temų apimantys prasminiai vienetai, tuomet bandoma suteikti jiems apibrėžimą ir tik pačioje pabaigoje ieškoma temos pavadinimo. Be to, patikimumui užtikrinti naudotas Boyatzis (1998) rekomenduojamas *dvigubas kodavimas (angl. double coding)*. Kodų knygos kūrimo dalyvavo keturi tyrėjai, supervizuojami su pirminiais duomenimis tiesiogiai nesusijusio, neutralaus tyrėjo. Pirmiausia kiekvienas tyrėjas išskyrė interviu prasminius vienetus, tuomet du tyrėjai, lygindami abiejų išskirtus prasminius vienetus, tarpusavyje diskutuodami patvirtino interviu teksto santraukas potencialių temų išskyrimui. Tuomet keturi tyrėjai sukūrė kodų knyga

remiantis šešiais interviu siekdami bendro sutarimo dėl kiekvienos temos. Galiausiai, tyrėjai pritaikė temų sąrašą likusiems interviu ir sukūrė galutinį duomenų tvarkymo rezultatą, nuolat tardamiesi tarpusavyje. Toks procesas leido sumažinti subjektyvią kiekvieno tyrėjo įtaką galutiniam rezultatui.

Duomenų tvarkymui ir analizei naudotasi kompiuterine kokybinių duomenų apdorojimo programa „Atlas.ti“ ir „Microsoft Office“ programų paketu.

## **Tyrimo rezultatai**

Nagrinėjant 30-ies specialistų darbo ypatumus savižudybių prevencijos sistemoje išryškėję temos duomenų analizės metu suskirstytos į 22 kategorijas, o šios į 5 kategorijų grupes. Buvo išskirtos šios kategorijų grupės: specialistų patirtys dirbant su suicidiškais asmenimis (I); sistemos organizavimas (II); specialistų veiklos dirbant su suicidiškais asmenimis (III); savižudybių prevencijos sistemos dalyviai (IV); Covid-19 pandemija ir psichikos sveikatos priežiūros sistema (V). Toliau aptariama kiekviena kategorijų grupė atskirai.

### **I Kategorijų grupė. Specialistų patirtys dirbant su suicidiškais asmenimis**

Šioje dalyje geriausiai atsispindi specialistų patirtys dirbant su žmonėmis patekusiais į savižudybės krizę. Atlikus teminę analizę išryškėjo trys pagrindinės kategorijos – emociniai išgyvenimai dirbant su suicidiškais pacientais (paminėta 25 atvejuose), emociniai išgyvenimai po paciento savižudybės (15 atvejų), sunkumų, kylančių dirbant su suicidiškais pacientais, įveika (18 atvejų). Toliau išsamiau pristatysime kiekvieną išskirtą kategoriją, ją sudarančias temas bei pateiksime duomenis iliustruojančių pavyzdžių.

#### ***1 kategorija. Emociniai išgyvenimai dirbant su suicidiškais pacientais***

Kalbėdami apie savo patirtį dirbant su suicidiškais pacientais, tyrimo dalyviai dalinosi kylančiais įvairiais emociniais išgyvenimais. Specialistai išsakė tokia darbe kylančius slegiančius jausmus, mintis ir kitus emocinius sunkumus bei dalinosi situacijomis, kuriose šie išgyvenimai dažniausiai pasireiškia.

#### ***Noras ir pastangos padėti pacientui***

Didžiąją dalį (n = 20) tyrime dalyvavusių specialistų yra būdingas papildintas noras padėti savižudybės krizėje esantiems pacientams, kuris dažnai pareikalauja daugiau

specialisto pastangų teikiant pagalbą. Specialistams svarbu, kad pacientai matytų jų pastangas ir tą laiką reikšmingu veiksmu teikiant pagalbą. Dėl didelio noro ir pastangų padėti kartais tenka peržengti savo kompetencijos ribas, imtis daugiau veiksmų nei specialistui priklauso pagal pareigas.

*Labiau labiau kažkaip stengiesi padaryti viską, kas nuo tavęs priklauso, nes, nu, tai tarsi toksai va vis tiek netoli netoli gyvybės mirties klausimo visada momentas.*

*Čia tokia biškį labiau asmeninė iniciatyva, nu, kaip ir atsakomybės iniciatyva ir tavo kaip specialisto iniciatyva, bet gal tai nėra, jinai gal nėra tiek formalizuota.*

*Jo, šiaip nu, geriau apsidrausti, geriau padaryti per daug, negu kažką praleisti ir paskui gailėtis. Aš tokios nuomonės.*

Analizuojant duomenis išryškėjo, kad kartais tyrimo dalyvių padidintas noras ir pastangos padėti jiems patiems sukelia nemalonių išgyvenimų, nusivylimo. Visgi kartais toks papildomas įsitraukimas gali lemti sėkmės išgyvenimą. Vienas tyrimo dalyvis ne konsultacijos metu užkalbinęs savo pacientę išvengė savižudybės, nes pacientė jau buvo besiiimanti suicidiškų veiksmų.

*Labai džiaugiuosi, nežinau kuo tenai – Dievu, likimu ar kuo jis ten vardu, ane, kuris davė proto, ane, pateikti klausimus tam žmogui.*

### *Nerimas, įtampa ir stresas*

Daugiau negu pusė (n = 18) specialistų minėjo, kad darbas su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais yra emociškai sunkus, kelia nerimą, stresą, įtampą. Dalis tyrimo dalyvių konkrečiai nurodė, kokios situacijos su suicidiškais pacientams jiems kelia daugiausia emociškai sunkių išgyvenimų. Pavyzdžiui, vienas tyrimo dalyvis įvardijo, kad emociškai sunkiausia yra, kai savižudybės krizę išgyvena jauni žmonės, patiriantys nesėkmes. Kitas tyrimo dalyvis pasidalino skausmu, kylančiu dirbant su suicidiškais vaikais.

*Tie jausmai ir yra, nu, akivaizdu, būna, nu, įtampa, nerimas, nu, bet tai kažkaip, kadangi tai yra, nu kažkokia, tai vat, vis tiek tavo darbo dalis.*

*Tie išgyvenimai žmonių, taip, jau, nu, kartais jauti jauti tokį iš tikrųjų emocinį krūvį. Ypatingai tai, aišku, kai matai tuos ypatingai jaunus žmones, kuriems, nu, sunkiai dėliojasi ir, atrodo, paprasti dalykai gyvenime.*

*Žinoma, kad visada yra labai skaudu, ypač kai vaikai verkia ir yra netekę ten ir artimųjų arba patys galvoja apie savižudybę, tai čia vienareikšmiškai. Yra tikrai skaudu.*

Pastebėta, kad emociniai sunkumai, kurie kyla dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, išlieka ir kitoje, ne tik darbinėje aplinkoje. Tyrimo dalyviai dalinosi gailėsčio išgyvenimu ir nuolatinio galvojimu apie pacientą grįžus namo po darbo. Kartais nerimas

pasireiškia miego problemomis. Taip pat atsiskleidė, kad profesinio kelio pradžioje nerimo ir galvojimo apie gydomus suicidiškus pacientus būna dažniau, o laikui bėgant ir didėjant patirčiai, darosi emociškai lengviau.

*Na, jeigu, ee, nu, apskritai, taip, tai toks, vat, nu, gaila man žmonių. Aš jaučiuosi, vat, empatiška tų žmonių atžvilgiu ir ir ir išgyvenu, ir ir ir, sakykim, vat, būna atvejų, kai kai tikrai parvažiuoji ir po darbo namo ir galvoji, ir ar viskas su tuo žmogum gerai.*

*Aišku, paskui tenai turi visokių, jeigu jau ten priimi sprendimą, kad aktyvesnę pagalbą čia vietinę ir taip toliau, tai paskui turi visokių ir nemigos naktų ir visko ten.*

*Kad va ten išėjus iš darbo labai pergyventum, taip, būna, nu, kad galvoji, ten galvoji apie, vat, kaip kaip jis, kaip ką čia, kaip jis ten jaučiasi, kaip čia mes ką kalbėsime, ką jis ką jis veikia, va, taip, nu, tiesiog. Sukasi tos mintys, bet taip labai, kad labai žiauriai kaip kaip jaunystėj veikty, nu ne, nėra taip taip kažkaip.*

### **Bejėgiškumas**

Trečdalis tyrimo dalyvių (n = 10) nurodė bejėgiškumo jausmą dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Specialistai minėjo, kad kartais jaučiasi „įstrigę“.

*Būna, nu, kad, nu, atrodo, nè- nėra tos išeities, nu, vat, ir toks, ir tas žmogus, matai, kad įstrigęs tame, ir tu pats jauties su juo kartu įstrigęs.*

Tyrimo dalyviai dalinosi, kad vidinis balsas kartais „praneša“ apie įvyksiančią paciento savižudybę, tačiau kartais jaučiama, kad bet kokios jo pastangos padėti bus beprasmės. Bejėgystės jausmas specialistams kyla ypač tada, kai pastebi, kad žmogus artėja link suicidiško veiksmo, tačiau nežino, kaip būtų galima tai sustabdyti. Tyrimo dalyvių išgyvenamas bejėgiškumas taip pat atsiskleidė, kai specialistui nepavyksta su suicidišku žmogumi užmegzti kontakto arba kai pacientai visai atsisako pagalbos, yra nusistatę prieš gydymąsi stacionare.

*Kartais būna toks vidinis balsas, kuris sako, nežiūrint į jį tai jokios pastangos, nes finišas bus tas pats. <...> Šiuo atveju buvo taip: aš žinojau, kad jinai, šita, taip gali pasibaigti.*

*Vis galvoju, ką būtų galima su tais sunkiais, va, tokiais ligoniais, kurie be perstojo apie tą suicidą galvoja, ir kur, vat, ir eina, tu lyg ir iš patirties matai, kad eina link to taško, ir neturi kaip užkirsti kelio, kad kad sustabdyt tą žmogų. Nu, negali jo paimt, perkelt kažkur į jį į šiltus kraštus po palmę ir kad jis ten gerai jaustųsi, visų prižiūrimas.*

*Ee, nu, atsisako – atsisako į stacionarą vykti tam gydymui, ee, kažkok- išsako tas suicidines mintis, bet, pavyzdžiui, sakai, kad jam iškviesi greitąją, kad važiuok į ligoninę, jisai sako, -aa, aš nuvažiuosiu ir pasakysiu, kad aš neturiu jokių suicidinių minčių, kad man visas gerai, sako, aa, ir mane paleis, sako, aš taip ne kartą esu daręs. Nu, ir viskas, ir tavo rankos tada surištos tokios.*

Bejėgiškumas gali būti jaučiamas, kai žmonės nepakankamai rimtai priima artimojo savižudybės riziką. Pavyzdžiui, vienas tyrimo dalyvis pasidalino situacija, kai apie vieno vaikinio aukštą savižudybės riziką pranešė jo tėvams, tačiau šie nesiėmė jokių veiksmų. Specialisto

žodžiuose pastebimas bejėgiškumas, kai jis kalba, kad vargu ar įmanoma Edukuoti vaikų tėvus, kad šie pastebėtų savižudybės riziką savo artimoje aplinkoje ir tinkamai sureaguotų.

*Iš tikrųjų labai apmaudu, kad ir tėvams trūko tų, žinot, bet aš ne, nu, čia, nežinau, ar įmanoma iš viso apšviesti.*

### *Liūdesys*

Dalis (n = 7) tyrimo dalyvių minėjo apie darbe su suicidiškais pacientais išgyvenamą liūdesio jausmą. Liūdesio jausmas dalyviams kyla dėl skirtingų situacijų. Dažniausiai specialistų žodžiuose atsiskleidė liūdesio išgyvenimas kalbant apie pacientų išgyvenamą kančią. Specialistai supranta, kad pacientams tuo metu būna emociškai labai sunku. Liūdesys psichikos sveikatos specialistams kartais kyla, kai pacientai nėra motyvuoti pagalbai, jos atsisako, neįsisąmonina pagalbos poreikio.

*Tų jausmų yra daug, tų jausmų yra daug ir tokių bendražmogiškų ir ir ir tikrai labai gaila kitą sykį ir tos situacijos, į kurią žmogus papuolęs.*

*Sunkumai tai buvo tokie, kad gal pačiai, vat, sunku būdavo irgi, kad pakonsultuoti, atrodo, išvažiuoja ir žinai, kad jiems irgi labai sunku.*

*Tai tos, vat, liūdniausios kur kur, jeigu žmogui yra blogai ir jis atsisako.*

*Nu, pirmiausia, tai neįsisąmonina nei rizikos, nei suvokia. Ir, pavyzdžiui, kaip jie, nu, dažniausiai tai yra socialinių paslaugų klientai, nu, tai jų kognityvinės funkcijos, šita, neleidžia sėkmingai bendradarbiauti. Kad (...) reikia, įtariu. Tai, vat, susiduri su žmogaus apribojimu, pajėgumo apribojimu. Kognityvinės funkcijos taip paveiktos, kad nepavyksta tokių ženklų pokyčių padaryt. O todėl, vat, nu, kaip, be abejo liūdna.*

### *Jaučiasi atsakingas už pacientą*

Dalis (n = 7) tyrime dalyvavusių specialistų įvardino padidėjusį atsakomybės jausmą, kai pacientas yra savižudybės rizikoje. Atsiskleidė, kad toks padidėjęs atsakomybės jausmas gali būti našta specialistui. Specialistui gali būti sunku priimti sprendimus dėl paciento gydymo, kuomet jaučiama didelė atsakomybė, o neteisingų sprendimų priėmimas gali turėti neigiamas pasekmes ir sukelti daug skausmo specialistui. Taip pat pastebėta, kad atsakomybės jaučiama daugiau ir emociškai būna sunkiau, kai specialistas dirba vienas su pacientu.

*Kiekviena situacija turi savo unikalumo kažkokį tai grūdą ir ir ir tikrai aa visą laiką tu jautiesi labiau atsakingas; Ir atsakomybės už tą žmogų, nu vat, tiesiog daugiau tada nešiojiesi.*

*Tai va, tas turbūt toksai, nu, svoris jisai yra ir ir ta atsakomybė tikrai jinai tokia našta.*

*Būna labai sunku priimt sprendimą kitą sykį, ane, ir ir ir trypčioji vietoj ir sveri ir po gramą, ir po tris, ir ir tikrai tas svarstymas, nu, jisai toks labai gi kitą sykį, nu, santykinis, jisai gi nėra toks tikrai, kad įbėrei, tiksliai žinai, kad įbėrei dešimt gramų, ane, nu, nėra taip ir ir būna tikrai*



*tas sprendimas pasiremiant ir savo kažkokius tai savo nuojauta ir ir ir žiniom, ir ir kažkokiais įstatymiais dalykais, ir nu kartais būna ir, kad prašauni, ir padarai kažkokių tų tų klaidų, o žinai, kad šitoj vietoj gali būt labai skaudžios klaidos, ane, ir labai labai ne- neatsukamos atgal tos tos klaidos.*

*Kai yra daugiau personalo įsijungia, tai aišku, pasidalini ir tą atsakomybę, ir kartu gali kažką pasitarti, nuspręsti, o kai ant tavęs vieno, tai jau tada irgi, aišku, nu, ir emociškai sunkiau...*

### **Baimė**

Dar vienas iš teminės analizės metu pastebėtų tyrimo dalyvių emocinių išgyvenimų, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, yra baimės jausmas (n = 5). Baugu gali būti dirbti savo rajone, žinant, kad savižudybės čia yra opi problema. Tyrimo dalyviai baiminasi tiek paciento savižudybės, tiek dėl to, kad nesijaučia pakankamai kompetentingi savižudybių prevencijos srityje.

*Realiai, [RAJONAS] juk mirga savižudybių skaičiumi, mes esam vieni aukščiausi Lietuvoj, jeigu ne patys aukščiausi, tai tai, vat, šita situacija truputį baugina.*

*Aišku, aš gyvenu baimė. Ta baimė iš tikrųjų, baimė, nerimas iš keletos šaltinių kyla. Nes, vienas dalykas, bijai to žmogaus, kas, kad jis nenusižudyty. Aa, paskui dar bijai, nes tu nesijauti savižudybių prevencijos patyręs specialistas, turintis daug žinių, ane, nes. Kompetencijų tame ir tu viską gauni grynai mokytis čia ir dabar.*

Atsiskleidė, kad specialistai kartais baiminasi klausti paciento, ar yra minčių apie savižudybę, nors žino, jog tai reikalinga.

*Ten vyksta vyksta tie mokymai, nu, kad, atseit, reikia gi klausti, ar tu galvoji apie sav-, nu, nu, va tas kažkaip, nu, man dar sunku tą, iš tikrųjų, išstarti tai, nes, nu, gal, jeigu aš dažniau susidurčiau, jau gal būtų kažkaip įprasta, ane? Bet, vat, visą laiką ta, nu, atrodo, vos ne kad paklausi ir ir nukreipsi į. Gal jis tuo metu neturi tų minčių, o, vat, tavo tas paklausimas gali jam sukelti tokias mintis, tai vat, va, tas man kažkaip tai, nu, nu nejauku. Aš dar ne- nejaukiai jaučiuosi, pavyzdžiui, klausdama to tokio dalyko.*

Pastebėta ir tai, kad kartais baiminamasi dėl fizinio saugumo, ypač kai pacientas yra linkęs į agresiją. Tokiais atvejais svarbus gali būti papildomo asmens dalyvavimas konsultacijoje (pvz., pareigūno).

*Žinokit, bijojau <...> ir policininkas sėdėjo sėdėjo kabinete prie durų už nugaros, nes nė-, nes iškvietė artimieji, reiški, slapstės su peiliu, visus išbadyti net. <...> Ir ir pats (pasipjaustė), ir buvo labai piktas, nebendravo iš pra- iš iš ir pradžių, nu, atvažiavo du policininkai <...> sako: „Jeigu Jūs nieko prieš, aš norėčiau dalyvauti tam pokalbyje, kad būtų saugiau“. <...> Tai aš labai apsidžiaugiau, taip, iš tikrųjų sakau, jeigu man bus baisu, nieko nežinai, ką jis gali daryti.*

### *Pyktis*

Teminės analizės metu pastebėta, kad dirbant su padidėjusios savižudybės rizikos pacientais gali kilti pykčio jausmas. Jį išsakė tik vienas tyrimo dalyvis (n = 1), kuris jautė pyktį po paciento mėginimo nusižudyti. Specialistas jautė pyktį ne tik dėl paties fakto, kad pacientas mėgino nusižudyti, bet jį paveikė ir tai, kad pacientas nepranešė apie vėl atsinaujinusias mintis apie savižudybę ir ketinimą nusižudyti.

*TEN BUVO LABAI DAUG JAUSMŲ. <...> Turiu prisipažinti, kad ten buvo nu LABAI DIDELĖS ir streso, ir ir ir ir netgi pykčio, sakyčiau, turėčiau prisipažinti.*

*Taip tai yra tokio pykčio, kad, nu, kodėl nepranešė, nepasakė ir čia taip, žinot (nusijuokia) ir ir tikrai, nu labai labai išmušė iš pusiausvyros ta visa situacija, tai vat, prisimenu ją net dabar karštis išmuša.*

### **2 kategorija. Emociniai išgyvenimai po paciento savižudybės**

Kai kurie tyrime dalyvavę specialistai yra patyrę bent vieno paciento savižudybę (n = 14). Kalbėdami apie tokias patirtis, specialistai dalinosi kilusiais emociniais išgyvenimais netekus paciento dėl savižudybės. Pastebėta, kad šie emociniai išgyvenimai apima ne tik iš karto po paciento savižudybės kilusius jausmus, bet ir vėliau, praėjus kuriam laikui po savižudybės, patiriamus emocinius sunkumus. Taip pat pastebėta, kad specialistams su paciento savižudybe pavyksta susitaikyti.

#### *Emocinis sunkumas ir gailėtis*

Šiame tyrime dažniausiai pasikartojęs specialistų emocinis išgyvenimas po paciento savižudybės – emocinis sunkumas (n = 13). Paciento savižudybė emociškai slegia, sukrečia, norisi slėptis. Emociškai sunku gali būti tiek susitaikyti su tuo, kad pacientas nusižudė, tiek prisiminti tokias patirtis. Dirbant gydymo įstaigoje, vieno paciento savižudybė gali emociškai paliesti ne tik specialistą, bet ir kitus komandos narius.

*Žinokit, tada jau blogai labai jaučiausi, kai tai galvoju, kad tikrai buvo žiema, sniego daug, tai norėjau net po sniegu lįsti. Va taip pasikasti.*

*Visada sunku, žinot, visada prisiminus kažkaip tai negera ir visada sunku, ir visada gaila.*

*Nu tas įvykis iš tikrųjų, nu, visus sukretė. <...> Tiek gydytojas, tiek tiek tiek mane, tiek, nu, visą personalą iš tikrųjų.*

#### *Kaltė ir savikritika*

Vienas iš šiame tyrime atsiskleidusių specialistų emocinių išgyvenimų po paciento savižudybės yra kaltės jausmas (n = 8). Beveik visi, dalinęši šiuo jausmu, minėjo po paciento

savižudybės kylančius svarstymus, ką jie, kaip specialistai, turėjo daryti kitaip, kad savižudybė nebūtų įvykusi. Kartais jausdami kaltę specialistai nuvertina visą teiktą pagalbą arba savo veiksmus. Paciento savižudybė taip pat gali sukelti jausmą, kad esi prastas specialistas.

*Vis tiek tai yra tu kažko nepadarei, tu kažko nematei, tai tai yra toks, vat, kad gal galėjo kitaip, gal aš čia galėjau kažką kitaip padaryti, kad čia būtų taip neatsitikę. Gal kažko nepamačiau. Nors kalbėjo lygtais taip ir čia ne ne neuždarysi. Ir ir normaliai kalbėta, ir ir viską, ir staiga vis tiek jį padaro savo kažkada. Tai va toksai tikrai nesmagus atvejis ir keletą kartų buvo ir visą laiką taip.*

*Tai būna, nu, toks labai apgailėstavimas, kad kažkaip nepamatei, kad kažkas nepamatė, kad nu kažkas, vat, kažkokia neefektyvi gal buvo, nu, pagalba, kad, nu jį turėtų viltį ir taip ne- nedarytų.*

*Dirbi, iš tiesų, tai, galvodamas visą laiką apie tai, kaip kaip kaip galėtum pats padėt geriausiai tam žmogui, ką suteikti, kokią jam kokią pagalbą galėtum suteikti ir, nu, iš principo, kai jau nesigauna tokie dalykai, tai jautiesi lyg kažkoks, nu, lūzeris, prastas gydytojas, nesugebantis tai padaryti.*

Svarbu paminėti ir tai, kad patys specialistai nebūtinai jaučiasi iš tikrųjų kalti, kartais gali suvokti, kad šis jausmas neadekvatus situacijai, žinoma, tai nesumenkina nemalonaus jausmo stiprumo.

*Tiesiog jaustumėi didžiulę kaltę, kadangi tu vienas dirbai, ar ne, su tuom, vadinkim. Tai reiškia, kažkur kažkas pražiūrėta jau tavo arba tai, nu, arba ta tokia, nu, tokia galbūt nesąmoninga kaltė kiltų, ten turbūt nėra nieko tokio, dėl ko tu galėtum jaustis kaltas.*

### **Susitaikymas**

Nepaisant minėtų nemalonių išgyvenimų, įvykus paciento savižudybei, su tokia patirtimi galima susitaikyti. Kai kurie tyrimo dalyviai (n = 5) dalinosi, kad susitaikė su įvykusia paciento savižudybe. Susitaikymu šiame tyrime buvo laikoma tai, kad mintys ir stiprūs išgyvenimai, kilę specialistui po paciento savižudybės, atslūgo, nebekankina, patirties įspūdis išblėso. Būtent tokį požiūrį dažniausiai ir išsakė tyrimo dalyviai. Su paciento savižudybe specialistai susitaiko skirtingais būdais. Keli iš jų akcentavo laiką ir „atsistatymo“ per šį laiką reikšmę. Taip pat svarbu nenukreipti viso dėmesio vien į patirtą netektį.

*O taip nieko, viskas stabilizuojasi, laikas gydo, praeina laikas ir kažkaip tai kažkaip kitaip viskas atrodo.*

*Ir ir kažkaip ne ne ne ne ne neužfiksuoti savęs ties ties tais išgyvenimais.*

Pastebėta, kad pokalbis su nusižudžiusio artimuoju gali turėti reikšmingos įtakos susitaikymui su paciento savižudybe. Pavyzdžiui, vienam tyrimo dalyviui po nusižudžiusio artimojo vizito pavyko nurimti, susitaikyti su savo pagalbos teikimo ribotomis galimybėmis.

*Bet mane taip savotiškai nu nuramino tuo tarpu, nu, kad gal tikrai aš ne viską galiu už tą žmogų padaryti. Nu ne viskas mano galioj.*

### **Baimė**

Paciento savižudybė psichikos sveikatos specialistui gali sukelti baimės jausmą. Vienas tyrimo dalyvis (n = 1) dalinosi baimės išgyvenimu. Jis baimę įvardija kaip kylančią dėl kelių priežasčių. Jis baiminasi nusižudžiusiojo artimųjų kaltinimų ir jaučia baimę konsultuodamas kitus savižudybės krizėje esančius pacientus. Baisu, kad šie taip pat neįvykdytų savižudybės.

*Vėlgi tai, ir, vėlgi, ir aišku, dar ir ta baimė, ane, aa, dar yra. Jeigu jeigu tas žmogus nusižudo, ane, kad vėlgi, o tu jam teikei pagalbą, tad gali būti artimųjų tada kaltinimų.*

*Kitą kartą, kai būna kažkokia panaši situacija irgi ta baimė tokia iškyla, kad, vat, nepasikartotų.*

### **3 kategorija. Sunkumų, kylančių dirbant su suicidiškais pacientais, įveika**

Prieš tai aprašytos dvi kategorijos atskleidžia tyrimo dalyvių emocinius sunkumus, patiriamus dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais. Analizuojant specialistų patirtis, atsiskleidė kokiais būdais specialistai bando įveikti tokiame darbe kylančius emocinius sunkumus. Veiksmai ar požiūriai, kuriais kliaujasi šio tyrimo dalyviai susidūrę su sunkumais, buvo apibendrinti ir yra pateikiami šioje dalyje.

#### *Patirties reflektavimas*

Dauguma tyrimo dalyvių (n = 18) dalinosi, kad įveikti emocinius sunkumus, kylančius dirbant su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis, padeda savo patirties reflektavimas. Analizuojant duomenis pastebėta, kad reflektavimas gali vykti įvairiais būdais. Kai kuriems tyrimo dalyviams svarbu analizuoti ir aptarti atvejus, kalbėtis apie sunkumus su kitais žmonėmis. Kalbėjimas su kitais ir dalinimasis savo patirtimis specialistams dažnai atlieka emocijų išreiškimo funkciją.

*Vienintelis variantas, kad, nu va, su kolegom kažkaip aptakiai arba, sakykim, vat nu, skyriaus darbuotojais, su gydytoja, su slaugytojom, nu vat, šiek tiek pašnekėt, sakykim, išsiventiliuot, aptart ir panašiai.*

Teminės analizės metu išryškėjo, kad dauguma tyrimo dalyvių aptaria patirtis su savo komanda, kolegomis, tos pačios srities specialistais. Kartais, neturėdami su kuo pasidalinti išgyvenimais, specialistai tokią galimybę susiranda internete.

*Labiau tai kalbėsi su savo su savo srities žmonėm – arba tai su psichiatru apie tai, ar tai tiesiog, nu, keliese kalbėsi, nes, nu, sėdi vis tiek geri arbatą, ar ne.*

*Jeigu kas, tu tu pa- paklausi, jėjęs į internetą randi su su kuom ten pabendrauti.*

Kai kurie tyrimo dalyviai patirtį reflektuoja mintyse – kelia sau klausimus, ieško atsakymų į juos, apsvarsto turėtas patirtis.

*Ir galvoji, kaip tam žmogui toliau sekasi, nes pagalvoji, ar tas žmogus dar gyvas ir, nu vat, visokių tų minčių. Tai turbūt toks psichologo darbas yra.*

*Apgalvoji, ar viskas gerai, ar nieko blogo neįvyko, ar ar pagalba laiku suteikta, kaip kaip ten toliau bus viskas.*

### *Savo vaidmens supratimas*

Pastebėta, kad beveik pusė tyrimo dalyvių (n = 13), kalbėdami apie sunkumus, kylančius darbe su savižudybės krizėje esančiais pacientais, išsakė savo, kaip specialisto, atsakomybės ribų supratimą atspindintį požiūrį ir pripažino, kad ne viskas tokiame darbe nuo jų priklauso. Duomenų analizės metu apibendrintai toks požiūris buvo pavadintas „savo vaidmens supratimu“. Dauguma išsakiusių tokį požiūrį akcentavo savo galimybių ribotumą situacijose, kai tenka dirbti su suicidiškais pacientais. Pastebėta, kad tyrimo dalyviai atsisako neretai specialistams „primetamos“ visagalybės iliuzijos.

*Gal tikrai aš ne viską galiu už tą žmogų padaryti. Nu ne viskas mano galioj.*

*Aišku, žinai, kad, nu, viso pasaulio gi tu neišgelbėsi ir tu ne Dievas, ir tu gali padaryti tiek kiek gali ir tavo galimybės yra ribotos.*

Teminės analizės metu atsiskleidė tyrimo dalyvių požiūris, kad specialistas neturi priimti atsakomybės už žmogaus pasirinkimą gyventi ar nusižudyti, priimti pagalbą ar jos atsisakyti. Taip pat stengiamasi nebūti vieninteliu, žinančiu apie paciento skausmą, stengiamasi įtraukti dar kažką ir taip neprisiimti visos atsakomybės už žmogų. Tyrimo dalyviai akcentavo, kad svarbu emociškai atsilaikyti atsitraukus nuo paciento išgyvenimų, tokiu būdu išlaikyti savo ribas.

*Nes tu juk ne specialiai tai darai kažką tais, nu, kažkaip taip, juk ne viskas yra mano, suprantu, rankose, priklauso ir nuo daug ir aplinkybių, ir nuo pačio žmogaus, ir nuo kitų dalykų, sakykim.*

*Nes užsikraut ant savo pečių vienam žmogui visa tai yra per sudėtinga.*

*Ir stengiuosi stengiuosi, sakau, tikrai niekada neparsinešti namo namo namo svetimų problemų ir gyventi su jom.*

### *Pasirūpinimas savimi*

Analizuojant tyrimo duomenis pastebėta, kad sunkumus, kurie kyla dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, specialistams gali padėti įveikti pasirūpinimas savimi (n = 11). Pažymėtina, jog skirtingi specialistai renkasi skirtingus, sau priimtinausius pasirūpinimo savimi būdus. Kai kurie tyrimo dalyviai akcentavo atsipalaidavimo svarbą.

*Aš labai domiuosi sveika gyvensena apskritai, ir ir tų tokių vat visokių atsipalaidavimų, visokių meditacijų, nu tiesiog.*

Keli tyrimo dalyviai įvardino taikantys dėmesingo įsisąmoninimo techniką, kaip pagalbos priemonę tvarkantis su emociniais išgyvenimais. Vienas iš jų taip pat užsiima gamtos ir miško terapija.

*Tai sakyčiau, na, psichohigiena ir tos pačios mindfulness, ar ne, tarkime, vat, technikos jos yra būtinos mūsų pačių, kaip specialistų, gyvenime.*

*Aš tai praktikuoju dabar gamtos ir miško terapiją. <...> Lankau va tokius mokymus, važinėju pas [VARDAS PAVARDĖ]. <...> Mindfulness esu baigus, tai va, man labai padeda, ypač gal tose miško terapija. <...> Iškeliauju į mišką ir ir ir, vat taip, tų pratimų visokių prisimenu, viską darau. <...> Va taip, individualiai individualiai pati.*

Pastebėta, kad tyrimo dalyviai renkasi aktyvią fizinę veiklą, skaito, bendrauja.

*Sportas, pavyzdžiui. Aš daug bėgioju <...> sportuoju. <...> kaip sako vienas mano chirurgo sako – bėg- bėgiojimas nuo savo demonų.*

*Nu ir turiu veiklą, daug skaitau iš tikrųjų, aš labai esu toksai komu- komunikabilus žmogus, daug bendrauju.*

Taip pat mokymasis buvo įvardintas kaip būdas, padedantis išlaikyti emocinę pusiausvyrą.

*Su amžiumi jau išmoksti derinti tą, sakykime, tausoti save, man aš iš asmeniškai labai padeda, iš tikrųjų, mokymaisi, kuriuos nu, tiesiog, aš, nu, mokausi toliau psichoterapijos pas [VARDAS PAVARDĖ] ir man tas labai padeda, sakykim, kaip išlaikyti savo balansas, visą laiką sako: „Tausokite save“.*

### *Atsitraukimas nuo savo patirčių*

Pastebėta, kad kai kurie tyrimo dalyviai (n = 7) renkasi atsitraukimą nuo nemalonių patirčių, kaip emocinių sunkumų įveikos strategiją dirbant su suicidiškais pacientais. Tyrimo dalyviai stengiasi atsiriboti nuo nemalonių patirčių, aplinkos. Specialistai taip pat kartais bando suvaldyti emocijas, jų nereikšti.

*Aš patyriau tokią tikrai didelę netektį, va, ir ir ir nuo to laiko aš aš taip kažkaip save save atriboju nuo nuo aplinkos.*

*Nuo to laiko aš kažkaip kažkaip ne ne, nu, ee, per daug emoc- emocijų nereiškiu ten kur nereikia.*

Pastebėta, kad alkoholio vartojimas taip pat kartais pasitelkiamas kaip būdas tvarkytis su emociniais sunkumais po įtemptos dienos.

*Turbūt kai yra labai stiprios tos projekcinės identifikacijos, tokios nesąmoningos kartais, tai nu, su jom net negali suprasti ir aptarti jų, bet jos palieka. Tai, kaip aš sakau, tada namuose ką aš darau, ką aš darau namuose, kartais aš net ir vyno įsipilu.*

## **II Kategorijų grupė. Sistemos organizavimas**

Šioje dalyje geriausiai atsispindi tyrimo dalyvių požiūris į savižudybių prevencijos sistemos organizavimą. Tyrimo metu išryškėjo 6-ios su sistemos organizavimu susijusios kategorijos: aiški valstybinė pozicija savižudybių prevencijos klausimu (n = 15), veikiantis savižudybių prevencijos algoritmas savivaldybėje (n = 15), aktyvus tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir dalinimasis informacija (n = 29), pakankamai geros specialisto darbo sąlygos (n = 18), paslaugų prieinamumas (n = 29), kiti su sistemos organizavimu susiję aspektai (n = 21). Kadangi, siekėme įvertinti ne tik aktualias temas, bet ir išryškinti, ko labiausiai specialistams kaip pagalbos teikėjams trūksta, kiekviena kategorija buvo vertinama kaip padedanti specialistams teikti pagalbą arba kaip trūkumas. Prie kiekvienos žemiau pateiktos kategorijos skliausteliuose nurodoma keliuose interviu kategorija išryškėjo kaip padedanti teikti pagalbą (yra), o keliuose kaip trūkumas (trūksta). Svarbu paminėti, jog aspektų pasiekiamumas specialistams nereiškia, jog jų netrūksta, o trūkumas nereiškia, jog šie aspektai specialistams nėra pasiekiami. Trūkumas šiuose duomenyse geriausiai atspindi, kurie sistemos organizavimo aspektai specialistų nuomone reikalauja daugiausiai dėmesio, o jų išsprendimas kurtų didžiausią vertę patiems specialistams.

### **1 kategorija. Aiški valstybinė pozicija savižudybių prevencijos klausimu**

Ši kategorija (yra = 5, trūksta = 11) labiausiai susijusi su tuo, kaip specialistai vertina savižudybių prevencijos organizavimą ir pagalbos iš Valstybės pasiekiamumą. Nors dalis specialistų, kalbėjusių apie sistemos organizavimą ją vertino teigiamai, santykinai daug didesnė dalis įvardino organizavimo trūkumus.

*Aš manau aplamai pas- pasi- pasigendu valstybės požiūrio į šitą problemą, nes dabar mes va su kuo susidūrėm, kada kūrėm algoritmą, darėm mes tą grupę ir visa kita, tada kaip čia tą sistemą, nu kiekviena savivaldybė kaip sugalvojo, taip padarė. Aš suprantu, kad yra tam tikra*

*specifika, ir visa kita, bet kažkoks valstybės požiūris, ir kažkaip tai nu vat kad kryptingai, ir visa kita, to trūksta.*

Įdomu tai, jog dalis tyrimo dalyvių aiškią valstybinę poziciją siejo su pagalba dirbančiam specialistui.

*Ir trūksta, jos iš tikrųjų trūksta, nes sakau, nu vat kartais, man atrodo, būtų tas koordinatorius, būtų kažkokia bent jau gairės tos, ane, sakykim savižudybių prevencijos, būtų daug paprasčiau. O dabar nu kaip sumąstai, taip darai, ir tu nežinai, ar tu gerai darai.*

Kai kurie tyrimo dalyviai minėjo norą, jog būtų institucija teikianti nuolatinę pagalbą specialistams ir koordinatoriams.

*Kur kreiptis irgi kaip ir nelabai žinai, nes tokios kaip ir atsakingos institucijos nu gal tas psichikos valstybinis psichikos sveikatos centras, bet ten irgi nuu vienais klausimais pasakys, kitais klausimais kažkur kitur pasiųs. Nu vat trūksta kažko vat tokio vat bendro, kad.*

## **2 kategorija. Veikiantis savižudybių prevencijos algoritmas savivaldybėje**

Pusė tyrimo dalyvių (yra = 10, trūksta = 12) dalinosi pastebėjimais apie savižudybių prevencijos algoritmą savivaldybėje. Dalis tyrimo dalyvių vertino algoritmo arba specifinių jo aspektų pravartumą teikiant pagalbą krizėje esantiems žmonėms ir ganėtinai panaši dalis įvardino specifinius su algoritmu susijusius trūkumus.

*Taip, nors vienintelis ko trūksta, gal ir užbėgsiu už akių, klausimo nepateikėt, nu mes neturim algoritmo. <...> Jisai reikalingas, ir buvo mokymai, buvo kažkaip peršnekėta, kad jų metu padės sukurti tą algoritmą, bet kažkaip praslydo ir ir ir dabar mums iš tikrųjų pagrindinis dalykas, kurį mes turime pasidaryti, tai sukurti algoritmą.*

*...tai truputį tokia tvarkos tvarkos elementas ir apsaugantis turbūt ir tą specialistą, ane, nu, kad vat vis tiek pagal tam tikrą algoritmą mes visi mes visi bandome dirbti, ane, ir suteikti pagalbą, tai tai va čia va čia man atrodo tas nu geras dalykas, ane.*

Algoritmas taip pat turėtų padėti specialistams kokybiškai atlikti savo darbą.

*...čia irgi svajonė galbūt, kad labai viskas būtų nu tiesiog sukurtas toksai geras tinklas, ir žinotumėm kiekvienas kas ką darom, ar ne.*

Ši tema papildė aiškios valstybinės pozicijos poreikio temą, o citatos taip pat atspindi, jog specialistai vertina aiškią sistemą kaip privalumą ir pagalbą dirbančiam specialistui, tam tikrą užnugarį bei palaikymą.

## **3 kategorija. Aktyvus tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir dalinimasis informacija**

Beveik visi tyrimo dalyviai (yra = 25, trūksta = 19) ir dažnai ne po vieną kartą svarstė tarpinstitucinio bendradarbiavimo naudą teikiant pagalbą krizėje esantiems žmonėms.



Didesnė dalis tyrimo dalyvių dalinasi ir kokybiško bendradarbiavimo su kitomis institucijomis pavyzdžiais, ir pastebėjo, jog bendradarbiavimas kartais galėtų būti geresnis.

*...tarpusavy bendradarbiavimas įstaigų yra labai glaudus iš tikrųjų. Pakankam- pakankamai glaudus, nes jeigu tikrai kažkokia problema, tai būna įjungiamas ir visuomenės sveikatos biuras, ir pedagoginė psichologinė tarnyba, jeigu su mokiniais, ir mokyklos, ir ir savivaldybės ar gydytojas. Pakankamai glaudus ryšys.*

*...ir pas mus yra savižudybių prevencijos tokia komisija <...> kur dalyvauja socialiniai darbuotojai, ten psichologas, <...> ar, dalyvauja ir bendruomenė ten, seniūnas, vač, nu, teikiama atitinkama ten, nu, be abejo, kad kartais būna taip: kada daug auklių, o vaikas lieka ten neprižiūrėtas.*

Kai kurie tyrimo dalyviai akcentavo, jog pagalba dirbant su savižudybės rizika privalo būti įvairiapusiška.

*Taip, dirbam komandoj mes. <...> Nes vienas čia nieko nepadarysi. Kai kadangi rajonas yra nedidelis, tai visi vieni kitus pažįstam. <...> Ir ir ir tuos ryšius turim, ir ir su su ir ir ir, vač, labai greitai ta informacija, ar, .hhh, pasi- pa- pasidalinam.*

Šioje temoje pateiktos citatos atskleidžia bendradarbiavimą tarp institucijų kaip vieną esminių sistemos organizavimo elementų ir išryškina vieną iš mažų rajonų privalumų – bendradarbiauti čia paprasčiau, nes bendruomenės ryšiai yra glaudesni.

#### **4 kategorija. Pakankamai geros specialisto darbo sąlygos**

Daugiausiai tyrimo dalyviai (yra = 5, trūksta = 16) kalbėdami apie darbo sąlygas dalinosi komentarais susijusiais su darbo dienos trukme, darbo krūviu, atlygiu, fiziniu saugumu ir žymiai dažniau minėdavo darbo sąlygų trūkumus.

*Tai nei- neina specialistai už tokius pinigus dirbti, neina. Tai kaip aš sakau, tai čia tai tokių kaip aš kvailų yra mažai žinokit <...> Čia eini ir darai, nes tavęs prašo. Ir nu ir iš žmogiškumo tu tai darai. Bet nu sori, tai yra labai sunku, ir ir ir ir labai daug papildomo darbo.*

*Saugumas. <...> Aš pagalvoju apie moteris ypatingai, žinot, nes iš t-, kai tenka su su asmeny- akcentuotom asmenybėm susidurti ir ir kartais tikrai būna tokių atvejų, nu, kai kai pagalvoji, kad moteris šiais ar, nu, tokiais atvejais nesusitvarkytų.*

Vis dėlto, tyrimo dalyvių tarpe pasitaikydavo ir pasidžiaugimo savo turimomis darbo sąlygomis.

*Kabinetą turiu, geras da- darbo kabinetas įrengtas, kai, va, patogiu, iš tikrųjų tas svarbiausia, nu kaip, nu, darbo vieta gera, va, tikrai va tas.*

*...tikrai yra ir darbinis transportas, ir nuvažiuot ir parvažiuot, jeigu reikia, nes mes važiuojam į namus pas klientus, ne tik tai, nu, ekstra atveju, ar ne, ne tik tai, kad pas mus kažkas atvažiuoja.*

### **5 kategorija. Paslaugų prieinamumas**

Paslaugų prieinamumas (yra = 24, trūksta = 26) dar viena itin plačiai tyrimo dalyvių diskutuota tema. Beveik visi tyrimo dalyviai dalinosi mintimis apie paslaugų prieinamumą (konkrečių instrumentų, specialistų, institucijų) teikiant pagalbą savižudybės rizikoje esantiems žmonėms.

*Priėjimas tai tikrai manau, kad visoms grupėms yra, tik tai galbūt ne visos grupės priima tą pagalbą, gal taip galėčiau pasakyti.*

*Žinokit šiuo metu aš manau mes galime šias paslaugas gauti visi, vien dėlto, kad neseniai startavo visuomenės sveikatos biure aaa telefonu nuotoliniai psichologo konsultavimai, tai aš manau, kad aa jo, kad kad, kad manau, kad tikrai, kam reikia, tikrai gali gauti šias paslaugas*

Daugelis specialistų paslaugų prieinamumą siejo su kokybiškų paslaugų teikimu.

*Nes labai gera kalbėti, kai turi viską ir turi visą gražią paletę, ir čia dienos centrą, ir čia kolegas, ir čia viską, ir čia tik nukreipi čia tiktai, o kai turi labai nedaug įrankių, ane, tai va tada ir turi rajono situaciją ir ir ir ir žinai šeimos tą situaciją iš iš iš giliau ir tikrai, nu kažkaip, tai tada labai daug klausimų atsiranda kaip galima būtų pagelbėti aa pagelbėti konkrečiai vienam ar kitam žmogui.*

Buvo dalinamasi tiek esamomis, tiek trūkstamomis paslaugomis. Tai rodo, jog pagalbos galimybių savivaldybėse yra, tačiau spektrą, specialistų nuomone, galima ir būtų pravartu plėsti. Vis dėlto, dažnai specialistai teigė, jog mažas paslaugų spektras yra susijęs su rajono dydžiu.

*...tikrai galėtų būt ir tų paslaugų aa didesnis kiekis, kadangi kai ko mes negalim netgi turėti pagal gyventojų skaičių, nes yra skaičiuojama pavyzdžiui tas pats vaikų psichiatras, aa vaikų ir paauglių psichiatras ar ne, nes yra skaičiuojama pagal gyventojų skaičių, vaikų reabilitacijos neturim centro, kam vėlgi skaičiaus neužtenka, nu tas jaučiasi tas mažėjimas. Vietoj to, kad turėtumėm vis daugiau daugiau tų, kur žmogų nukreipti, kad jis gautų pagalbą, pas mus gaunasi taip, kad viskas traukiasi.*

### **6 kategorija. Kiti su sistemos organizavimu susiję aspektai**

Be jau minėtų gan dažnai specialistų tarpe pasitaikiusių komentarų apie su sistemos organizavimu susijusius aspektus, pavieniai specialistai dalinosi įvairiais pasiūlymais (yra = 12, trūksta = 16), tokiais kaip būtų vertinga organizuoti sveikatos įstaigų vadovams mokymus apie pagalbos teikimą savižudybės krizėje esantiems žmonėms, vertinga būtų šviesti visuomenę savižudybių prevencijos klausimais, yra vertingi alkoholio vartojimo ribojimai ir pan.

*...jeigu būtų supervizijos rimtesnės gilesnės specialistam ir ir ne tik specialistam, bet, ko gero, uum, vadovams <...> valstybinių sektorių, tarkim, psichikos sveikatos centro vadovams <...> priėmimo skyriams, priėmimo pagalbos skyriams, ar ne. Aa, tarpinstitucinio*

*bendradarbiavimo koordinatoriams. Turbūt valstybiniame sektoriuje, vat, reikėtų, na, paliesti ne tik psichologus, psichiatrus, bet ir tam tikrų, vat, institucijų vadovus, nes galbūt tikrai, na, sunku įstaigoms suprasti tą visuminį vaizdą, kas su tuo žmogumi vyksta ir ir kaip yra...*

*Aš manyčiau, kad prisidėjo [prie savižudybių skaičiaus mažėjimo] tai aa valstybiniai sprendimai, kurie buvo priimti įstatymai ir sveikatos apsaugos ministerijos būtent ir alkoholio tas nevertotinas nevertojimas aa tam tikras laiko ribojimas ir sekmadieniais, valandų ribojimas, prieinamumo ribojimas.*

### **III Kategorijų grupė. Specialistų veiklos dirbant su suicidiškais asmenimis**

Šioje dalyje geriausiai atsispindi specialistų veiklų įvairovė, dirbant su į savižudybės krizę patekusiais žmonėmis. Atlikus duomenų analizę išryškėjo 6-ios susijusios specifinių veiklų kategorijos: specializuotos pagalbos teikimas (n = 26); įtraukimas į gydymą (n = 29), pagalbos koordinavimas (n = 29), darbas su artimaisiais (n = 22), darbas stiprioje komandoje (n = 21), prevencinės veiklos vykdymas (n = 14). Kaip ir sistemos organizavimo dalyje, šioje dalyje prie kiekvienos veiklos pateikiama keliuose interviu minima veikla išryškėjo kaip padedanti specialistams teikti pagalbą (yra), o keliuose kaip trūkumas (trūksta). Kadangi, šioje dalyje mus domina kiekviena veikla atskirai, ši informacija pateikiama ne prie kategorijos, o prie smulkesnių temų.

#### **1 kategorija. Specializuotos pagalbos teikimas**

Daugelis tyrimo dalyvių dalinosi apie specializuotą pagalbą skirtą būtent žmonėms esantiems savižudybės krizėje. Šią pagalbą sudarė keturios skirtingos paslaugų grupės. Pirmoji, savižudybės rizikos vertinimas (yra = 16, trūksta = 3).

*...vėlgi, aiškinies priežastis pokalbio metu, kokios tos mintys, ar yra ketinimų, ar yra realūs suicidiniai kažkokie ketinimai, kaip seniai vargina, tai ir vėlgi, sprendi tada ar reikalingas stacionarinis gydymas, ko-, nu, ar yra indikacijų tų tokiai būtinai pagalbai, kiek kiek intensyvios galbūt tos suicidinės tendencijos ar mintys, riziką tą įvertini pokalbio metu.*

Antroji, ir dažnai susijusi su pirmąja paslauga, saugumo plano parengimas (yra = 8, trūksta = 0).

*...kad kad žmogus žinotų galbūt jam ateity, vat, kils tokios mintys ir jis turės jau tą planą, jisai matys kokiais telefonais gali kreiptis ir panašiai.*

Trečioji grupė, medikamentinio gydymo taikymas ir palaikymas (yra = 14, trūksta = 2).

*...iš mano pusės, tai būna, nu, irgi sprendžiam apie dar pagalbą kaip ar gydyti, ar reikia čia vaistų šitoj situacijoj <...> tu nori padėti, skiri tuos vaistus, bet, nu, dar turi toks budrus išlikti,*

*<...> tas mintis, tas mintis dažniau vertinti ir kiek jos ten realios yra, kad neatsitiktų kažko tokio, nes būna tikrai, yra buvę atvejų, kad, va, depresiškas, paskiri gydymą ir paskui ateina raštas iš stacionaro, kad, vat, buvęs suicidinis bandymas, ten nuodytis vaistais, kažkuo...*

Ketvirtoji paslaugų grupė, psichologinis konsultavimas / psichoterapija (yra = 25, trūksta = 8).

*Nu, tai tada pradedi kalbėti ir tada, jeigu jisai sutinka, aš duodu psichologei. Jinai turi daugiau laiko kalbėti, išsikalbėti, sakykim.*

Dažnai tyrimo dalyviai minėjo, jog, dirbant būtent su į savižudybės krizę patekusiais žmonėmis, specialistas turi būti kiek aktyvesnis ir direktyvesnis nei įprastai.

*Taip. Taip, kad va toks, sakau, aktyvesnis, nes tada tikrai, nu, pergyveni kažkiek ir noris, nu, aktyviau, nu, stebėti tą žmogų, jeigu, sakau, vat, matai, kad, nu, dar nereikalingas tas stacionarinis yra gydymas.*

*Tai yra nu arba susisiekimo visokios galimybės, ane, informuojamos, tai nu tokia vat aktyvesnė pozicija tiesiog ir tada jau aktyvesnė pozicija ir... jo... mano paties tarkim kaip kaip specialisto.*

Įdomu tai, jog specialistai dažnai dalinosi patirtimi apie specializuotą pagalbą. Tai rodo jos aktualumą. Palyginti gan maža dalis specialistų išsakė specializuotos pagalbos trūkumą. Tai greičiau rodo ne specializuotos pagalbos paslaugų pakankamumą, nes kiekybiniai duomenys atskleidžia mažą psichologinės pagalbos prieš savižudybę suteikiamumą, o tai, jog specialistai paprasčiausiai nėra susipažinę su specializuotos pagalbos galimybėmis, tad retai jas svarsto.

## **2 kategorija. Įtraukimas į gydymą**

Beveik visi tyrimo dalyviai dalinosi, jog dirbdami su į savižudybės krizę patekusiais žmonėmis imasi tam tikrų veiksmų, siekdami šiuos žmones įtraukti į gydymą. Bene dažniausiai buvo minimas bendradarbiaujančio santykio užmezgimas (yra = 18, trūksta = 9).

*...tai reikia labai daug laiko padirbti su žmogum, neužtenka kelių konsultacijų. jeigu tai yra šeima, socialiniai darbuotojai, ane, aa dirba, stengiasi nukrei- nu aišku jie nukreipia, bet turiu omeny stengiasi aa nuteikti, kad tai tikrai yra reikalinga, rodyti, net nežinau, kokį žodį pavartoti (nusijuokia) čia, ir palydi reikalui esant.*

Antroji šios kategorijos tema, išryškėjusi trečdalyje interviu, nepasirodžiusio krizėje esančio žmogaus paieška (yra =10, trūksta = 2).

*...jis lankėsi pas mane, o paskui nutraukė. Nei su tėvais ne ne nepavyko palaikyt kontakto, nei su nei su vaiku, nei nei apskritai ten. Skambinom, ir specialiai, ir ieškojom, ir visokiais būdais.*

Taip pat, dažnai tyrimo dalyviai minėdavo papildomo laiko skyrimą suicidiniams pacientams, siekiant operatyviau, kokybiškiau suteikti pagalbą (yra = 20, trūksta = 10). Tyrimo dalyviai dalinosi ir formaliais laiko skyrimo ypatumais, tokiais kaip konsultacijos organizavimas tą pačią dieną, ar dažnesnių konsultacijų skyrimas, bei neformaliais, tokiais kaip konsultacijos užtęsimas ar palaukimas kartu koridoriuje su pacientu.

*Nu, vis tiek kaip kaip kaip sako ane, kaip ir stomatologai sako ane, su skausmu žmogus be eilės ane, tiesiog atsiprašo kitų, jeigu jau nespėja ir ir ir priima. Tai čia irgi su skausmu jau tiesiog be eilės.*

*Bet jau stengiamės nepaleist, jeigu jau pas mus papuola ir ir tikrai yra rizika, kad jis žudysis, tada nepaleidžiam ir saugom, ir socialinė darbuotoja saugo, bendrauja, nes dabar tos greitosios iškvietimas labai užtrunka.*

**Ketvirtoji tema, priverstinio gydymo taikymas (yra = 3, trūksta = 3).**

*Yra yra buvę atvejų, nu, kai jau matai, kad iš tikrųjų, pavyzdžiui, ar ten jau buvęs kažkoks namie bandymas kažką darytis ir atvyko, ir matai, kad psichiko- psichinės psichinė būsena labai bloga, tai tikrai yra tekę, kad kviečiam tiesiog greitąją, surašom siuntimą, pasakom kur vežti, ir jau tiesiog užs- pasiimam mes atsakomybę, nu, kad kad žmogus jau ne kritiškas savo būsenai.*

**Penktoji, atsisakius pagalbos, skatinimas kreiptis ateityje (yra = 4, trūksta = 0).**

*...pradžioj būna kartais atsisako, bet pasakom, kad kreipkitės, jeigu ką, skambinkit, vat, duodam telefonus, tai būna, kad kitą kartą ir ir po kurio laiko ten, po savaitės, po dviejų sugalvoja, kad, žinot, nusprendžiau vis dėlto noriu.*

Ši kategorija atskleidžia, jog specialistai dirbantys su suicidiniais pacientais įdeda nemažai pastangų ir skiria papildomo dėmesio jų įtraukimui į gydymą. Panašu, jog tai vyksta tiek formaliomis priemonėmis (konsultacijos tą pačią dieną skyrimas, priverstinio gydymo taikymas), tiek neformaliomis (bendradarbiaujančio santykio užmezgimas, skatinimas kreiptis būklei pablogėjus).

### **3 kategorija. Pagalbos koordinavimas**

Pagalbos koordinavimas kaip veikla susijusi su specialistų pagalbos teikimu savižudybės krizėje esantiems žmonėms taip pat išryškėjo praktiškai visuose interviu. Didžioji dalis tyrimo dalyvių itin akcentavo pagalbos tęstinumo užtikrinimo poreikį, kuris interviu metu buvo siejamas su žmogaus esančio krizėje perdavimu iš vieno specialisto kitam (dirbančio skirtingose komandose), iš vienos įstaigos į kitą, iš vienos savivaldybės į kitą (yra = 26, trūksta = 16).

*Taip, jis dar būna stacionare, bet planuojama išrašyti jį ir tada suderina, kad vieną dieną jie išrašo, o jau sekančią, kad jis pakliūtų pas specialistą.*

Dalis tyrimo dalyvių minėjo socialinių paslaugų aktualumą šioje srityje (yra = 11, trūksta = 4).

*Nes dažnai iš tiesų tokie žmonės labai daug socialinių problemų turi. Tai va ir su tuo labai dažnai susiduriame, kad sunku ir patekti, nu, pas psichiatrą, nes nėra organizuojamos, nu, socialinė kažkokia pagalba, kad ir tas, va, pervežimas, nu, dažniausiai.*

Buvo minimas ir alkoholio vartojimo mažinimo paslaugų aktualumas dirbant su suicidiškais pacientais (yra = 6, trūksta = 1).

*Tai jeigu žmogus tikrai sutinka, mes ieškom galimybių, mes siunčiam ir į Minesotos kartais būna programos apmokam, skiriam kažkokias tai lėšas per socialinį paramos ee skyrių. Taip pat ee čia buvo tie kodavimai, tai buvo labai populiariu irgi. Kiek jie ten sėkmingi, čia yra kitas klausimas, bet vėlgi tai jo, bandom būdų bandom turbūt tą priežastį šalinti, tą alkoholio vartojimą.*

Šioje kategorijoje dažniausiai buvo minimas tęstinumo trūkumas, kartais akcentuojamas pokrizinis laikotarpis.

*...dažnai būna kad – labai intensyvus kažkoks tai priepuolinis tas gydymas, ane, ir jisai vėl staiga grįžta į tą aplinką ir turi ir turi gyventi ir, jeigu nėra to to tok- tokių visokių tų atstatomųjų paslaugų, ane, jam suteikta ir jisai neturi galimybės gauti, kad, nu, kaip, pvz., ane, to dienos centro nėra, kad ir kažkokio tai meno terapijos, ane, arba tos pačios relaksacijos, arba galimybės pasikalbėti su kitais, ane, kurie perėjo ir išgyveno, ane, kažkokius tai tokius sudėtingus laikotarpius, tai tada kažkaip žmogus turbūt pasijaučia labai vienišas, labai, nu, kažkaip tai nepasiruošęs grįžti į tą į tą gyvenimą.*

Pastaroji kategorija pagalbos koordinavimas atspindi, jog dažnai specialistai stengiasi teikti įvairiapusišką pagalbą savižudybės krizėje esantiems žmonėms ir mato tame prasmę. Būtent todėl, specialistams dažnai tenka atlikti atvejo vadybininko pareigas.

#### **4 kategorija. Darbas su artimaisiais**

Dalindamiesi darbo ypatumais tyrimo dalyviai minėjo artimuosius dviem skirtingais aspektais. Pirma, artimieji gali padėti gydymo metu, todėl pravartu juos įtraukti į gydymo procesą (yra = 18, trūksta = 13).

*...švietimo tokio, nu vat, įsivaizduoju, šitoj srity švietimo, ane, tokio ir tokio kvietimo, švietimo visokiais visokiom formom ir visokiais būdais, ane, tų artimųjų, kurie, nu, kartais padaro didžiausią darbą ir suteikia labiausiai pagalbą arba arba, kaip tik, nepagalbą, ane.*

Antra, pagalbos reikia ir patiems artimiesiems (yra = 7, trūksta = 7).

*...pavyzdžiui, vien ta mergina, kuri kurios brolis nusižudė, ane. <...> Aš jai galėjau suteikt, turėjau šan-, galimybę padėti ir sužinojau apie tą, kad jai reikia tos pagalbos ir sužinojau vien dėl to, kad jinai ir jos draugės ėjo pas mane tuos mokymus.*

Vis dėlto, ne retai buvo minima, jog darbo su artimaisiais trūksta.

*...aišku, ne visada pavyksta kurti tą ryšį, kartais tėvai, kartais jų net nėra iš viso, o kartais tėvai labai atsainiai žiūri į tai.*

Darbo su artimaisiais kategorija mums svarbi tuo, jog rodo specialistus dirbant ne su vienu žmogumi, o su savižudybės procesu, kuris paliečia bent kelis žmones ir komplikuoja pagalbos teikimą savižudybės krizės atveju.

### **5 kategorija. Darbas stiprioje komandoje**

Dirbant su suicidinėmis krizėmis panašu tenka nemažai dirbti komandoje todėl, jog teikiama įvairiapusiška pagalba. Gan didelė dalis tyrimo dalyvių pasakodami apie savo darbo specifiką dalinosi, jog darbas stiprioje komandoje yra itin svarbus ir išskyrė kelis esminius aspektus. Pirma, prasminga sprendimus dėl paciento gydymo priimti komandiškai (yra = 8, trūksta = 3).

*Vat, ir nu pasitarti gali. Kartais tu vienas ir viskas, kai greitai vy- vyksta, tarkim, nu, ne-neateina į galvą kažkokia mintis, o o o, kai jau dirbi komandoje, tai tada, nu, kaip, vienas kažką sugalvoja, kitas kažkokį planelį, vat, ir, kad kad pritaikyt tam žmogui, kad jis irgi norėtų, kad nepabėgtų.*

*...nuoširdžiai dėiaugiuosi, vat, su kažkaip turimais koleginiais tokiais santykiais ir su gydytoju psichiatru arba, nu, ta komanda socialinių darbuotojų, ane, ar vaikų ir paauglių psichiatry, ane, nu vat, kur mes galim kažkokius bendrus bendrus sprendimus priimti...*

Antra, svarbus atsakomybės pasidalinimas (yra = 7, trūksta = 6).

*Kai yra daugiau personalo įsijungia, tai aišku, pasidalini ir tą atsakomybę, ir kartu gali kažką pasitarti, nuspręsti, o kai ant tavęs vieno, tai jau tada irgi, aišku, nu, ir emociškai sunkiau...*

Ši citata dar kartą pabrėžia, jog darbas su suicidiniais pacientais yra emociškai sunkus. Dar viena ir dažniausiai specialistų tarpe diskutuota tema susijusi su komandiniu darbu yra jaučiamas kolegų palaikymas (yra = 12, trūksta = 4).

*...tas palaikymas iš iš kolegų, tas išsiventiliavimas, kaip aš sakau, labai svarbu. Taip, dirbam komandoj mes. <...> Nes vienas čia nieko nepadarysi.*

Darbo stiprioje komandoje kategorija mums svarbi keliais aspektais. Pirma, turime suprasti, jog darbas komandoje reikalauja papildomų specialisto laiko resursų. Antra, darbas su suicidiškais pacientais yra emociškai sunkus. Iš citatų galime matyti, jog komandinis darbas gali padėti ne tik atlaikyti darbo specifikai būdingą emocinį krūvį, bet gali padėti ir teikti kokybiškesnes paslaugas.

### **6 kategorija. Prevencinės veiklos vykdymas**

Paskutiniai susidariusi kategorija – tai prevencinių veiklų vykdymas (yra = 11, trūksta = 11), kuri į mažesnes temas neskaidoma. Specialistų vykdomos prevencinės priemonės apima gan platų spektrą nuo mokymų vedimo, artimųjų edukacijos iki postvencinių intervencijų mokyklose

*Tai va, surengiau mokytojams mokymus į ką reik atkreipti dėmesį.*

*Organizavau postvenciją. Tai čia buvo mano pirmas susidūrimas toksai ir vykdžiau postvenciją klasiokams ir, nu, klasiokam buvo daugiausia dėmesio skiriama, o, na, mokytojam buvo toks informacinis požiūris, ta informacinė pagalba. Vėlgi, kur kreiptųsi ir panašiai.*

Taip pat, tyrimo dalyviai dalinosi, jog prevencinių veiklų dažnai trūksta ir kartais jos būna nepelnytai nuvertinamos arba atidedamos.

*Ir deja, bet tenka pripažinti, kad kartais tos prevencinės veiklos, jos nukeliauja į prioriteto tą sąrašo galą.*

### **IV Kategorijų grupė. Savižudybių prevencijos sistemos dalyviai**

Specialistų interviu atsiskleidė ne tik su pačia savižudybių prevencijos sistema ir joje dirbančiais specialistais, bet ir su jos dalyviais susijusios temos. Savižudybių prevencijos sistemos dalyviais galime laikyti visus analizuojamuose rajonuose gyvenančius savižudybės krizę patiriančius asmenis, kuriems pagalbos sistema yra skirta ir kurios paslaugomis jie naudojami arba ne. Remdamiesi gautais duomenimis, išskyrėme keturias su savižudybių prevencijos sistemos dalyviais susijusias kategorijas: padidėjusios savižudybės rizikos priežastys (n = 29), motyvacijos pagalbai stoka (n = 26), sudėtingi pacientai / klientai (n = 15), pagalbai kliudančios nuostatos (n = 9). Toliau išsamiau pristatysime kiekvieną išskirtą kategoriją, ją sudarančias temas bei pateiksime duomenis iliustruojančias citatas.

#### **1 kategorija. Padidėjusios savižudybės rizikos priežastys**

Tyrimo dalyviai minėjo įvairias problemas, kurias siejo su rajono gyventojų padidėjusia savižudybės rizika. Specialistai dalinosi, jog savižudybės krizėje esantys, minčių apie savižudybę, ketinimų nusižudyti turintys, mėginę nusižudyti ar nusižudę rajono gyventojai išgyvena tam tikrus sunkumus.

##### *Alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas*

Dažniausiai (n = 24) specialistai įvardino žalingą alkoholio ar kitų narkotinių medžiagų vartojimą, priklausomybės ligas. Tyrimo dalyviai minėjo, kad tai yra viena pagrindinių



savižudybių priežasčių rajonuose. Taip pat specialistai vertino alkoholio ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą kaip prisidedantį prie kitų problemų atsiradimo ar ryškėjimo, didinančių pačių asmenų suicidinę riziką ar jų artimųjų suicidinę riziką.

*Priklausomybės. Nu, matot, mūsų mažas rajonas, tai dažniausiai ką – nedirbam, alkoholis, o po to gi kyla visokių minčių*

*Vyrai apie keturiasdešimt – penkiasdešimt metų, ane, daugiausiai kaimiškas rajonas, nu, kai- kaimiška aplinka kažkokia tai, ane, ir vienaip ar kitaip priklausomybės problemos.*

*Nes jie, jeigu, pavyzdžiui, į narkotinių medžiagų vartojimą įsivelia, tai arba praranda darbą, arba, paprasčiausiai, įsiskolinimus ir, nu, vienintelį kelių sprendimų problemos mato kaip pasitraukimą.*

*Vyras piktnaudžiauja alkoholiu, kaip taisyklė į šitą žaidimą yra su laiku įtraukiama ir kita pusė, tai yra žmona. Jie pradeda abudu. Vaikai kenčia. Būna mergaitės paauglės, kurie ten ar pjausto rankas arba ten paima ten iš tėvų, ar kažkur tai randa ten, išgeria ten tiek kiek randa tų tabletekų ir kodėl tu taip darai atsakymas yra toks: aš negaliu gyvent tokioj situacijoje.*

Svarbu pastebėti ir tai, kad tyrimo dalyviai įvardina kaip dažną darbo patirtį su apsvaigusiais nuo alkoholio ar kitų narkotinių medžiagų mėginusiais nusižudyti asmenimis, minėjo vartojimą kaip paskatinantį pereiti nuo suicidinių minčių prie veiksmo.

*Pas mus ligoninėj, vat, būtent kai atvyksta, tai dažniausiai atvyksta neblaivūs pacientai, aa, kurie išsako artimiesiems, kad nori nusižudyti, susipykę ten grasina ar panašiai.*

*Iš tikrųjų, kurie jau ir ne kartą, ir bandė, ir darė, ir ir tie patys mmm, kurie jau kažkada darė, su mintim kažkokiom ir nu dažniausiai tai iš tikrųjų aa daug kur figūruoja alkoholis, daug kur figūruoja, nu dažniausiai žmonės išgėrę aa tai tai daro.*

### *Psichikos sveikatos / emociniai sunkumai*

Dauguma (n = 18) specialistų minėjo psichikos sveikatos sutrikimus ar su jais susijusius sunkumus, taip pat emocinius sunkumus, psichologinį skausmą, kančią. Tyrimo dalyviai dalinosi, jog bendrai psichikos sutrikimai arba tam tikri iš jų (pavyzdžiui, depresija, šizofrenija, nerimo sutrikimai) glaudžiai siejasi su padidėjusia savižudybės rizika. Specialistai minėjo, kad žmonės, sergantys psichikos ligomis, jautriau reaguoja į įvairius sunkumus, todėl jų suicidinė rizika apskritai yra didesnė.

*Būna, kad, sakykim, žmogus serga psichine liga ir jam kyla mintys ir dažnai kyla, nu, visokių tų atvejų pasitaikė.*

*Pas jį buvo tikra ta sunki depresija. Jis buvo gydytas ir stacionare, ir taikyta psichoterapija. Būdavo tokių atvejų, kad jis vidury nakties man skambindavo telefonu ir sakydavo: daktare, noriu su Jumis atsiveikinti, nes aš jau nebegaliu.*

*Socialiniai darbuotojai galėtų gauti didesnes valandas su žmonėm, kurie turi gretutinę psichikos negalią, nes jiems visada bus daugiau problemų, o jeigu daugiau problemų bus, tai reiškia daugiau ir suicidinių, aa, <...> nu tokių, nu, kaip pasakyt, tam tikrų situacijų, kuriose jie*

*patirs didesnį stresą ir tokia kaip ir nėra tai turbūt kažkokia tai ten intensyvi depresija kiek tokia reakcija.*

Kaip vienu tokių stresorių minėtas ir karantino laikotarpis pandemijos metu:

*Būna įvairių tų pacientų, bet tokiose krizinėse situacijose, sakykim, kaip sui- suicidas arba ketinimas nusižudyti, arba arba suicidiškas elgesys, nu, tai pasitaiko. Ten daugiau, sakykim, žmonės sergantys sunkiom psichikos ligom. Va, dabar, karantino laikotarpiu, tai, sakykim, iš socialinio globos namų žmonės, psichoneurologinės <...> psichoneurologiniai ligoniai, tai sergantys šizofrenija, sergantys sunkiom psichožem. Tai va, tie žmonės ir, nu, ateina ir sako apie nenorą gyventi.*

Tyrimo dalyviai minėjo ne tik psichikos sutrikimus ar su jais susijusius sunkumus, bet ir (užsitęsusių) psichologinę įtampą, vidinę kančią.

*Tokias odos užaugintos, ane, ant vidu- ant viršaus, o ten, kaip toj širdytėj didžiulis skausmas. Nu, čia toks dvasinis, aš imu, vat. <...> Tas pjaustymasis, tai toks, va, dvasinis skausmas, nes kaip, vat, ir ta paauglė sako: "Žinokit, susipjausčiau aš, nebegalėjau pakęsti to dvasinio skausmo".*

### *Santykių problemos*

Daugiau nei pusė (n = 17) specialistų padidėjusios savižudybės rizikos priežastimi įvardino problemas, susijusias su tarpasmeniniais santykiais. Specialistai minėjo konfliktines situacijas ar bendravimo, palaikymo trūkumą santykiuose, su alkoholio vartojimu susijusią tarpasmeninę agresiją, santykių netektį, ankstyvą potencialiai traumuojančią santykių patirtį ar pastaruoju metu patirtą smurtą.

*Ir agresija. <...> Taip pat šeimose. Taip. Su tarp vyro, taip, tarp žmonos ir ir ir dažniausiai tai su piktnaudžiavimu alko- alkoholiu, susiję.*

*Iki tos savižudybės, tai buvo daug nemilės, daug daug kančios, daug smurto nuo ankstyvosios vaikystės, tiek traumas, nesupratimai.*

*Nepatyrę meilės kiek kaip kaip kažkokie, vat, kaip sakau, ee, (nusijuokia), nori apsikabinimo, kad jį išgydytum, sušildytum ten emociškai. Tiesiog skylės, aš vadinu tas traumas širdyje.*

Kalbėdami apie vaikų ir paauglių savižudišką elgesį tyrimo dalyviai taip pat akcentavo santykių trūkumą ar sunkumus.

*Kadangi dirbu su vaikais, tai beveik visos savižudybės, jų šaknys yra giliai šeimoj santykiai su tėvais. Tyrėjas: Mhm, mhm. Dalyvis: Beveik visose. Tai, ar tai tėvai išsiskyrę, ar tai ten tėtis geria, ar konfliktuoja su mama, ee, bet dažniausiai viskas yra santykiuose.*

### *Užimtumas*

Beveik pusė (n = 14) tyrimo dalyvių padidėjusios savižudybės rizikos priežastimi įvardino užimtumo problemą rajone: minima bedarbystė, darbo netektis ar įvairių su užimtumu susijusių veiklų stoka.

*Būna turbūt dėl bedarbystės, <...> nes mažas miestelis yra, nu, su darbo vietom ne taip paprasta, galvojant apie tai, kad yra viena kita įmonė, kuri, sakykime, ta to miestelio žmonės vežioja į didelį miestą dirbti. Bet šiaip ten vietos darbo yra limituotos ir ypatingai tie, kurie turi vaikų, jie negali taip prisitaikyti prie tos didelės įmonės darbo grafiko.*

*Tai va, visų pirma, žinokit, vat, mūsų Lietuvoj ta problema – neturėjimas darbo, neturėjimas veiklos, neturėjimas pragyvenimo šaltinio.*

Specialistai taip pat siejo užimtumo stoką, finansines problemas bei žalingą alkoholio ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą:

*Užimtumo, užimtumo reikia duot žmonėm. Darbo. [MIESTAS] yra bedarbystės penki metai raudonojoj zonoj. Ir ir kiek norim ten mes galim tą savivaldybės lygio mes nieko negalim padaryt, nėra nėra naujų įmonių kuriama, nėra darbo vietų, nėra užimtumo - viskas, žmonės arba išvažiuoja, arba prasigeria, nu tiesiai šviesiai sakau, arba naudoja narkotikus, ir po to jau po to jau eina savižudybės.*

*Nes jie, jeigu, pavyzdžiui, į narkotinių medžiagų vartojimą įsivelia, tai arba praranda darbą, arba, paprasčiausiai, įsiskolinimus ir, nu, vienintelį kelią sprendimų problemos mato kaip pasitraukimą.*

*Tai va, visų pirma, žinokit, vat, mūsų Lietuvoj ta problema – neturėjimas darbo, neturėjimas veiklos, neturėjimas pragyvenimo šaltinio. Paskui gauna kažkas darbingumo netekimą, išmokos ir alkoholis.*

Tyrimo dalyviai nerimavo ir dėl neigiamų pandemijos padarinių užimtumo situacijai rajonuose.

*Darbo netekimas labai svarbus ypač dabar, va šitam laikotarpy, kai kai užsidaro kai kas, žmonės lieka tokiose uždaroose patalpose, ane. <...> Ir ir tas išgyvenimas, kaip išgyventi ir ir ir kainuoja.*

*Paimkit mum statistiką, ne- nedarbas, na išmokos, aa vaikai, dabar prisidės aišku ir šita Covidas ta situacija, aa atleidimai iš darbų ne- nu na vi- visi šitie faktoriai jie ir įtakos labai, kiekvienais metais statistiškai nu galima pasižiūrėti, kiek visa tai įta- įtakoja.*

### *Finansiniai sunkumai*

Kiek daugiau nei trečdalis (n = 9) specialistų padidėjusios savižudybės rizikos priežastimi įvardino finansinius sunkumus: minimos ekonominės problemos, negalėjimas įgyvendinti finansinių įsipareigojimų.

*Būna, kad kokie socialiniai dalykai jį ten vargina, skolos ten, nu, ir, nu, tu negali pakeisti jo tų socialinių dalykų.*

*Ekonominis toksai dalykas irgi, kur persidengia, ane, žinome kaimuose kiek daug darbų yra ir kaip ten visiems, visi turi kur realizuoti savo gebėjimus, čia aš jau kabutėse pasakiau, ane, ir taip toliau.*

#### *Asmenybės sutrikimai / ypatumai*

Dalis (n = 4) tyrimo dalyvių padidėjusios savižudybės rizikos priežastimi minėjo gyventojų asmenybės sutrikimus ar tam tikrus su asmenybe susijusius ypatumus ar savybes. Specialistai įvardino, jog kartais asmenys, turintys psichopatinių bruožų, žaloja save norėdami paveikti aplinkinius. Taip pat tyrimo dalyviai minėjo histrioninio tipo asmenybę ar su ilgalaikiu alkoholio vartojimu susijusius neigiamus asmenybės pokyčius.

*Būna kartais, jeigu tai psichopatinės asmenybės, tai kartais jos tiesiog tas toks de-demonstratyvios asmenybės, sakykime, nu, tokia išraiškos forma, reiškia, bando kitus kažkaip tais, nu, paveikti savo aplink- aplinką ir panašiai.*

*Dažnai žmonės tik imituoja, kad jie nori, daleiskim, psichopatinio tipo asmenybės, tai jie ten, nu, pjausto rankas ten, brozdina ir taip toliau ir, vat, aš, vat, nusižudysiu.*

*Kadangi jau yra ilgesnis laiko tarpas, kai piktnau- piktnaudžiauja alkoholiu, tai žinokit, ir nebėra nei tų darbinių įgūdžių, ką turėjo yra prarasta, ir asmenybės defektas, <...> ir ir ir naujai ką išmokti nieko nebegali, ir toj darbo biržoj nieko nieko nebegali išmokti, nieks nebesuteikia ir žmogus pasidaręs, <...> supranti, yra pasidaręs kaip neįgalus, ir ir darbo rinkoj iškritęs iš darbo rinkos.*

#### *Kitos padidėjusios savižudybės rizikos priežastys*

Dauguma (n = 18) tyrimo dalyvių taip pat padidėjusios savižudybės rizikos priežastimi įvardino ir įvairias kitas gyventojų problemas. Specialistai dažniausiai minėjo fizinės sveikatos sutrikdymus (n = 3): lėtines, onkologines ar kitas ligas.

*Dar antras ką galėčiau norėčiau, vat, pažymėti, tai sunkios lėtinės ligos, <...> kurios yra nepagydomos. Tai va, buvo, matau, buvo keli tokie atvejai. Sunkios lėtinės ligos, išgyvenami skausmai ir ir. <...> Nu, va šitie dalykai. Čia jau būna vyresnio amžiaus žmonėms. somatinės ligos.*

Tyrimo dalyviai minėjo ir paveikiančią kito asmens savižudybės patirtį (n = 3), ypač nesikreipus ar nesulaukus tinkamos postvencinės pagalbos.

*Anksčiau jau jisai buvo, na, priskirtas pažeidžiamai grupei asmenų ir jisai dėl to vėlgi, na, čia tie dėsniumai, kai kažkas nusižudo tavo aplinkoj, nebūtinai aplinkoj, kad paded- pradeda ir galvot apie savižudybę, paliečia ta banga savižudybės. <...> Tai jisai irgi pradėjo galvot apie savižudybę, nors prieš tai ne- nebuvo galvojęs.*

*Nusižudė vaikas, dabar bijau pameluot, <...> metų ar <...>, ten kažkas kažkas panašaus ar ne, ir (6s.)(...) pas mus, ne į psichikos sveikatos centrą, bet kas atsitiko? Po dviejų savaičių nusižudė geriausias jo draugas ir nusižudė ant to berniuko kapo, ar ne. Ir ką tai reiškia, tai*

*reiškia, kad kad pagalba, nu, nebuvo suteikta, jos nebuvo kreiptasi, tai... O, ko gero, ko gero, čia buvo galima kažkiek ar sustabdyti, ar išvengt net šitos savižudybės dėl to, jeigu būtų suteikta pagalba laiku.*

Galiausiai, specialistai minėjo socialinės rizikos šeimas kaip didesnės suicidinės rizikos grupę (n = 2).

*Ir visų jų tas priežastis, nu, galima kažkaip tai ir apibendrinti, kad tos priežastys būna tokios, kad nenoriu gyvent dėl to, kad jis negali susidorot ten su savo kažkokiomis problemomis, kad turi kažkokių tai su- socialinių sunkumų, yra problemos šeimoje. Daleiskim, dažnai būna, aa, tokių dalykų pas žmones, kurie gyvena rizikos grupėje šeimose.*

## **2 kategorija. Motyvacijos pagalbai stoka**

Beveik visi tyrime dalyvavę specialistai (n = 26) kaip vieną iš iššūkių įvardino tai, kad savižudybės krizę patiriantys asmenys nėra pakankamai motyvuoti dėl savo sunkumų kreiptis pagalbos į specialistus. Svarbu pridurti, kad ši motyvacijos pagalbai stoka tyrimo dalyvių buvo pastebėta dar iki COVID-19 pandemijos pradžios, todėl neturėtų būti siejama būtent su pandemija (duomenų rezultatus, susijusius su pandemija ir jos padariniais, pristatome V kategorijų grupėje). Specialistai įvardino įvairias vengimo kreiptis ar priimti pagalbą priežastis. Jos, tikėtina, yra persipynusios tarpusavyje, bet siekdami konkretumo išskyrėme jas ir atskirai.

### *Motyvacijos stoka dėl asmens ypatumų*

Beveik pusė (n = 17) tyrimo dalyvių manė, kad savižudybės krizėje esantys asmenys nėra pakankamai motyvuoti kreiptis pagalbos dėl su jais pačiais susijusių priežasčių ar ypatumų. Pasak specialistų, viena šių priežasčių - tokioje krizėje esantiems asmenims būdinga ambivalencija, dvilypumas, prieštaringi jausmai, kuomet vienu metu egzistuoja ir noras gyventi bei sau padėti, viltis, ir tuo pačiu noras užbaigti gyvenimą, netikėjimas pagalba.

*Toks, vat, ambivalentiškumas, kaip sakosi. Ee, ir ir lyg ir kreipiasi, bet čia pat ir atsisako. Bet tas labai būdinga būna. Va. Kažkiek kažkiek, vat, man blogai yra, bet aš jau, aš neturiu jėgų, man nebeįdomu, aš neno- nenoriu ką nors daryti.*

Antra, specialistai pastebėjo, kad pagalbos vengia tam tikros gyventojų grupės, kuriems pagalba, specialistų nuomone, yra kaip tik labiau reikalinga. Viena jų - vartojantys alkoholį ar kitas narkotines medžiagas.

*Prasiblaivo tik prieš konsultaciją, taip. Galų gale ir tai jam tampa per sunku į konsultaciją ateit, tada, (va), nevaikšto. Bet po kol kas dar (gyvi), nes toliau labai sėkmingai geria. Priklausomybės, nesvarbu nuo kokių medžiagų. Ir motyvacija turi įtakos.*

*Čia tikrai yra sudėtinga situacija labai aa, nes aa priklausomas nuo alkoholio nu dažniausiai yra nemotyvuotas kreiptis. Labai sudėtinga jį motyvuoti kreiptis pas specialistus.*

Sudėtinga, pasak specialistų, pagalbai motyvuoti ir nusižudžiusių artimuosius ar po bandymo nusižudyti į stacionarą patekusius asmenis, ypač, jei bandymas nusižudyti atliktas apsvaigus.

*Šituo klausimu labai mažai girdėjom, jeigu atvirai sakant, nes pas mus yra toksai gal pavadinkim slėpimas yra <...> Sle- sle- sle- nu žmonės slepia. Nes jeigu nusižudo artimas.*

*Aa, pas mane ligoninėj, sakykim, būna daug nemotyvuotų pacientų arba pacientų, kurie neigia. Sakykim, sako, aš buvau girtas ir aš net neatsimenu, kad, sakykim, <...> grasinau nusižudyti ir panašiai. Ir tada yra labai sunku, nu, prikalbinti jį, kad, vat, turim, vat, padaryt tą savižudybės vertinimą ir ypač, kadangi planą jam pačiam reikia rašyti, tai vat, sunku prikalbint būna.*

Kitos pažeidžiamos grupės, kurias minėjo tyrimo dalyviai - socialinės rizikos šeimos, ypač vaikai, neturintys pakankamai resursų ar įgūdžių pasinaudoti esama pagalba, taip pat vyrai, senyvo amžiaus asmenys.

*Tikrai sudėtinga, tai nu reikia reikia reikia reikia laiko ir reikia darbo ir turbūt ne visais atvejais galima ir padėt. Ir jeigu yra pažengę, nuo vaikystės kažkokios traumos ir tėvų netektys iš dalies ir ten nuo girtuoklystės yra, labai labai sudėtingų situacijų, labai. Ir ir jaunuoliai be pa- be pamato ne- nemylėti ne- negloboti, jie jie jau sužaloti tiek, kad neužtenka specialisto, kad ir kad ir geranoriško pokalbio, kad tu tu galėtum jam kažkuo padėt, jisai kol atsiras ta moty- motyvacija.*

*Vyrai labai retai kreipiasi dėl tos savižudybės. Moterys dažniau išsako ir ateina, ar ne. Vyrai kažkaip tai labiau gal jau neateina, kad aš noriu nenoriu gyventi, jau jie daugiau būna arba po krizių centro, po po stacionarinio grįžtama pas mane, nu kažkaip patenka jau į greitąją. Jeigu jie, aišku, išgyvena, ar ne.*

Trečia, savižudybės krizėje esančių asmenų artimųjų įsitraukimas taip pat veikia pagalbos gavėjų motyvaciją.

*Kai kurie tėvai ir ir palaiko tą arba sako, nu jo, jie pamiršo arba ten kažkur užsi- užsižaidė, va taip, ar ten ten dar kažkuo.*

Galiausiai, tyrimo dalyviai nedetalizuodami įvardindavo, kad vienas iš pagrindinių jiems iššūkių yra sunkumų turinčių asmenų vengimas atsiskleisti ar nebendradarbiavimas, kartais toks ryškus, jog asmuo lieka apskritai už pagalbos sistemos ribų

*Problema yra su tais žmonėmis, kurie nesikreipia, ane. Kurie nesikreipia ir jie nesikreipia niekur. Jie nesikreipia nei į gydymo įstaigą, nei į kažkokį tai specialistą, ane, ir taip toliau, jie niekur nesikreipia.*

### *Motyvacijos stoka dėl sistemos*

Didesnė dalis (n = 14) tyrimo dalyvių manė, kad savižudybės krizėje esantys asmenys nėra pakankamai motyvuoti kreiptis pagalbos dėl su pačia pagalbos sistema susijusių ypatumų. Specialistai minėjo keletą dabartinės pagalbos sistemos aspektų, kurie, jų nuomone, mažina savižudybės krizėje esančių asmenų motyvaciją kreiptis pagalbos: vyraujantis medikamentinis gydymas, specialistų gebėjimo užmegzti su suicidišku pacientu stoka ar netinkamas bendravimas stacionarinėje gydymo įstaigoje, priverstinis gydymas ar perteklinis stacionarizavimas, baimę keliantys kiti proaktyvios pagalbos metodai.

*Yra žmonių, kurie turi baimę, sakykime, vaistams ir panašiai ir galbūt norėtų iš tikrųjų, jiems reikalingas būtų tas psichoterapijos, sakykime, kažkokie užsiėmimai, ta prasme, ilgalaikiai užsiėmimai. Vat, šito mums iš tikrųjų trūksta.*

*Stacionaras buvo didelis šokas, ane, nes jinai atsisakė kategoriškai paskui ten nuvykusi jau gulti, ane, ir ir ir prisižadėjo, kad tikrai ten visaip kaip gydysis, tvarkysis ir taip toliau, bet, vat, nu jai buvo labai labai didelis irgi sukrėtimas, ane, nuvažiavus tenai, nes ten kažkas šaltai su ja pašnekėjo.*

*Jeigu ten visus tik pamatęs, kad yra ten suicidinių minčių, ketinimų iškart į greitąją ir į ligoninę Naująją Vilnią, tai kitą kartą žmogus tiesiog nesikreips, nes sakys, ai, ten iš karto išveža mane.*

*Ir mes priėjom išvados, kad pa- atvejo vadyboje yra geri norai, bet bet ar tai tikrai taip gerai veikia, nes tas ta šeima, kuri atsiduria toje situacijoje, jie patiria traumą nuo tos atvejo vadybos.<...> va socialinis darbuotojas ar bet koks vat jam paskambina skambutis, ir sako, mes norim jum padėti. Gavom skundą, kad jūs blogai nu kažką tai negerai darote, ir mes norime padėti jum patobulinti savo veiklą, ir su- surenkam komandą <...> kiek vat man pačiai tenka susida- susidurti, tai yra įvaro tokį šoką”).*

Tyrimo dalyviai pastebėjo, kad vis dar vyrauja stigma kreiptis pagalbos į psichikos sveikatos specialistus ir baimė neigiamų kreipimosi pagalbos padarinių.

*Čia galėtų gal plačiau pakomentuoti gydytojas psichiatras arba medicinos psichologė, bet jie, nu, tas baimė, atstūmimas gal. <...> tų žmonių. Gal gal gal jų toks nepasitikėjimas kažkaip.*

*Jeigu suaugusiem, tai ne visi nori eiti pas psichikos sveikatos centrą, nes nu irgi jie nenori įrašo, ten to, savo sveikatos knygelėj, žodžiu sako, nu bent jau su manim kalbėdami taip sako, kad įrašas, po to teises išlaikyti, ar dar kažką, jie ten tokių nu dar daug problemų, tai vat irgi vengia.*

Galiausiai, specialistai įvardino, kad dalis žmonių lieka apskritai už pagalbos sistemos ribų, nepasiekiami sistemos įprastais švietimo apie ją būdais ar neturintys pakankamai lėšų atvykti į pagalbos įstaigas

*Mm, bet vėlgi, nu, čia labai tokia sudėtinga situacija, nes dažniausiai tiems, kam reikia šitos informacijos, jie jos nesiklauso ir negauna. <...> Tiesiog, nes jie dažniausiai būna, ne dažniausiai, bet dažnai būna kažkur užribų ir ir ir nelabai nelabai eina ir nelabai priima šitą informaciją.*

*Paprastai turėtų būti darbas su jais, darbas su jais ir ir ir individualus darbas, ir kitas ir norėtų – „o aš pinigų neturiu, už ką aš atvažiuosiu.*

### *Motyvacijos stoka dėl privatumo*

Beveik trečdalis (n = 8) tyrimo dalyvių manė, kad savižudybės krizėje esantys asmenys nėra pakankamai motyvuoti kreiptis pagalbos dėl privatumo gyvenamajame rajone trūkumo. Tyrimo dalyvių nuomone, mažesnėse Lietuvos savivaldybėse ši problema yra aktuali - gyventojai nori kreiptis pagalbos į specialistus, kurių nepažįsta, tačiau mažesnėse bendruomenėse tai tampa sunkiu uždaviniu. Pasak specialistų, rajono gyventojai, baiminasi konfidencialumo pažeidimo bei su tuo susijusių galimų apkalbų ar pasmerkimo.

*Sako: „Ai, aš neisiu pas tą, nes čia man tai kaimynai, tai tai mano mokytoja buvo, tai dar kažkas, žinot, va taip. <...> Yra kažkokie santykiai. Ir tą psichologą, kad susirasti, kuris visiškai neutralus ir nežino to žmogaus, gana sudėtinga.*

*Neina žinokit, tiesiog neina, geriau jau važiuoja į kitus rajonus, kur jų nepažįsta tie žmonės, ir tiesiog sakau, labai sunku.*

*Tokiuose mažuose miesteliuose, tai žmonės jaučia tokią kaip ir baimę į vietinius specialistus kreiptis. <...> Nes jie įsivaizduoja, kad čia mažas miestelis ir čia pasklis čia tos čia tos visos kalbos ir taip toliau, nu tie- yra ta tokia baimė.*

Tyrimo dalyviai dalinosi svarstymais, jog kliūtimi kreiptis pagalbos gali būti ir viešai kitiems žmonėms lengvai matomas keliavimas iki pagalbos įstaigos:

*Ir galbūt tikrai veikia tai, kad, nu, poliklinika toliau yra nuo ugdymo įstaigų, o, vat, mūsų tarnyba yra, nu, prie pat mokyklų, vat, šitos progimnazijos ir čia keliais žingsniais toliau yra gimnazija, tai. <...> net fizine prasme, tai galbūt kažkam tai irgi, nu, nenori, kad mane pamatys langą, ypač ten, jei einu į tą pastatą. Gal ir tas dar suveikia.*

### **3 kategorija. Sudėtingi pacientai / klientai**

Šalia ankstesniame skyriuje aprašytos savižudybės krizėje esančių asmenų motyvacijos pagalbai stokos, tyrime dalyvavę specialistai minėjo ir kitus su savižudybės grėsme patiriančiais asmenimis susijusius aspektus, dėl kurių kitą tyrime išryškėjusią temą pavadino „sudėtingi pacientai / klientai“ (n = 15). Specialistai dalinosi, kad dalį savižudybės krizėje esančių asmenų yra itin sudėtinga apsaugoti nuo savižudybės dabartinėje pagalbos sistemoje. Pavyzdžiui, ilgalaikius psichikos ir elgesio sutrikimus turinčius asmenis, globos įstaigų gyventojus ar kai pacientas ar klientas savižudybės krizėje yra ilgą laiką - kuomet mintys apie savižudybę tęsiasi ilgiau arba kartojasi reguliariai.



*Tokiems vaikams be galo sunku padėti, nu, jeigu imkim vaiko globos namai <...> ir, vat, kam tenka dirbti tokioj įstaigoj ir su sunkiais, tai.. <...> nu, iš tikrųjų, labai didelės psichologinės traumos.*

*Arba tai tai eina kartu su F20, su procesinio spektro sutrikimais, tai tada sunkiau visada ką nors įvertinti, tokią realią situaciją gal aš sakyčiau.*

*Tai būna daugiau demonstratyvūs ir šiais metais labai daug ir tas pats kartojasi – kviečia greitąjį ir veža į stacionarą, jis vienas yra tok- tas pats ir demonstratyviai vis: „aš nusižudysiu, aš apsinuodysiu“, ir girtas būna, girtą veža į stacionarą, tai vot, būna, kad kartojasi, kartojasi tie patys pacientai ir dėl priklausomybės, bet jie nesigydo.*

*Bet tikrai buvo buvo sunkus su- su- sun- sunki pacientė, nebuvo iš tų, vat, lengvųjų ir ten nebuvo toks tikriausiai impulsyvus bandymas, ten buvo toks jau eilę metų planuotas planuotas, eitas.*

Tyrimo dalyviai dalinasi, kad ilgalaikės savižudybės rizikos atveju dabartinėje pagalbos sistemoje turimi resursai išnaudojami, tačiau gautos pagalbos nepakanka ar turimi resursai, pavyzdžiui, gydymas stacionarinėje įstaigoje, asmenims nėra priimtini. Tokiose situacijose kyla dvejonės, ar apskritai įmanoma padėti daliai suicidiškų asmenų.

*Man labiausiai ir sunku būna su, va, tais, vat, sunkiais atvejais, kur daug metų žmogus serga, daug kartų gydytas ligoninėj ir visą laiką eina, ir jis visą laiką išsako tas suicidines mintis – kad jam visą laiką sukasi, sukasi tos mintys, tai tie ketinimai sukasi.*

*Ir yra buvę tokių, bet tikrai paskui sužinau, už kokio mėnesio žmogus nusižudė. Išvažiavo į darbą, su kažkokį psichiatrą, psichologą, bet stacionaro atsisakė, na, galbūt tai yra baimė, nežinau, kažkaip tai ir ir vis dėlto, vat, baigėsi tuo kuo baigėsi.*

*Vis galvoju, ką būtų galima su tais sunkiais, va, tokiais ligoniais, kurie be perstojo apie tą suicidą galvoja, ir kur, vat, ir eina, tu lyg ir iš patirties matai, kad eina link to taško, ir neturi kaip užkirst kelio, kad kad sustabdyt tą žmogų. Nu, negali jo paimt, perkelt kažkur j j j j šiltus kraštus po palme ir kad jis ten gerai jaustųsi, visų prižiūrimas.*

Remiantis specialistų interviu, tokių “sudėtingų pacientų ar klientų” savižudybės krizė, deja, neretai baigdavosi savižudybe:

*Jinai visą laiką tokia ateidavo tokia, nu, tokia apatiška, tokia, atrodo visą laiką NUSIVYLUS TUO GYVENIMU, kažkas. Visą laiką klausdavau kas kas tau ten yra? Ne, sako, viskas viskas gerai viskas gerai, kažkaip. Ir vieną dieną mes girdime, kad jinai ten savo miestelyje [nusižudė].*

#### **4 kategorija. Pagalbai kliudančios nuostatos**

Tyrimo dalyviai įvardino savo ar kitų savivaldybės gyventojų nuostatas (n = 9), susijusias su savižudybės krizę patiriančiais asmenimis ar apskritai su savižudybės reiškiniu, kurios, tikėtina, gali kliudyti pagalbos teikimui. Kadangi nuostatos ir įsitikinimai veikia elgesį, šių nuostatų supratimas gali būti svarbus identifikuojant tam tikras problemines sritis ir pasiūlant gaires švietimui savižudybių prevencijos tema. Viena iš tokių tyrime minėtų pagalbai

kliudančių nuostatų - alkoholi ir kitas psichoaktyviausias medžiagas vartojančių asmenų suicidinė rizika yra mažesnė; esą išgėrę alkoholio ar apsvaigę nuo kitų psichoaktyvių medžiagų asmenys nesižudo, nereikėtų rimtai reaguoti į vartojusių asmenų suicidinių ketinimų išsakymą.

*Tikrai labai daug kas, kiek va tenka kalbėti, tie žmonės, kurie turbūt galėtų pastebėti tuos požymius ir visa kita, labai atsainiai į tai žiūri, labai tai čia geriantis, tai čia pašnekėjo, tai čia išsiblaivys, nebegalvos taip.*

*Nu geriantis, nu kam įdomus pijokas, nu kam jisai įdomus. Jisai neįdomus niekas niekam, nors ten pavyzdžiui per mėnesį jis gal du kartus pjaustėsi. Nu ir ką, nuveža į priėmimą, ir jo nieks neguldo. Nuveža į [MIESTAS], ir jo nieks neguldo.*

Kita tyrime minėta pagalbai kliudanti nuostata - kalbančiųjų apie savižudybę suicidinė rizika mažesnė. Specialistai įvardino savuosius ar kitų savivaldybės gyventojų įsitikinimus, jog žmonės, išsakantys mintis ar ketinimus nusižudyti, yra mažesnėje suicidinėje rizikoje, jog kalbantys apie savižudybę nusižudo ar manipuliuoja kitais, kalba nerimtai.

*Kad čia išsigalvoja, čia tikrai kažką tingi daryti ir čia, vienu žodžiu, eina lai namo ir čia nieko nedaro tai, nu, labai tokių visokių visokių tikrai yra tų tėvų, ane, tai tai vat, čia irgi būna sudėtingas dalykas, nes tarsi paauglys yra ats- atsiskleidžia ir ir turi turėtų gauti pagalbą, o tie tėvai uždeda tokį, nu, savo savo kažkokį matymą.*

*Kalbant apie vaikus, jos yra tokios, mintys apie savižudybę, jos yra tokios daugiau gal netgi manipuliacinės tokios, ar ne, ne ne tiek, kad aš noriu numirti, bet kiek noriu parodyti, kad, va, kas jum dabar bus, kai manęs nebebus.*

Galiausiai, tyrimo dalyviai minėjo nuostatą, jog klausimas apie savižudybę ar kalbėjimas savižudybių tema gali paskatinti žmogų nusižudyti.

*Kai kurie, vat, irgi sako: „kaip čia klausti tokio, kaip čia dabar lįsti jam ten į širdį“ – kaip toks posakis, o iš tikrųjų, vat, ar ar ar planą, nes kai kurie irgi sako, nu, o jeigu aš savo pokalbiu jį tikrai paskatinsiu, vat, iš tikrųjų tas ne- neteisingas žinojimas, ar.*

Panašu, kad šios tyrime išryškėjusios nuostatos gali kliudyti tinkamai įvertinti asmens suicidinę riziką ir/ar suteikti reikiamą pagalbą.

## **V Kategorijų grupė. Covid-19 pandemija ir psichikos sveikatos priežiūros sistema**

Nagrinėjant su Covid-19 pandemijos ir karantino apribojimais, taikytais ir taikomais Lietuvos Respublikoje, susijusius sistemos ir psichikos sveikatos priežiūros specialistų darbo ypatumus, interviu analizėje atsiskleidė trys esminės kategorijos - pagalbos teikimas pandemijos metu, kreipimasis pagalbos pandemijos metu, pandemijos poveikis ir valdymas.

### **1 kategorija. Pagalbos teikimas pandemijos metu**

Pirmoji su Covid-19 pandemijos iššūkiais susijusi kategorija, atsiskleidusi duomenyse, yra susijusi su pagalbos teikimu pandemijos metu psichikos sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimo dalyviai pasakojo apie įstaigų prisitaikymą prie pandemijos sąlygą, nuotolinio darbo ypatumus bei pagalbos prieinamumo pokyčius.

#### *Psichikos sveikatos specialistai ir įstaigos prisitaikė prie pandemijos sąlygų.*

Tyrimo metu atsiskleidė (n = 17), kad ištikus Covid-19 pandemijai ir valstybėje įvedus karantino ribojimus, psichikos sveikatos įstaigos ir jose dirbantys specialistai išradingai prisitaikė prie pandemijos sąlygų. Dažniausiai tai buvo didžiosios dalies paslaugų perkeitimas į nuotolines paslaugas.

*Anksčiau, nu, pakalbėdavai telefonu, bet jos būdavo tokios neoficialios, tiesiog pa-, nu, kreipiasi žmogus su kokia problema ir pasakai, kad taip, atvykit, registruokitės, arba ten, jeigu matai, kad skubi pagalba, tai sakai, kad gal šiandien galit atvykt pasirodyt ar rytoj ten, nu, kaip jau žmogus sutinka. Tai va, o dabar jos tokios oficialios yra padarytos, kad žmogus gali ir užsiregistruoti, ir skambinti, ir ir konsultuotis tuo nuotoliniu būdu.;*

*Bet šiaip tai nežinau, visada veikia sakau aa visada veikė nuotoliniu būdu, galėjo jungtis, tiek mokyklos tikrai teikė konsultacijas, mokyklos psichologas bent jau vienos, a tiek sakykim buvo ir ir buvo labai plačiai ir Jaunimo linijos, kur tu galėjai skambintis, nu ta prasme buvo tos psichologinės tikrai viešinos mokyklose, mokyklos viešino per dienynus informaciją tėvam, psicho- paslaugų centro psichologas tikrai dirbo nuotoliniu būdu, jeigu buvo poreikis, tai vat, kiek įmanoma buvo to karantino laikotarpiu dirbo, taip.*

Įstaigos ir specialistai, turėdami patys surasti būdus ir technologijas, tinkančias nuotoliniam darbui, prie naujų sąlygų taikėsi lanksčiai, naudodami įvairias skirtingas priemones (kompiuteriai, telefonai, skirtingos vaizdo skambučių programos), kurios geriausiai tiktų konkrečiam pacientui ir vietas, kuriose technologinės priemonės veiktų geriausiai:

*Iš iš namų, nes namuose, kaip sakau, aš tikrai ge- geresnį kompiuterį turiu ir ten jau kažkaip atsi- atsiderinęs”; “Taip, ne visi gali, nes, va taip, tie žmonės, su kuriais jau kontaktas užmegztas tarsi, tai dauguma ir išlaikė, nu tą ryšį ir mes ten vis tiek atradom, nu kažkokią priemonę, kuri jiems labiau tinkama, ar telefonas, ar ar ten koksai zoom’as, ar ar skaiipas, ar ar ar ten kažkoks messenger’is, ane, tai va ir visai ten neblogai gavosi ir paskui net patys sakė, ir visai čia nieko iš tikrųjų, baisiau atrodė.*

Svarbi dalis buvo aktyvi komunikacija apie psichikos sveikatos paslaugų teikimą pandemijos metu:

*mes čia visas tas priemones bandėm, kaip sakyti, ir viešinti, ir ir visaip kaip naudotis”; “nors šiaip tai mes tikrai ir tada, kai buvo karantinas, visur in- informavom ir ir švietimo skyrius irgi*

*paskelbė, vat, ir iš tikrųjų kur galima kreiptis tą psichologinės pagalbos ir tikrai, vat, buvom bent jau pasiruošę ten namuose, būdamas ten lauki to.*

Svarbu ir tai, kad savižudybės krizėje esantiems asmenims kai kurios įstaigos ir specialistai rinkosi net ir pandemijos metu teikti gyvas konsultacijas tiesioginiu būdu, kadangi taip suteikti pagalbą galima kokybiškiau ir atidžiau:

*Gyvai konsultuojam, ar ne, o paskiau ten, po po keletos tų gyvų, jeigu jau žmogus ten pagal jo būklę ar būseną, o šiaip jeigu turint tokių tokių vaikštančių peilių ašmenim, tai jie konsultuojami visada gyvai.*

*Nežinau, žinot, kaip kiekvienas centras gal savaip tvarkosi, bet mes tai taip. Kalbėtis visada galima, skambinti visą dieną teikia centras, tai visada bendrauja kažkas. Tai va, ko reikia aptariam, jeigu sakom sako, kad reikia, matai, kad reik tai ir ateik, sakai: „Tai jūs atvažiuokite rytoj, paskiriam laiką.*

#### ***Nuotolinis darbas apsunkina pagalbos teikimą.***

Tyrimo duomenyse atsiskleidė (n = 13), kad į nuotolinį darbą persiorientavę specialistai ir įstaigos susidūrė su specifiniais sunkumais teikiant pagalbą pacientams. Šie sunkumai apėmė bendradarbiaujančio kontakto užmezgimo su pacientu problemas, paciento būklės, savižudybės rizikos, diagnozavimo problemas.

*Tai tada irgi per tą atstumą, nu, negali to tokio kontakto užmegzt su žmogum ir kažkokio plano.*

*Ir šiaip, įsivertinti jį sunku – ant tiek ten koks asmenybės sutrikimas, impulsyvumas ar kažkokios priklausomybės, ar čia jau depresija, ar čia dar kažkas kažkoks šizofreninio tipo sutrikimas. Tai va, vis tiek, nu, norisi tą žmogų pamatyti gyvai ir su juo pakalbėti. Tai va, ir būna, kad kartais skambina skambina kalba kalba, bet neina jo prisišaukti, kad jis ateitų.*

*Darbas, vat, kiek vyksta, sakykim, galbūt nuotoliniu būdu, bet pasakyčiau kas liečia savižudybės vertinimą, tai manau, kad ir šitas vertinimas turėtų būti ne nuotolinis, nes, nu, <...> planą tiek žmogus turi rašyti pats ir ir psichologas padeda ir pataria, ir visi kontaktai, viską surašyt.*

Nuotolinis darbo sunkumai buvo susiję ir su technologiniais, interneto ryšio trukdžiais, apsunkinančiais konsultacijos vyksmą bei paciento saugumo jausmo užtikrinimą.

*Tai tai tai va, tas tikrai, nu, va tas glumintų ir, aišku, iš tikrųjų, vat, ne- nesaugiai, nes vėl kol kol tu, pavyzdžiui, nu, susiruoši, ar ne, kol tu ten atsi- atsiderinsi tą tą vat ryšį.*

*Su vienu vaiku bandžiau iš telefono paskambint, bet, aišku, čia ne suicidinis bandymas, bet vėl, vat, nu, kai ne- nematai žmogaus, tai tai yra iš tikrųjų tas sunkiau, tu tik tai balsą balsą girdi, gal dar vėl, jeigu jis kažkur tai ne namuose, tie pašaliniai garsai ir tada blogai jautiesi, kad tu neišgirsti ir vis turi prašyt perkartoti, kad pakartotų, tai ir aš suprantu, tai irgi kalbančiam nėra malonu, kad jo vis neišgirsta ir vis ten turi kažką kartoti.*

Kai kurie specialistai išskyrė, kad nuotoliniu būdu ypatingai sudėtinga dirbti su vaikais ir paaugliais, kadangi tokioms konsultacijoms dažnai taikomos įvairios projekcinės, interaktyvios metodikos, tokios kaip žaidimas, piešimas, smėlio dėžė, jose labai svarbus lytos pojūtis.

*Aa, bet aš galvoju, jeigu tai būtų greitas atvejis kažkoks, ar ne, vėl ekstra atvejis, tai aš nežinau, ar išvis įmanoma užmegzt ryšį nuotoliniu būdu su vaiku.*

*Apie vaikus, man atrodo, problematiškiausia ta sritis, kur ir pagalbos jiems teikimas, ane, tai psichologinės pagalbos, bent jau mano akimis, ane, kad tai tokia problematiškiausia sritis bent jau, nu, aš sunkiai įsivaizduoju psichologines konsultacijas nuotoliniu būdu vaikui, ane, arba tokiam jaunam paaugliui.*

*Ir tas yra labai svarbu, ypač dirbant su vaikais. Su suaugusiais dar dar gali. Su vaikais dirbant, vis tiek, taikai kitokius metodus. Taikai ir žaidimus, ir meno terapiją, kur realiai per atstumą, nu, tu negali nei matyt, nei stebėt, nei kažkaip jausti tą vaiką, ar ne, nes yra sudėtinga. Tai šito labai labai labai trūksta.*

Specialistai išskyrė, kad būtent su savižudybės krizėje esančiais pacientais, užmegzti ryšį, suteikti jiems pagalbą, nuotoliniu būdu gali būti žymiai sudėtingiau negu kontaktiniu būdu.

*Ypatingai sakau, tie rizikingi, kurie jie turi tą aukštą riziką ir jie jau būtinai, net net kalbų nėra, nors kartais jie labai norėtų, kad telefonu, bet jie jie privalo ateiti ir aišku, jiems medikamentų nieks nerašo daug ten išvis labai po mažai, ypatingai ten tų visų, kurie gali būt panaudoti kaip įrankis savižudybės, tai ypatingai.*

Tai gali būti susiję ne tik su specialistui kylančiais iššūkiais, bet ir su paciento poreikiu turėti gyvą kontaktą.

*Šiaip trupučiuką kliudo tas visas laikotarpis toks ypatingas, ane, tuom, kad, nu, aš kažkaip galvoju, kad pažeidžiamumo pažeidžiamas žmogus vis tiek nori to gyvo kontakto labiau ir ir ir kai čia to karantino sąlygom nebuvo galimybės, nu, to gyvo kontakto.*

Galiausiai, ne visi pacientai, ypač vyresnio amžiaus, regionuose, turi galimybes bendrauti nuotoliniu būdu, o tai reiškia, kad kai kurie žmonės kuriam laikui galėjo likti be jokios galimybės gauti pagalbą.

*Bet yra tokių žmonių, kurie tikrai neturi tokių dalykų, ir jie dar labiau nutolo šituo atveju. Kai atsirado ribojimai lankyti, tiesioginio kontakto dalykai visi ribojimai atsirado, tai manau, kad čia tikrai pablogėjo situacija. Tai va tai. Nemanau. Kaimuose, tai tikrai žmonės neturi tiek priėjimo. Kartais tvarkant kai kuriuos net eilinius reikalus, dokumentus, kaip išmokų visokių ir taip toliau, telefonu ne- neįmanoma, kaimynam skambini ir taip toliau, ir kažkaip ieškai, bet vėlgi negali kaimyno nu šituo atveju pa- pandemijos šituo laikotarpiu visu, negali nusiųsti ir paprašyti ir visaip kaip, tai ši- šičia, šitam klausime, tai manau, kad tik pasunkėjo situacija. Žmonės kai kurie galbūt liko nežinioj.*

Kitiems buvo sudėtinga susikurti privačią, saugią erdvę konsultacijoms, kas gali trikdyti atsivėrimą.

*Aš šiuo metu dirbu tikrai su dviem vaikais, kurie, kurių artimieji nusižudė, per, nu, nuotoliniu būdu, ar ne. Bet tas yra labai sunku ir sudėtinga. Ee, kodėl? Todėl, kad vaiky, visų pirma, tai pats prisijungimas vaiky, nes dažniausiai jie vieni niekada nebūna, kažkas būna, ar ne, šalia, o kai jie nori kalbėtis.*

Taipogi, suprastėjo klientų, pacientų pasiekiamumas.

*Buvo moksleivio savižudybė prieš paskutinį skambutį, dieną prieš paskutinį skambutį, ir čia buvo visas karantinas, ane, ir visi kiti dalykai ir daug labai faktorių, kuriuos jau mes, atrodo, žinom kaip su jais tvarkytis, labai viskas nauja ir kaip pasiekti tėvus, ir kaip pasiekti mm moksleivius, ane, ir kaip pasiekti aa to vaiko, to abituriento šeimą, ane, nu labai daug klausimų iš tikrųjų, netgi tokių, nu teisinių net klausimų.*

*Dėl pandemijos pagalba sunkiau prieinama.*

Interviu su specialistais atsiskleidė (n = 16), kad dėl pandemijos ir karantino ribojimų pagalba psichologinių ir psichikos sunkumų turintiems asmenims tapo sunkiau prieinama ir pasiekama. Sunkiau gauti pagalbą tapo globos įstaigose gyvenantiems pacientams dėl didelio sergamumo ir užsikrėtimo rizikos.

*Aš kalbėjau apie globos namuose <...> esančius žmones, pacientus, kad jiems dabar, manau, vat, dėl koronos yra sunkiausia. <...> Taip taip taip, man man juos atveža iš iš globos namų. Nu va <...> dabar, paskutiniu metu, jau savaitė ne ne neatveža tų pacientų.*

Apsunkinimai iškilo ir asmenims, kuriems reikėjo hospitalizacijos. Hospitalizacijos metu papildomai reikia atlikti Covid-19 testą, kas esant jautriai psichinei būsenai gali turėti savitos įtakos.

*Bet į psichiatrinę jam reikėtų, būtų reikėję važiuot, bet jau ten niekas nepriima, nes yra karantinas. <...> Bet jisai nusiramino, nu dabar ta situacija, visur tas karantinas, nieks jau nenori va tokių ekstra tų ligonių leisti.*

*Nu tai sudėtingiau taip taip taip ir reikalavimai būna, kad reikia, kad būtų atliktas testas, bet, jeigu yra ekstra, tai kiek žinau dabar nuveža, turi palatas atskiras, kuriose hospitalizuoja pacientus, kuriem neatlikti dar testai, atlieka testą, jeigu neigiamas, tada jau perkelia į j tą j tuos, nu, kur galima gydyt pacientus. Tai vo, šitas tai labai gerai. Pradžioj tai, man atrodo, kad nebuvo. Reikalavdav, kad būtų atlikti testai čia pavasarj, o dabar jau kitaip, yra palata, kurioj atlieka arba guldo, hospitalizuoja, stebi, padaro testą, po po tenai po dviejų dienų atsakymas būna, perkelia į bendrą palatą. Tai vo, čia plusas yra.”; “turėjom tokį, va, net ir pavyzdj, kad ten naktj atvežė j priėmimą [MIESTAS] ligoninės priėmimui žmogų, kuris persipjovė sau gerklę. <...> Ir jis ten, nu, vienu žodžiu, ten šiek tiek būtų, kaip ten gydytojas reanimatologas ir chirurgas turės ten susiuvo, sakė, šiek tiek būtų jisai ten pasukęs savo tą kaklą ir jisai jau viskas, jisai būtų tą arteriją miego pažeidęs ir ir ir viskas. Ir, oi, ir jisai naktj prabuvo ir automatiškai, vienu žodžiu, ryte skambino gydytojui psichiatrui, kad ateikit, pakonsultuokit, čia, vienu žodžiu, taip ir taip, tai jis nuėjo, nu, jis ten įvertino tą visą situaciją, bet tą žmogų ko- kol aprenė ten tais visais chalatais, visais, nu, šita visa amunicija, apsaugos, gi, nu, žodžiu, tą žmogų vežė į ligoninę, laukė*

*eilėje kol padarys tyrimą, nes taip ne kitaip nepriėmė. Nu, va, čia yra tokia, nu, gaudžiai absurdiška situacija šita covid'o visa sistema.*

Kai kuriuos pacientus nuo pagalbos kreipimosi atgrasė nuotolinės konsultacijos, o tuo metu gyvos konsultacijos nebuvo teikiamos.

*Buvo tikrai skambučių, kuriuos aš norėčiau gyvos konsultacijos, ane, aš norėčiau gyvo ir tada sako, nu, aš palauksiu kol praeis ir paskui nebeatėjo, ane.*

Kitais kartais pagalba tapo sunkiau prieinama, nes trūko specialistų, kadangi šie sirgo ar turėjo izoliuotis.

*Dabar tai yra visos visos priežastys, ir specialistų trūkumas, ir tokia įtampa ir tikrai pas mus situacija bloga yra, sveikatos priežiūros įstaigom, nes patys aa ser- serga arba yra izoliavimėsi, tai psichologinė pagalba yra šiai dienai sunkiai sunkiai įgyvendinama.*

Kai kuriais atvejais pagalba tapo sunkiau prieinama fiziškai dėl pasikeitusių viešojo transporto tvarkaraščių ar tiesiog baimės atvykti ir užsikrėsti.

*Nu, o dabar truputį apsunkina karantinas. Niekas nenori, autobusai nevažiuoja, niekas nenori vežti.*

## **2 kategorija. Kreipimasis pagalbos pandemijos metu**

Kita svarbi kategorija, atsiskleidusi duomenyse, yra susijusi su pagalbos kreipimosi elgesiu pandemijos metu. Tyrimo dalyviai kalbėjo ir apie kreipimosi mąsto pokyčius, ir apie tai, kaip gyventojai kreipiasi pagalbos nuotoliniu būdu.

*Dėl pandemijos žmonės mažiau kreipiasi pagalbos.*

Tyrimo atsiskleidė (n = 12), kad ne tik, kaip aptarta aukščiau, pagalba tapo sunkiau prieinama, bet ir patys žmonės mažiau kreipiasi pagalbos pandemijos metu. Tai susiję su baime užsikrėsti Covid-19 infekcija.

*Toks sudėtingesnis, žinokit, net iš pačių tų pacientų, nes jie, ganėtinai dažnas atvejis, kad jie patys nenori, nes labai saugosi ir bijo, <...> ir, jo, vargina tas nerimas, ir jie patys, jei tik yra galimybė, nu nu, nenori, aišku, tos kontaktinės.*

*Tai dar šiandien irgi tokia pirminė, kurios niekad gyvenime nemačiau, tai sakau: „Jūs atvažiuokite“. „Daktare, aš esu rizikos grupėje“, sako: „Kaip aš pas jus atvažiuosiu? Aš autobusu nevažiuosiu“ – sako. Tai pala. Nu ir kaip kaip tokiam žmogui teikti pagalbą, kurio aš nesu mačius.*

Kiti pagalbos nesikreipia dėl nenoro konsultuotis nuotoliniu būdu.

*Aš įsivaizduoju, kad tuos dalykus labai tokius jautrius kalbėti ir sakyti, ane, nu, tai kam per tas technines priemones, nu tiesiog, turbūt per daug toli.*

*Buvo tikrai skambučių, kuriuos aš norėčiau gyvos konsultacijos, ane, aš norėčiau gyvo ir tada sako, nu, aš palauksiu kol praeis ir paskui nebeatėjo.*

Kai kurie tyrimo dalyviai tai sieja ir su tam tikru “emociniu mobilizavimusi” dėl visuotinės sudėtingos situacijos.

*Bet aš nepasakyčiau, kad patys žmonės tai emociškai iš- išgyvena gerai. Ta prasme, jie nesikreipia. Iš principo, žymiai sumažėjo, sakykim, kvietimų jį priėmimą. Lyg tai lyg tai, kažkuria prasme, kai kai kurie, nu, mobilizavosi, gal net sakyčiau.*

Anot specialistų, praėjus pandemijai, kreipimasis pagalbos gali ir padidėti.

*Keisčiausia iš tikrųjų, kol buvo tas karantinas, buvo žinokit kapų tylą tokia įdomi, ir kaip jisai užsibaigė, tai sakau, prasidėjo nu tiesiog bumas.*

Specialistai taip pat kalbėjo apie “tylą” žudymąsi pandemijos metu.

*Nu, turint iki COVID-19 pradžios laikotarpį, periodą, vidutiniškai į metus, nes dirbu provincijoje, tai vidutiniškai į metus, nu, kokie trys, keturi, maksimum penki kartai. <...> Na, o dabar, kai yra nuotolinis konsultavimas nuo šių metų beveik pradžios, tai neatlikau nei karto <...> savižudybės krizės, reiškia, psichosocialinio vertinimo. Nei karto neatlikau. Žudosi tyliai įtariu.*

Taigi, galimai pagalbos reikia tiek pat ar net daugiau, tačiau jos kai kuriais atvejais kreipiamasi mažiau.

*Nuotoliniu būdu kreiptis pagalbos paprasčiau.*

Nepaisant visų aukščiau aprašytų sunkumų, susijusių su nuotoline pagalba pandemijos metu, šiame tyrime atsiskleidė ir kita nuotolinės pagalbos pusė. Kai kurie tyrimo dalyviai pasakojo (n = 5), jog nuotoliniu būdu pacientams pagalbos kreiptis yra netgi paprasčiau ir drąsiau. Tai susiję su patogumu dėl nereikėjimo niekur vykti. Taip pat, išryškėjo, kad kreipiantis pirmiau nuotoliniu būdu jau užmezgamas kontaktas, kas padrąsina pacientą vėliau ateiti ir gyvai. Kai kuriems tiesiog gali būti drąsiau kalbėtis, atsiskleisti nuotoliniu būdu, nes jaučiamas didesnis privatumas, saugesnis atstumas.

*Aš manau, iš tiesų, kad koks privalumas galbūt net, kad visos konsultacijos vis tiek bet kokiu atveju tu susiskambini su žmogum. Ta prasme, paklausi ar viskas gerai, kaip gydymas, kaip va paminėjau, paklausi ar nėra tų minčių, tikrai paklausi. Tai gal va tas ir toks kaip ir privalumas, nes, nu, žinot, į konsultaciją gali žmogus neatvykti.*

*Gal žmogus drąsiau kreipiasi į psichikos sveikatos centrą, nes dabar yra tos nuotolinės konsultacijos. Tai būna, kad ateiti pas psichiatrą ar psichologą kažkaip nesinori, bet, vat, paskambinti galiu. Tai kartais būna, kad, vat, paskambina, tu pasikalbi ir tada pasikvieti, kad ateitų. Ir jau, kai pakalba su specialistu, kažkaip nuslūgsta ta baimė, kad čia gal ir nieko tokio, nu, gerai, ateisiu.*



*Žmonės, sakyčiau, galbūt netgi išdrįsta kalbėti, nes mes jų nematom. <...> Nes viena forma būna kada tu gali, ar ne, skaipu, zoom'u, aa, konsultuoti, bet kita forma kada jie skambina tiesiai per laidinį telefoną ir jie kalbasi.*

*Pandemijos metu pagalbos kreipimosi dažnis nesikeitė.*

Tyrimė išryškėjo ir keletas pasisakymų (n = 3) apie tai, kad pagalbos kreipimos dažnis pandemijos metu niekaip nepasikeitė.

*Bet ką iš kitos pusės pastebėjau, kad kad pir- pirmosios bangos iš tikrųjų metu, kad nuotoliniu būdu aš sulaukiau tikrai ne mažiau kreipimosi būtent, aa, dėl ketinimų, ar ne.*

### **3 kategorija. Pandemijos poveikis ir valdymas**

Trečioji kategorija, susijusi su Covid-19 pandemijos iššūkiais, yra apie pandemijos poveikį ir valdymą. Tyrimo dalyviai pasakojo apie tai, kaip pandemija gali paveikti žmonių psichikos būseną bei komentavo kai kuriuos pandemijos valdymo aspektus.

*Pandemija didina emocinius ir psichikos sunkumus.*

Tyrimo dalyviai (n = 13) interviu metu kalbėjo apie tai, jog pastebi, kad pandemijos situacija, karantino ribojimai prisideda prie emocinių ir psichikos sunkumų didėjimo ir tai gali būti susiję ir su savižudybės grėsmės išaugimu. Tyrimo dalyviai taip pat pastebėjo bendrai jaučiamą tvyrančią įtampą, baimę, išgąstį, nerimą pacientų tarpe. Ši baimė gali padidinti psichikos sunkumus.

*Bet kadangi aišku ir Covidas tas, ir pandeminė ta situacija žmonėms įtampą kelia, ir ta savižudybės grėsmė yra nu dar jinai aktualesnė ir aštresnė ir mes turim dabar šiais metais dvidešimtais kaip ir protrūkį tokį savižudybių.*

*Galbūt žmonės įsivaizduoja kitaip. Dabar buvo tokia, praeitą savaitę susidūriau su tokiu įdomiu dalyku, žmonės labai išgąsdinti. Išgąsdinti karantino ir kad medikai labai serga.*

*Netgi kaip atrodo, tokiose keistose situacijose, kaime žmogus gyvena, vienkiemy, net bijo net į kiemą išeit, kad neužsikrėsčiau. Yra tokia baimė. Tyrėjas: Mm, tai čia tokia ryški problema šiuo metu. Dalyvis: Šiuo metu taip, iš tikrųjų tai vyrauja. Tai sukelia depresijas, galbūt tai ne ne savižudybių yra lygis, bet netgi ir iki tokio, kad kaip ir kitos ligos paūmėja ir ir tokių minčių atsiranda.*

Prie emocinių sunkumų prisidėti ir gali pasikeitusi santykių situacija - mažai bendravimo už šeimos ribų ir daug galimos "trinties" tarp šeimos narių, gyvenančių kartu. Arba, priešingai, problemų gali sukelti vienatvė, kai žmogus gyvena vienas ir izoliuojasi nuo bendravimo su kitais.

*Galvoju, kad dabar, nu, paprasčiausiai kažkas ten bręsta. Tiek, kiek iš savo praktikos, nu, neišvengiamai tiek psichinei, tiek fizinei sveikatai, va, žmonės užsidarę sėdi ir pas mus, pavyzdžiui, [MIESTAS], tai taip tuščia, vakare kaip Černobyly. Aš šunį vedžioju, žmonių nėra ir, o toje uždaroje erdvėje, aš manau, kad vyksta labai intensyvus psichosocialinis gyvenimas. Ir tikrai įvairių konfliktų, krizių tik daugėja. Nu, remiantis ir spauda. Žmonės vengia, atsiriboja, kaukių (...). Čia paprasčiausia vidaus suveikimo bomba.*

*Tai kalbant apie apskritai apie pacientus, kurie lankėsi, tai buvo daug tokių smurtinių atvejų šeimoj skyrybos, ee, vaikų santykių su tėvais tokie konfliktinės situacijos, tai, vat, buvo tokių plūstelėjęs kažkoks, va, toks lai- laikotarpis.*

*Ir tikrai užsidaro namuose, o tas užsidarymas jįsai jįsai nežinia prie ko gali privesti, kokius pradėti balšu- balsus girdėti žmogus toj vienatvėj, mes taip nesutverti, esam socialinės būtybės.*

Buvo kalbama ir apie pandemijos rimtumo neigimą, kuris gali sietis su išgyvenamu pykčiu dėl ribojimu, bejėgiškumu.

*Žiema artėja, ne- ne- ne šiluma, o šaltis artėja, tai žmonės, tai žmonių nusiteikimas yra yra tikrai prastas ir kaip labai didelis neigimas koronos.*

Kai kurie dalyviai svarstė apie tai, kad informacija apie pandemiją, gali didinti nerimą.

*Nu, gal gal ir didesnės spragos tos, gal žmonėm daugiau nerimo, daugiau tos, vat, ta informacija kiekvieną dieną, gal žmones veikia.*

Kiti kalbėjo apie tai, kad pandemija aštrina sunkumus tiems žmonėms, kurie jau iš seniau turėjo sunkumų.

*O, žinot, nu, lankosi pas mane visi turintys psichikos sutrikimų, tai ir depresijos, ir ir lengvesni, ir nerimo sutrikimai, ir visokiausi, diagnozės yra, <...> tai jiems ir taip daug, nu, jie daug tokie baimingesni <...> dėl to nerimo tiek daug, o čia ta ta liga dar įnešė tokį didelį, vat, pasėjo tokį didesnį dar nerimą, tai jie ir bijo ateiti, ir bijo užsikrėsti, ir ir dažnai ir vyresnio amžiaus žmonės.*

*Tai vos tas tos tokio tokie ir stresai tokie ir veikia truputį žmones, kurie silpnesnių nervų, silpnesnės sveikatos, sunkiau ir atlaikyt viskas būna, dau- taip audringiau reaguoja, gal tada ir mintys tos kitokios būna, blogesnės.*

Pandemijos situacija taip pat kelia baimę, kad žmonėms, kuriems reikia paslaugų, jos nebebus prieinamos.

*Tai tai sakyčiau, aplamai pacientams, turintiems, ar ne, psichikos sveikatos sunkumų, iššūkių toje srityje n- a- gana didelis sunkmetis, nes aš pati dirbu ir dienos stacionare, <...> psichikos sveikatos centro, tai jie tikrai labai stresuoja ir tą tikrai yra ir su su suicidiniaisi ketinimais žmonių, kad tik <...> neužsidarytų centras, nes jame labai svarbu komunikacija.*

Specialistai užsiminė ir apie vaikų bei paauglių savijautą pandemijos metu, vertindami nuotolinį mokymąsi kaip apsunkinimą, apribojimą nuo socialinių ryšių, galėjimą save patirti kitokiose situacijose nei šeimyninėse.

*Ta situacija uždaro į namus, uždaro vaikus į namus, negali- nu negalim nebegalim mes pamatyti tų dalykų, nes yra apriboti kontaktai, yra ribojamas kont- ribotai kontaktus riboti,*

*akcentuojama, tai suprantama, dėl saugumo, kad nepreduoti, bet tuo pačiu vat nuotolinis mokymas, kad mes supervizijoj kalbėjom, kad padaro nematomus ir tuos vaikus, kurie kenčia, kurie galbūt į mokyklą išeidavo tam, kad įkvėpti šviežiaus oro ir kitokio oro, nes namie gali būti, kad aa ten situacija tokia, konfliktai tarp tėvų, o mes oo pedagogai to nežino..*

**Pandemijai pasibaigus gali blogėti žmonių psichikos būklė.**

Kai kurie tyrimo dalyviai (n = 5) minėjo susirūpinimą, kad žmonių psichikos būklė gali blogėti pandemijai ar karantinui pasibaigus, todėl, kad pradžioje lyg įvykęs mobilizavimasis, galiausiai gali lemti susikaupusias, įsisenėjusias problemas bei padidinti savižudybės krizių dažnumą.

*Nėra daug pacientų lyg tai, šiuo metu tikrai sumažėję. Nėra daug pacientų stacionaruose, nėra pacientų daug pas mus atvykstančių, bet, sakau, labai abejoju, kad tai neatsisuks prieš mus vėliau.*

*Po to, kai visi atsipalaiduos ir jau sakys – nu, va, mes jau išgijome, sakykim, jau čia, jau tas koronavirusas kaip ir baigėsi ir dabar turėtų pabirti tada lyg tai turėtų tas visas tas, kas yra susikaupę, tas ir turėtų lyg tai pabirti – tas nerimas visas, kuris dabar yra, nerimavimas, pergyvenimai tie dėl koronaviruso.*

**Pandemijos valdymas Lietuvoje galėtų būti sklandesnis.**

Dalis tyrimo dalyvių svarstė (n = 6), kad pandemijos valdymas Lietuvoje galėtų būti sklandesnis, komunikacija su visuomene galėtų būti mažiau bauginanti, koncentruotųsi į faktus.

*Ir ir iš tiesų aišku, geriau negu nieko nedaryti, bet ta pandeminė situacija ir tas vienpusis tikrai žmonių bauginimas ir ir aišku, reikia saugotis, bet kažkaip tai nu veikia labai psichologiškai sunkiai kai kuriuos. Kiti sako nebijo, gal jie nesiklauso, bet yra žmonės, kurie labai įbauginti.*

Būtų galima labiau atsižvelgti į atvejus, kai nuotoliniu būdu teikti pagalbos ar paslaugų nejmanoma.

*Kartais mes irgi apeinam tuos tą sistemą ir ir dirbam tai kaip kaip reikėtų, nors gal taip ir nebūtų galima šiuo metu. Tai vat. Tyrėjas: Tai yra tiesioginis draudimas, netgi esant kai klientas yra krizėje tokioje, vis tiek negalima dirbti, ar ne?<...>Dalyvis: Jo, jo, jo, tai pas mus yra iš iš karto mero mero potvarkis išleistas.”).*

Specialistai taip pat išsakė, kad būtų galima organizuoti daugiau tarpinstitucinio bendradarbiavimo įvairiuose lygmenyse.

*Nu tarkim, nu pavyzdys, 1808 numeris, ar ne, ir jeigu reikia prisiskambint į jį iš kokio septinto ar aštunto karto, ar dešimto, tai nu nemanau, kad čia yra tvarka, tai yra blogai. Jeigu tai būtų savižudis ir jis neprisiskambintų šitaip į tas linijas, yra užimta, arba tegu tada įtraukia daugiau*

*tarnybų. Nu pavyzdžiui mes siū- siūlom, mes galim padėt, ane, mūsų daug darbuotojų dirba nuotoliniu ir mes galim padėt atsiliept kažką, nu bet tiesiog neįtraukia, nėra valstybiniu mastu nu kažkokios bendros tvarkos kada ką daryt konkrečiai per pandemijas.*

## **Apibendrinimas ir išvados**

Darbas su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais kelia daug emocinių išgyvenimų psichikos sveikatos specialistams. Atlikto tyrimo duomenimis, specialistams būdingas padidintas noras padėti pacientui, pareikalaujantis daugiau specialisto pastangų teikiant pagalbą. Tyrimo dalyviai taip pat išsakė jaučiantys nerimą, įtampą, stresą, bejėgiškumą, liūdesį, jaučiasi esantys atsakingi už pacientą, jiems kyla baimės ir pykčio jausmai. Po paciento savižudybės psichikos sveikatos specialistai išgyvena emocinį sunkumą ir gailestį, kaltę ir savikritiką, baimę. Kai kurie tyrimo dalyviai dalinosi susitaikę su tokia patirtimi. Tyrime dalyvavę psichikos sveikatos specialistai kylančius emocinius sunkumus, dirbant su padidėjusios suicidinės rizikos pacientais, įveikia skirtingais būdais. Didžioji tyrimo dalyvių dalis reflektuoja savo patirtis ir tą daro arba su kolegomis, arba mintyse. Taip pat specialistai supranta savo atsakomybės ribas, pasirūpina savimi, kartais atsitraukia nuo savo patirčių.

Specialistai vertina savižudybių prevencijos sistemą tiek valstybiniu, tiek savivaldybės lygmeniu kaip pagalbą specialistui, palaikymą bei užnugarį ir dažnai išsako būtent šios pagalbos trūkumą. Daugiausiai vertindami sistemos organizavimą specialistai yra linkę kalbėti apie tarpinstitucinį bendradarbiavimą, suteikiantį galimybę teikti pagalbą savižudybės krizėje esantiems žmonėms, bei paslaugų prieinamumą, kuris mažuose rajonuose yra apsunkintas dėl mažo gyventojų skaičiaus. Taip pat, specialistams svarbios jų darbo sąlygos, kurios dažniau yra kritikuojamos nei vertinamos teigiamai. Dažniausia specialistai mini trūkstant tarpinstitucinio bendradarbiavimo bei paslaugų prieinamumo rajonuose.

Specialistai dirbdami su į savižudybės krizę patekusiais žmonėmis taiko specializuotas paslaugas, skiria nemažai dėmesio žmonių įtraukimui į gydymą ir pagalbos koordinavimui, stengiasi įtraukti artimuosius, dirbti komandiškai bei taiko įvairaus pobūdžio prevencines priemones. Taigi, darbo šių specialistų veiklų spektras yra tikrai platus. Įdomu tai, jog, panašu, specialistų pozicija dirbant su suicidinėmis krizėmis turi būti kiek aktyvesnė. Tai rodo, specifinė potėmė išryškėjusi tyrimo dalyviams kalbant apie konsultacijų / terapinių sesijų specifiką bei specialisto aktyvumo reikalaujančios veiklos susijusios su įtraukimu į gydymą, pagalbos koordinavimu, artimųjų įtraukimu ir prevencinėmis veiklomis. Ilgalaikėje

perspektyvoje nuolat proaktyvumo reikalaujantis darbas gali sekinti. Remiantis šio tyrimo duomenimis, darbas stiprioje komandoje ir aiški sistema valstybiniu bei savivaldybės lygmeniu gali palengvinti specialistų darbą.

Remiantis subjektyviu specialistų vertinimu atsiskleidė ir svarbūs aspektai, susiję su savižudybių prevencijos sistemos dalyviais – savižudybės krizę patiriančiais asmenimis. Tyrimo dalyviai minėjo įvairias problemas, kurias siejo su rajono gyventojų padidėjusia savižudybės rizika: psichikos sveikatos ir emocinius sunkumus, tarpasmeninių santykių problemas, užimtumo stoką, finansinius sunkumus ir kt. Žalingas alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, priklausomybės buvo minima kaip viena svarbiausių savižudybių priežasčių rajonuose. Vienas ryškiausių iššūkių, susijusių su pagalbos suteikimu savižudybių krizę patiriantiems asmenims – motyvacijos pagalbai stoka. Pasak specialistų, padidėjusios savižudybės rizikos gyventojai nėra pakankamai motyvuoti dėl savo sunkumų kreiptis pagalbos ar ją priimti, todėl arba neišnaudoja esamų sistemos resursų, arba apskritai lieka už pagalbos sistemos ribų. Specialistai taip pat dalinasi, kad dalį savižudybės krizėje esančių gyventojų yra gana sudėtinga apsaugoti nuo savižudybės – kenčiančius nuo ilgalaikių psichikos ir elgesio sutrikimų, ilgą laiką savižudybės krizę patiriančius, globos įstaigų gyventojus. Šiame tyrime išryškėjo ir specialistų ar kitų savivaldybės gyventojų nuostatos, atspindinčios tam tikrus visuomenė paplitusius mitus apie savižudybes, kliudančios tinkamai įvertinti asmens savižudybės riziką ir suteikti pagalbą. Apibendrinant su savižudybių prevencijos sistemos dalyviais susijusių duomenų dalį, atrodo svarbu mažinti rajonų gyventojų psichosocialinius sunkumus, didinti motyvaciją pagalbai atsižvelgiant į jos vengimo priežastis, ieškoti būdų labiau įgalinti specialistus dirbant su ilgalaikių sunkumų turinčiais žmonėmis, plėtoti švietimo kampanijas siekiant keisti klaidingus įsitikinimus savižudybių prevencijos tema.

Covid-19 pandemijos metu sistema, įstaigos ir specialistai gebėjo gana lanksčiai prisitaikyti prie naujų darbo sąlygų ir atrado pozityvių aspektų dirbant nuotoliniu būdu, tačiau taip pat kilo ir sunkumų dėl nuotolinio darbo, mažesnio pagalbos pasiekiamumo bei retesnio pagalbos kreipimosi, kai, tikėtina, kad gyventojų psichologinė būklė prastėja. Todėl labai svarbu užtikrinti kokybiškas priemones nuotoliniam darbui, daryti išlygas esant sudėtingai psichologinei būklei, savižudybės krizei ir tuo metu teikti pagalbą kontaktiniu būdu, didinti visuomenės informavimą apie pagalbos galimybes ir pandemijos keliamą riziką psichikos sveikatai.

## 4. Atskirų regionų apžvalga

Šioje dalyje trumpai apžvelgiamas kiekvienas regionas atskirai, apibendrinant pagrindinius, svarbiausius tam regionui radinius ir pateikiant atskiras, papildomas individualias rekomendacijas. Šiame skyriuje aprašomi taip pat tik konkrečiame regione savižudybių prevencijos veiklą reglamentuojantys dokumentai (pvz. savižudybių prevencijos rajone algoritmas) ar jų trūkumas. Bendrai visoje Lietuvoje savižudybių prevencijos veiklą reglamentuojantys dokumentai aprašomi įvade.

Detalūs duomenys, kurie panaudoti šiame skyriuje, pateikiami 1-3 skyriuose, o metodika, kaip jie buvo surinkti, prie atitinkamo tyrimo metodikos aprašymo. Papildomos rekomendacijos regionui čia pateiktos kaip papildančios bendras viso tyrimo rekomendacijas, pristatomas "Išvadų ir rekomendacijų" skyriuje

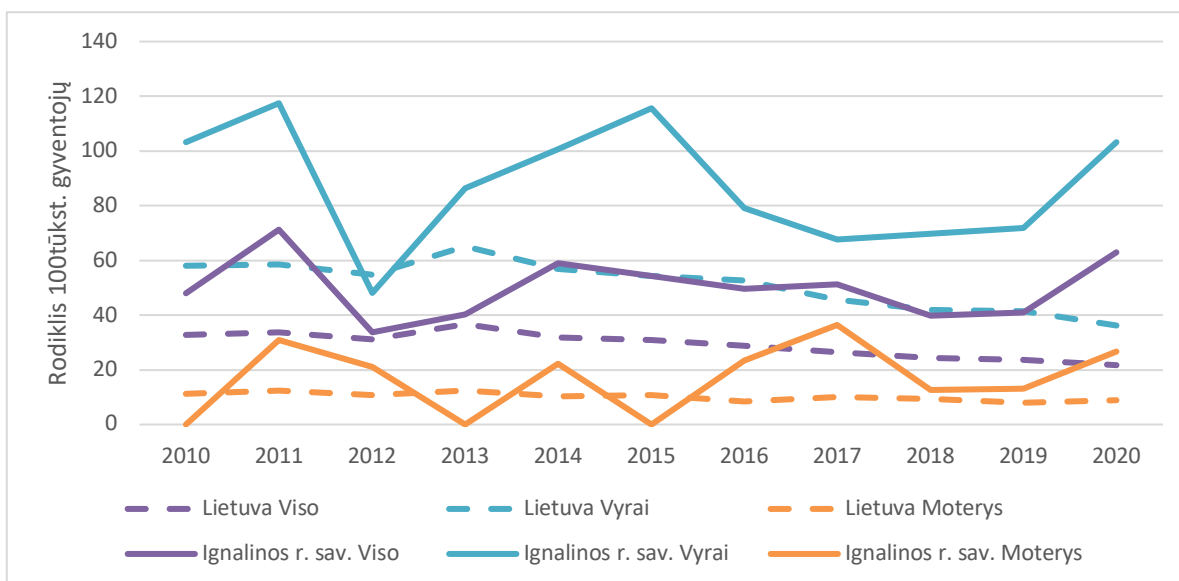
### Ignalinos rajonas

#### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

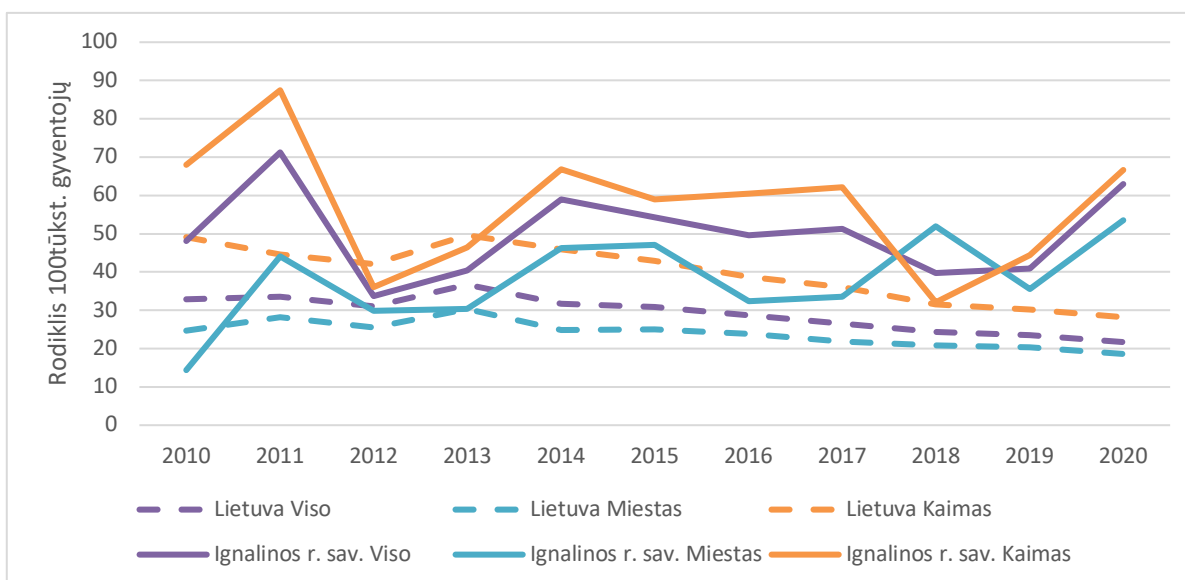
Ignalinos rajono savivaldybėje nebuvo priimta savižudybių prevenciją rajone reglamentuojančių dokumentų.

#### **Savižudybių regione rodikliai**

Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.1 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.2 pav.) Ignalinos regione rodo, kad 2020m. stebimas aiškus savižudybių padidėjimas, nors prieš tai 3 metus rodiklis buvo gan stabilus. Padidėjimas stebimas tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų, tačiau ypač išsiskiria kaimo gyventojų savižudybių padidėjimas, kuris stebimas jau ir 2019m. Taip pat pastebimas mažesnis skirtumas tarp kaimo ir miesto gyventojų rodiklių nei kituose regionuose. Ignalinos savivaldybėje taip pat santykinai daugiau vyresnio amžiaus žmonių savižudybių (35% sudaro vyresnių nei 65m. asmenų savižudybės)



4.1 pav. Savižudybių rodiklio kaita Ignalinos rajone pagal nusižudžiusio asmens lytį.



4.2 pav. Savižudybių rodiklio kaita Ignalinos rajone pagal asmens gyvenamąją vietą.

### Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę

Pagal oficialius duomenis, Ignalinos rajone 2019-2020 stebimas didžiausias psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas PSC lyginant su kitais regionais: kadangi rajone yra du psichikos sveikatos centrai, bendrai Ignalinoje vienam gydytojo psichiatro ir psichologo etatui tenka mažiausias prisirašiusių pacientų skaičius. Šiame regione fiksuotas ir didžiausias psichiatro konsultacijų skaičius skaičiuojant vienam prie PSC prisiregistravusiam asmeniui; jis beveik dvigubai didesnis už Lietuvos vidurkį. Tačiau tiek psichologo konsultacijų skaičius vienam prisiregistravusiam asmeniui per metus, tiek vidutinis konsultacijų skaičius vienam

konsultuotam asmeniui (nesiekia 2) mažesnis nei vidutinis Lietuvoje. Tai rodo, kad psichologo konsultacijos orientuotos į vienkartinį kontaktą, o ne tęstinę pagalbą. Paminėtina, kad atliekant kokybinę tyrimo dalį kilo sunkumų į tyrimą įtraukti abiejų PSC darbuotojus, galiausiai abiejų centrų darbuotojai atsisakė dalyvauti tyrime. Taip pat pažymėtina, kad buvo sunku prisiskambinti į vieną iš PSC jų darbo metu, kalbant su kito PSC darbuotojais iki galo nebuvo aiškus nemokamų paslaugų prieinamumas PSC. Šie sunkumai įtraukti į tyrimą specialistus gali atspindėti PSC paslaugų pasiekiamumo problematiką.

Kiti rodikliai rodo, kad bendras didesnis psichiatrinės pagalbos pasiekiamumas ne iki galo pasiekia savižudybės krizėje esančius asmenis. 2016-2020 m. šiame rajone mažėja nusižudžiusių asmenų dalis, per metus iki mirties turėjusių kontaktą su sveikatos priežiūros sistema, ir tarp vyrų, bet ypač tarp moterų 2019-2020 ji mažesnė už Lietuvos vidurkį. Be to, nors panaši 2019-2020m. nusižudžiusiųjų dalis Ignalinos rajone turėjo šeimos gydytojo konsultaciją kaip ir kitur Lietuvoje, tačiau rečiau nei vidutiniškai per paskutinius metus turėjo psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Besikreipiantiems pagalbos 2016-2020m. vis rečiau fiksuojamos su savižudybe susijusios diagnozės, nors paskutiniaisiais metais jų dažnumas ir panašus kaip ir visoje Lietuvoje. Tiesa, tarp asmenų, kuriems gydymo epizodo metu fiksuota su savižudybe susijusi diagnozė, šiek tiek dažniau nei vidutiniškai fiksuojama psichikos sveikatos specialisto konsultacija. Taip pat net 18% tų, kurie gauna psichikos sveikatos specialisto konsultaciją, gauna ir psichologo konsultaciją, šis rodiklis ženkliai didesnis nei kituose rajonuose, kur nefiksuojama nei viena psichologo konsultacija. Galiausiai, net 60% visų gydymo epizodų susijusių su savižudybės krize, fiksuotų Ignalinos rajono gyventojams, pagalba buvo suteikta būtent rajono įstaigose (PSC ir rajono ligoninėje), šis rodiklis ženkliai didesnis nei kituose tirtuose rajonuose. Problematiška tai, kad dvejuose Ignalinos rajone esančiuose PSC su savižudybe susijusių diagnozių fiksavimo dažnis ir pagalbos suteikimas skiriasi 8 kartus, kai prisirašiusiųjų skaičius skiriasi tik 1%. Tad tikėtini paslaugų teikimo netolygumai pačio rajono viduje.

Kokybinės tyrimo dalies rezultatuose atsiskleidė, kad savivaldybėje trūksta darbuotojo, kurio tiesioginės pareigybės būtų susijusios su savižudybų prevencijos koordinavimu. Kartais specifinių sunkumų kyla dėl informacijos dalinimosi tarp specialistų ir institucijų ribotumų, nes tai gali apriboti žmonių, kuriems reikia tam tikros pagalbos, identifikavimą. Kiti sunkumai susiję su tuo, kad savivaldybėje nėra oficialaus savižudybų prevencijos algoritmo, kuris



padėtų aiškiai struktūruoti, kokia pagalba po, pavyzdžiui, bandymo nusižudyti, turi būti suteikta asmeniui ir kokios įstaigos turi būti įtrauktos į tą pagalbą.

Ignalinos rajone tyrimo dalyviai pasakojo, kad prie savižudybių prevencijos, ne visada tiesiogiai, prisideda nevyriausybinės organizacijos, padedančios gyventojams įveikti įvairias socialines ir psichologines problemas. Vis dėlto, organizacijų veiklos dažnai apima konkrečias gyventojų grupes, tad tam tikri asmenys į jas gali tiesiog nepakliūti, taip pat, trūksta darbuotojų ir darbo vietų, kad pagalbą užtektų. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas, anot tyrimo dalyvių, vyksta gana glaudžiai ir sėkmingai, bet dažnai mažiau oficialiu formatu ir daugiau per asmeninį santykį tarp skirtingų institucijų darbuotojų. Kalbėdami apie pagalbą mokyklose, buvo pastebėta, kad į rajono mokyklas dirbti neretai atvyksta psichologai iš kitų miestų ir tai galimai padrąsina mokinius kreiptis pagalbos, nes specialistas mažiau žinomas, galima jaustis saugiau dėl konfidencialumo.

Ignalinos rajone tyrimo dalyviai stebi psichologų ir psichologinės pagalbos trūkumą (Ignalinoje ne visada įmanoma gauti psichologo konsultaciją tą pačią dieną krizės atveju); informacijos ir jos sklaidos apie psichologinę ir kitą susijusią pagalbą trūkumą specifinėms grupėms, kaip pvz. senyvo amžiaus žmonėms; mokymų trūkumą įvairiems specialistams, kaip atpažinti ir įvertinti savižudybės riziką; švietimo apie psichikos sveikatą ir savižudybių problematiką mokyklose mokiniams ir mokyklų darbuotojams. Specifiniai mokymai svarbūs ir psichikos sveikatos specialistams, tad jų organizavimas arba apmokėjimas būtų svarbus specialistų poreikis.

### **Papildomos rekomendacijos regionui**

Remiantis atlikto tyrimo rezultatais, siūlomos šios rekomendacijos:

- Sukurti ir patvirtinti reagavimo į savižudybių riziką algoritmą, kuriame būtų numatoma, kokios institucijos dalyvauja savižudybių prevencijoje, intervencijoje ir postvencijoje, kaip jos bendradarbiauja tarpusavyje, kokie duomenys ir kaip yra perduodami tarp institucijų ir kiti klausimai. Svarbu paminėti, kad algoritmas turėtų būti kuriamas atsižvelgiant į regiono turimus pagalbos šaltinių, specialistų, įstaigų resursus, o jį patvirtinus, kad būtų sekamas jo vykdymo sėkmingumas, daromos korekcijos, o dalyvaujančios įstaigos ir specialistai būtų supažindinami su algoritmu.

- Įdarbinti ar dalinai priskirti savižudybių prevencijos klausimus koordinuojančio asmens pareigybes. Tai leistų paspartinti algoritmo kūrimą ir užtikrinti kokybišką jo vykdymo priežiūrą.
- Užtikrinti psichologinių paslaugų prieinamumą visiems rajono gyventojams, mažinti paslaugų teikimo netolygumus tarp skirtingų PSC, užtikrinti PSC esančių psichologinių paslaugų prieinamumą savižudybės krizėje esantiems asmenims ir sklandų patekimą pas specialistą. Taip pat į psichologinės pagalbos teikimą galima įtraukti nevyriausybinės organizacijas, Visuomenės sveikatos biurą, taip užtikrinant pagalbą skirtingoms visuomenės grupėms.
- Didinti psichikos sveikatos paslaugų pasiekiamumą ir patrauklumą kaimiškų vietovių gyventojams
- Skirti dėmesio psichosocialinių Covid-19 pandemijos pasekmių mažinimo programoms labiausiai nuo pandemijos nukentėjusioms grupėms
- Organizuoti mokymus apie savižudybės riziką vartininkams, mokyklų bendruomenėms. Taip pat svarbu didinti šeimos gydytojų kompetencijas atpažinti galimą savižudybės riziką, ypač tarp vyresnio amžiaus žmonių, ir sudaryti sąlygas tokius asmenis nukreipti psichikos sveikatos specialisto konsultacijai.
- Diegti ir vykdyti psichologinio ir emocinio švietimo programas mokiniams mokyklose.
- Viešinti, skleisti informaciją apie pagalbos galimybes įvairiomis priemonėmis, kad informacija pasiektų kuo įvairesnes gyventojų grupes.

## **Joniškio rajonas**

### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

Joniškio rajono savivaldybėje 2019 metais priimtas dokumentas pavadinimu “Sprendimas dėl savižudybių prevencijos priemonių Joniškio rajone” (2019 m. kovo 28 d. Nr. T-55). Šiame dokumente aprašyta Joniškio rajono savižudybių paplitimo situacija, programos, skirtos sumažinti savižudybių skaičių Joniškio rajone 2019–2022 metams, planas. Plane numatoma, kad įgyvendinus Joniškio rajono savižudybių prevencijos 2019–2022 metų programą bus sukurta nuosekli, aiški, tęstinė sistema, skirta savižudybių ir savižudiško elgesio prevencijai; bus sukurta nuosekli, aiški, tęstinė sistema, skirta nusižudžiusių asmenų šeimos nariams; kasmet bus keliami pagalbos teikėjų kvalifikacija. Su savižudybių prevencija Joniškio

rajone yra susijusios šios įstaigos: viešoji įstaiga Joniškio psichikos sveikatos centras; Joniškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras; viešoji įstaiga Joniškio rajono savivaldybės greitosios medicinos pagalbos stotis; viešoji įstaiga Joniškio pirminės sveikatos priežiūros centras; viešoji įstaiga Joniškio ligoninė.

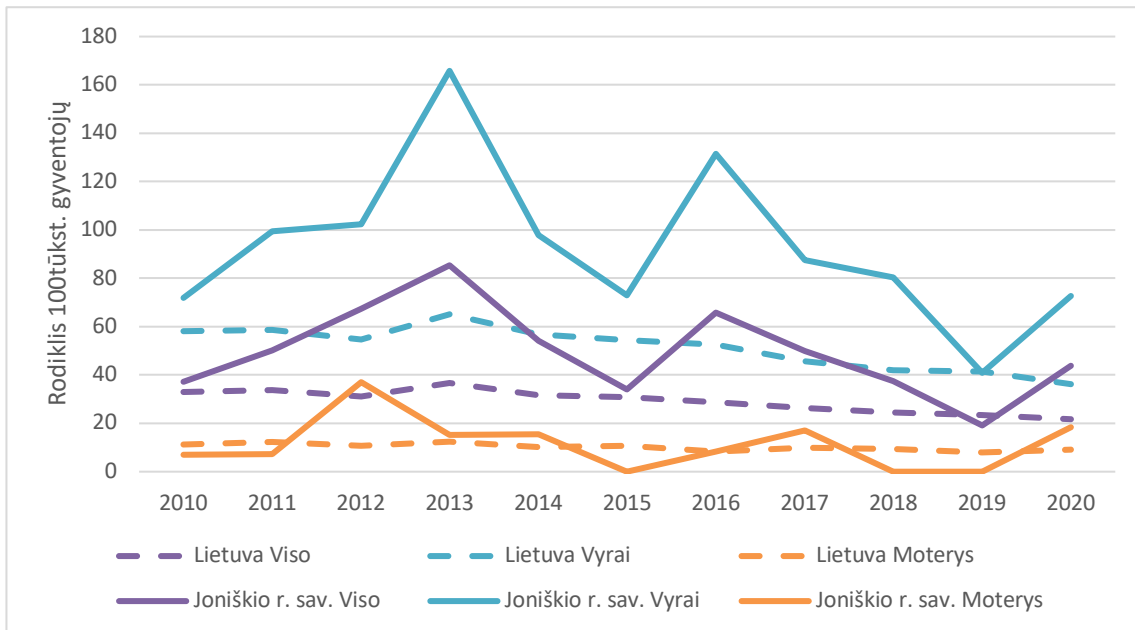
Dokumente taip pat yra pateikti algoritmai, kaip teikiama pagalba savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims Joniškio rajone išskiriant suaugusiuosius ir vaikus. Algoritme išskirtos trys grupės asmenų (ketinantys nusižudyti, mėginę nusižudyti, įvykusios savižudybės paliesti asmenys) ir detaliai nurodyta, kokia pagalba ir koku būdu jiems turi būti teikiama. Šis algoritmas yra nuolat tobulinamas, peržiūrimas, aptariamasis pagal įvykusius atvejus.

### **Savižudybių regione rodikliai**

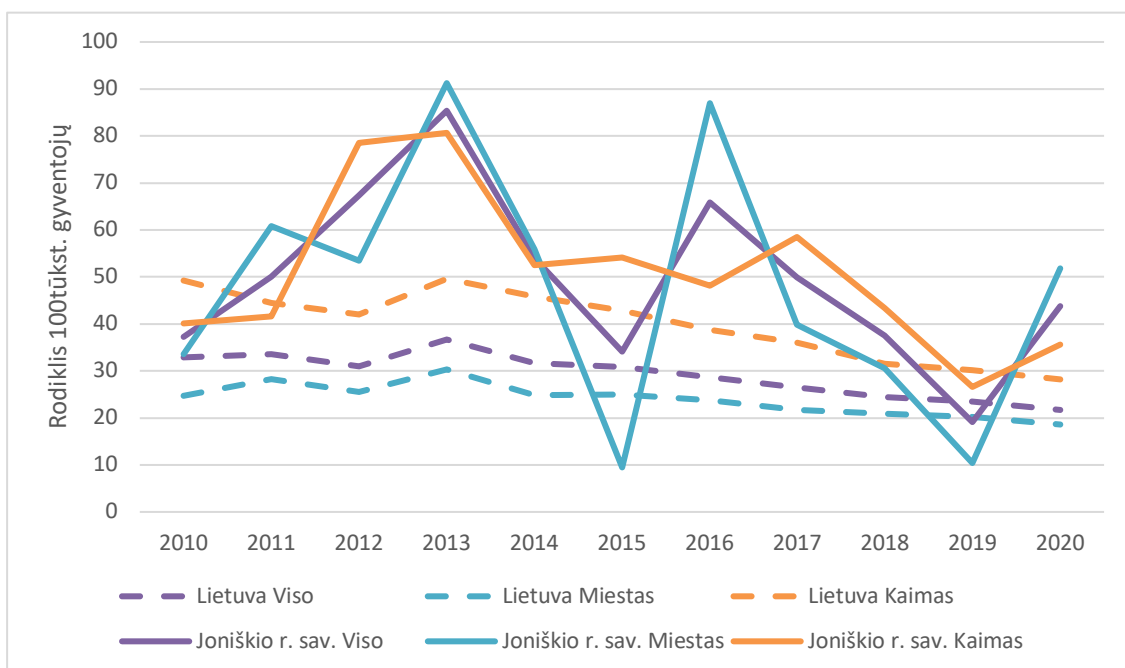
Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.3 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.4 pav.) Joniškio regione rodo, kad paskutiniu metu buvo stebimas savižudybių dažnio mažėjimas, tačiau rodiklis vėl padidėjo per pandemiją. Ypač stebimas miesto gyventojų savižudybių dažnio padidėjimas, tačiau jis būdingas tiek vyrams, tiek moterims. Savižudybių dažnis pagal amžių ir regioną (miestas/kaimas) panašus į Lietuvos vidurkį. Tačiau fiksuojama didesnis atotrūkis tarp vyrų ir moterų savižudybių nei kitur Lietuvoje, t.y. kad vyrų savižudybių problema itin ryški. Joniškio rajone fiksuojama santykinai mažiau pasikorimų nei Lietuvos vidurkis, kas yra vienas iš rodiklių rodančių tikslesnį savižudybių rodiklį. Tačiau išsiskiriančių tendencijų dėl kitų savižudybės metodų nestebima.

### **Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę**

Paslaugų prieinamumas PSC Joniškio rajone šiek tiek mažesnis už Lietuvos vidurkį, psichiatro ir psichologo etatų skaičius 10 tūkst. prisirašiusių asmenų šiek tiek mažesnis nei tenkantis vidutiniškai Lietuvoje, tačiau psichiatro paslaugų suteikiama daugiau nei vidutiniškai Lietuvoje. Vistik psichologo konsultacijų suteikiama mažai (vidutiniškai 0,02 per metus vienam prisirašiusiam asmeniui), kaip ir kituose regionuose. Psichologo konsultacijų skaičius per metus suteiktas vienam konsultuotam asmeniui beveik lygus vienetui, t.y. beveik nefiksuojami tęstinio konsultavimo atvejai.



4.3 pav. Savižudybių rodiklio kaita Joniškio rajone pagal nusižudžiusio asmens lytį.



4.4 pav. Savižudybių rodiklio kaita Joniškio rajone pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

Vis tik tarp 2019-2020 nusižudžiusių asmenų itin maža dalis gavusių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją metai iki mirties, nei vienas negavo tokios konsultacijos mėnuo iki mirties. Taip pat šiame rajone mažesnę nei vidutiniškai dalis vyrų, metai iki mirties gavusių sveikatos priežiūros paslaugas, tai rodo, kad jie nėra pastebimi sveikatos priežiūros sistemoje ir nenukreipiami reikiamai pagalbai. Su savižudybe susijusių diagnozių fiksavimas paskutiniiais

metais rajone šiek tiek auga, dažniau nei vidutiniškai Lietuvoje paskutiniaisiais metais pastebimi asmenys, turintys minčių apie savižudybę. Taip pat didėja asmenų dalis, gavusių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją kai fiksuojama su savižudybe susijusi diagnozė. Tačiau tik mažiau nei 20% ambulatoriškai gaunančių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją esant su savižudybe susijusiems sunkumams, gauna ją savo rajone (PSC), likusieji pagalbą gauna ne savo rajono ligoninėje. Tad PSC vis dar vaidina nedidelį vaidmenį paslaugų suteikime esant savižudybės krizei.

Remiantis kokybinės tyrimo dalies rezultatais, Joniškio rajone šiuo metu aktyviai dirbama ties algoritmo, kaip reaguoti į savižudybės krizes, tobulinimu, organizuojama savižudybių prevencijos darbo grupė, kurioje analizuojame įvykę savižudybių krizių atvejai, svarstomi klausimai apie duomenų apsaugą ir perdavimo galimybes. Taip pat, rajone organizuojama daug įvairių savižudybių prevencijai skirtų mokymų specialistams, vartininkams. Duomenų rinkimo metu tyrimo dalyviai pasakojo apie tai, kad kurį laiką labai trūko savižudybių prevencijos veiklų rajone koordinatoriaus, tačiau būtent tuo metu jau buvo sukurta darbo vieta Visuomenės sveikatos biure ir ieškomas specialistas. Tyrimo dalyviai išsakė matantys didelį poreikį turėti specialistą, koordinuojantį savižudybių prevencijos veiklas.

Nevyriausybės organizacijos į savižudybių prevenciją įtrauktos nėra, tačiau tyrimo dalyviai dalinasi mintimis apie tai, kad jų įtraukimas galėtų būti svarbus, ypač teikiant pagalbą, šviečiant, įtraukiant įvairias skirtingas amžiaus grupes - jaunimą, vyresnius asmenis.

Tyrimo rezultatuose pasimatė, kad Joniškio rajone trūksta gerai pasirengusių teikti pagalbą savižudybės krizėje esantiems asmenims psichologų. Nors Joniškio rajone veikia labai aktyvus psichikos sveikatos centras, kuris teikia ir anoniminę pagalbą, vykdo atvejo vadybą savižudybės krizės atveju bei užtikrina konsultacijos tą pačią dieną gavimą esant poreikiui, didinti psichologų kiekį, užtikrinti tęstinę psichologinę pagalbą, būtų labai svarbu. Taip pat, PSC teikiamos paslaugos pasirodė kaip labai glaudžiai susijusios su pačių darbuotojų pasišventimu savo darbui kartais nepaisant neapmokamų viršvalandžių. Todėl būtų svarbu ne tik didinti psichologų kiekius, bet ir gerinti visų psichikos sveikatos priežiūros specialistų darbo sąlygas, didinti atlyginimus.

Tyrimo metu atsiskleidė, kad nors pagalba ketinantiems ir bandžiusiems nusižudyti asmenims aktyviai teikiama ir tobulinama, nusižudžiusiųjų artimiesiems pagalbos trūksta. Ypač, jeigu tai yra suaugę asmenys, nusižudžiusiojo draugai, o ne artimiausi šeimos nariai, kai

tuo tarpu vaikams suteikti pagalbą tokiais atvejais būna paprasčiau, nes jiems labiau padeda, informaciją apie situaciją perduoda su vaikų teisėmis susijusios organizacijos.

Tyrimo dalyviai dalinosi apie supervizijų, mokymų poreikį ir išsakė, kad nors jų rajone vyksta nemažai, niekada nebus gana, todėl kad kiekvienas atvejis gali būti labai individualus ir reikalingas refleksijos. Taip pat, kad jauniems gyventojams, susiduriantiems su motyvacijos, priklausomybių, delinkventiško elgesio problemomis, labai reikalingi dienos centrai, kuriuose būtų įvairių veiklų, skatinančių atrasti save, bendrauti ir gauti kompleksinę pagalbą. Svarbus ir švietimas kaimo bendruomenėms apie savižudybės riziką, kaip bendrauti su artimaisiais, galvojančiais apie savižudybę bei informacijos sklaida apie pagalbos galimybes.

Kartais specialistams sunkumų sudaro negalėjimas gauti asmens kontaktų ar informacijos apie ketinčius, bandžiusius nusižudyti asmenis, tarpinstitucinio bendravimo nesklaidumai, tai stabdo atvejo vadybą, trukdo kuo greičiau suteikti, koordinuoti tęstinę pagalbą savižudybės krizėje esantiems asmenims. Informaciją sunku gauti iš policijos, ligoninių, galimai, dėl duomenų apsaugos ir aiškios tvarkos trūkumo.

Specialistai taip pat kartais pastebi, kad oficialūs aprašai, kaip dirbti, būna nutolę nuo realių resursų, turimų rajone.

### **Papildomos rekomendacijos regionui**

Remiantis atlikto tyrimo rezultatais, rekomenduojame Joniškio rajone:

- Didinti psichikos sveikatos paslaugų resursus rajono viduje, ypač psichologinės pagalbos prieinamumą, ieškoti būdų užtikrinti tęstinės nemokamos psichologinės pagalbos prieinamumą savižudybės krizę išgyvenantiems asmenims;
- Į savižudybių prevenciją įtraukti nevyriausybinės organizacijas, teikiančias kompleksines, specifines paslaugas įvairių amžiaus grupių atstovams;
- Gerinti psichikos sveikatos priežiūros specialistų darbo sąlygas (didinant atlyginimus, mažinant vienam specialistui tenkantį pacientų skaičių, didinant specialistų kiekius);
- Šviesti visuomenę savižudybių prevencijos, psichologinės sveikatos klausimais organizuojant mokymus, renginius, skleidžiant informaciją;
- Specialistams ir vartininkams organizuoti mokymus savižudybių prevencijos klausimais, supervizijas; Gerinti vartininkų kompetencijas atpažinti ypač vyrų savižudybių rizikos ženklus ir motyvuoti bei nukreipti reikiamai pagalbai.

- Tobulinti reagavimo į savižudybės krizes algoritmą atsižvelgiant į asmens duomenų perdavimo aiškų reglamentavimą, pagalbos nusižudžiusių artimiesiems reglamentavimą ir vykdymą. Tobulinant algoritmą atsižvelgti, kad didelė dalis sveikatos priežiūros paslaugų esant su savižudybe susijusiems sunkumams yra teikiama už rajono ribų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, gerinti bendradarbiavimą su jomis.
- Skirti dėmesio psichosocialinių Covid-19 pandemijos pasekmių mažinimo programoms labiausiai nuo pandemijos nukentėjusioms grupėms

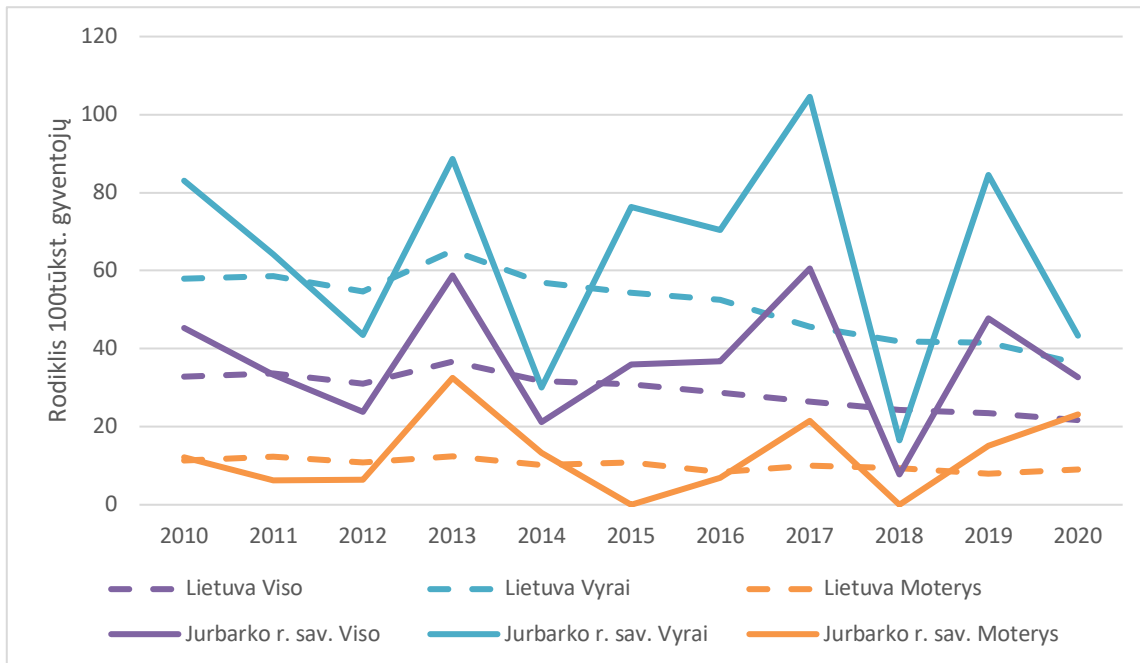
## **Jurbarko rajonas**

### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

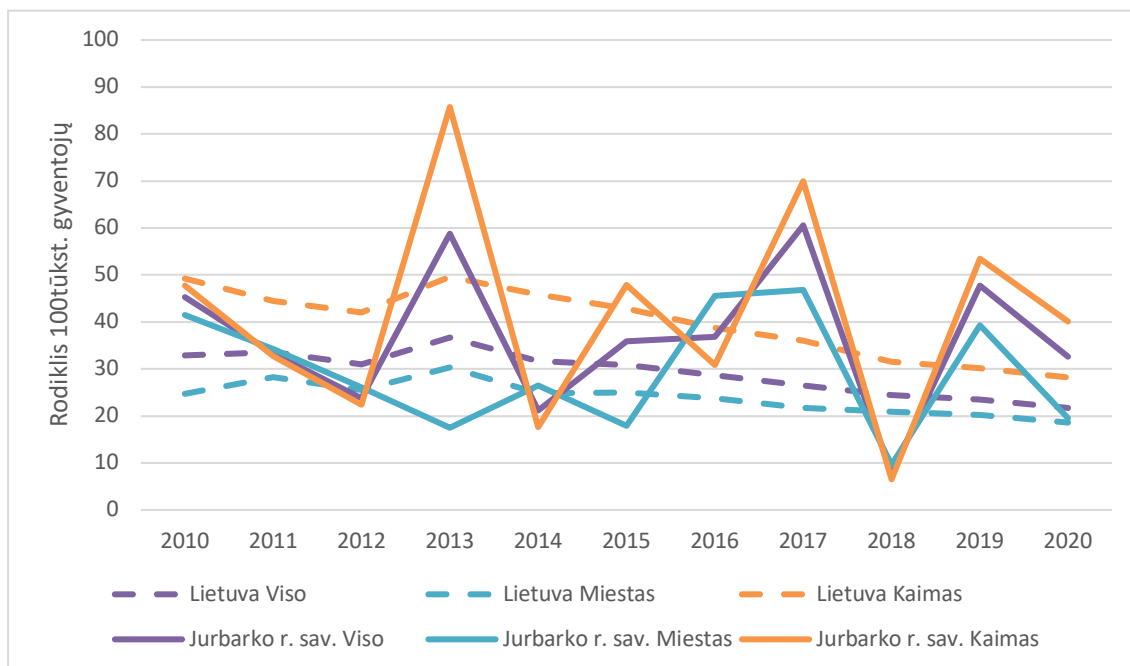
Jurbarko rajono savivaldybėje nebuvo priimta savižudybių prevenciją rajone reglamentuojančių dokumentų.

### **Savižudybių regione rodikliai**

Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.5 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.6 pav.) Jurbarko regione rodo, kad tik 2018m. buvo ryškus savižudybių dažnio sumažėjimas. Rodiklis yra stipriai svyruojantis, o bendra tendencija, stebima iš slenkančio trijų metų vidurkio grafiko (žr. objektyvių rodiklių dalyje) rodo, jog rodiklis išlieka didesnis už Lietuvos vidurkį ir nesimato tokio aiškaus savižudybių dažnio mažėjimo kaip visoje Lietuvoje. Taip pat paskutinius du metus fiksuojamas moterų savižudybių didėjimas. Bendrai vyrų/moterų ir miesto/kaimo gyventojų savižudybių santykis atitinka bendras Lietuvos tendencijas. Jurbarko raj. didesnę dalį nei bendrai Lietuvoje, apie trečdajį, sudaro vyresnio amžiaus žmonių savižudybės (amžius 65 ir daugiau), itin retos jaunimo iki 20 savižudybės. Tiesa, per paskutinius tris metus Jurbarko fiksuotos tik savižudybės pasikariant, nefiksuota jokių kitų savižudybės metodų. Tas kelia klausimų apie savižudybių statistikos patikimumą.



4.5 pav. Savižudybių rodiklio kaita Jurbarko rajone pagal nusižudžiusio asmens lytį.



4.6 pav. Savižudybių rodiklio kaita Jurbarko rajone pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

### Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę

Psichologo ir psichiatro paslaugų prieinamumas PSC pagal turimus specialistų etatus Jurbarko panašus į Lietuvos vidurkį, 2020 šiek tiek padidėjo psichiatro etato dalis, tenkanti 10tūkst prisirašiusių. Suteiktų psichiatro konsultacijų skaičius rajone yra panašus į Lietuvos vidurkį, o psichologo konsultacijų skaičius atsilieka nuo vidurkio, tiek imant rodiklį vienam



prisirašiusiam asmeniui, tiek analizuojant konsultacijų skaičių per metus suteiktą vienam konsultuotam asmeniui, tad psichologinių paslaugų trūksta. Tarp 2019-2020m nusižudžiusių asmenų irgi panaši dalis kaip ir visoje Lietuvoje yra gavusių pagalbą, tiek bendrai sveikatos priežiūros sistemoje, tiek iš psichikos sveikatos specialisto. Kas reikšminga, kad Jurbarko rajone ženkliai dažniau tokį kontaktą buvo turėjusios moterys, bet ne vyrai, t.y. vyrai, esantys savižudybės grėsmėje, ne taip dažnai pakliūva į sveikatos priežiūros sistemą. Taip pat mažiau nei vidutiniškai Lietuvoje nusižudę asmenys konsultavosi pas sveikatos priežiūros specialistus per mėnesį iki mirties. Tai rodo, kad svarbu gerinti savižudybės rizikoje esančių žmonių patekimą į sveikatos priežiūros sistemą.

Paskutiniaisiais metais šiame rajone dažnėja su savižudybe susijusių būklių fiksavimas, tai rodo, kad tokie pacientai tampa vis labiau pastebimi sveikatos priežiūros sistemoje. Tačiau šiame rajone ženkliai mažesnė dalis nei vidutiniškai Lietuvoje gauna psichikos sveikatos specialisto konsultaciją, kai fiksuojama su savižudybe susijusi diagnozė, be to, šiais atvejais nefiksuota psichologo konsultacijų ar psichoterapinių paslaugų. Jurbarko rajonas išsiskiria tuo, kad vieninteliame jame rajono ligoninėje daliai atvejų (apie 23% per 2019-2020m.), esant su savižudybe susijusiai diagnozei, užtikrinama psichikos sveikatos specialisto (visais atvejais - gydytojo psichiatro) konsultacija, kas yra svarbi pagalba. Tačiau ligoninei tenka didžiausias vaidmuo tokių pacientų gydymui; rajono PASPJ 2019-2020m. fiksuojami vos pavieniai atvejai, kurie gydymo epizodo metu negauna psichikos sveikatos specialisto konsultacijos.

Kokybiniai duomenys šiuos rezultatus papildo. Specialistai irgi išsako įspūdį, jog į sveikatos sistemą čia patenka tik itin sunkūs suicidiniai atvejai, dažniausiai po bandymo nusižudyti, neretai intoksikuoti. Apskritai, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas dažnai skambėjo kaip dažna su savižudybe susijusi problema ir pranašavo darbą su mažai motyvacijos turinčiais žmonėmis.

Nors asmenys, turintys minčių apie savižudybę, yra pastebimi sveikatos priežiūros sistemoje, pagalba būtent PSC jiems yra sunkiai prieinama, tad lengvesni atvejai negauna reikiamos pagalbos ir per laiką gali tapti ūmūs. Šią pagalbos spragą rodo ir tai, jog ligoninės priimamajame daug dažniau susiduriama su suicidine rizika nei psichikos sveikatos centre. Taigi, svarbu skatinti žmones turinčius minčių apie savižudybę, ypač vyrus, kreiptis pagalbos kuo anksčiau. Taip pat svarbu plėsti ir daryti prieinamesnes paslaugas PSC, užtikrinant pagalbą savižudybės krizėje esantiems žmonėms bei psichologinių paslaugų prieinamumą. Kaip vienas Jurbarko raj. savivaldybėje dirbančių specialistų pastebėjo, pagalbą daug lengviau suteikti vos

mintims kilus, o po bandymo nusižudyti pagalbos teikimas yra daug sudėtingesnis bei reikalaujantis daugiau resursų.

Taip pat specialistai dažnai minėjo pagalbos tęstinumo trūkumą į savižudybės krizę patekusiems žmonėms. Jurbarko raj. savivaldybėje išryškėjo keli su tęstinumu susiję aspektai. Pirmia, trūksta sklandaus bendradarbiavimo tarp institucijų perduodant informaciją apie į krizę patekusį žmogų iš vienos institucijos kitai. Antra, susidarė įspūdis, jog neretai su į krizę patekusiu žmogumi dirba tik vienas specialistas, kai kompleksinę pagalbą apsunkina bendradarbiavimo tarp specialistų ir institucijų trūkumas. Justi ir privataus bei viešojo sektoriaus susipriešinimas. Trečia, daugelis specialistų minėjo savivaldybėje itin trūkstant psichologinės ir psichoterapinės pagalbos į savižudybės krizę patekusiems žmonėms. Iš objektyvių duomenų galime matyti, jog psichiatrinė pagalba teikiama dažniau nei psichologinė kai turėtų būti atvirkščiai.

Kadangi Jurbarko raj. savivaldybės specialistams dažnai tenka dirbti su sunkiais savižudybės rizikos atvejais, nemotyvuotais pacientais bei dirbti savarankiškai mažoje bendruomenėje, kurioje nėra išvystytas tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir komandinis darbas, specialistai gali susidurti su padidintu emociniu krūviu kylančiu dėl pernelyg didelio atsakomybės jausmo, kuris iš esmės gali trikdyti kokybišką pagalbos teikimą bei didinti perdegimo sindromo pasireiškimą specialistų tarpe.

Jurbarko raj. savivaldybėje nėra paskirto savižudybių prevencijos sistemos koordinatoriaus, nėra vaikų ir paauglių bei suaugusiųjų savižudybių prevencijos algoritmo. Turint omenyje tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumą, tęstinės pagalbos trūkumą bei intensyvių krūvių tenkantį savivaldybės specialistams dėl padidinto atsakomybės jausmo, rekomenduojama sukurti ir įgalinti savižudybių prevencijos algoritmą, palaikant jo kokybišką veikimą. Algoritmo įdiegimas standartizuotą pagalbos teikimo procedūrą, užtikrinantų pagalbos tęstinumą, suburtų savivaldybėje dirbančius specialistus bei skatintų priimti komandinius sprendimus dirbant su į savižudybės krizę patekusiais žmonėmis, tuo pačiu mažintų atsakomybės jausmą tenkantį vienam specialistui.

#### **Papildomos rekomendacijos regionui**

- Rekomenduojama įdiegti savižudybių prevencijos algoritmą arba skatinti specialistų ir institucijų bendradarbiavimą savivaldybėje.

- Rekomenduojama didinti psichologinių ir psichoterapinių paslaugų prieinamumą bei skatinimą jomis naudotis. Taip pat svarbu plėsti paslaugų prieinamumą savižudybės krizėje esantiems asmenims PSC.
- Svarbu didinti bendruomenės gebėjimus atpažinti savižudybės riziką, ypač tarp vyrų, vyresnio amžiaus žmonių, ir aiškiai komunikuoti, kur galima gauti pagalbą. Taip pat svarbu užtikrinti, kad gydytojai, pastebėję galimą savižudybės riziką, galėtų operatyviai nukreipti tokius asmenis psichikos sveikatos specialisto konsultacijai rajono viduje.
- Plėtoti paslaugas ir didinti specialistų kompetencija priklausomybių ligų srityje.

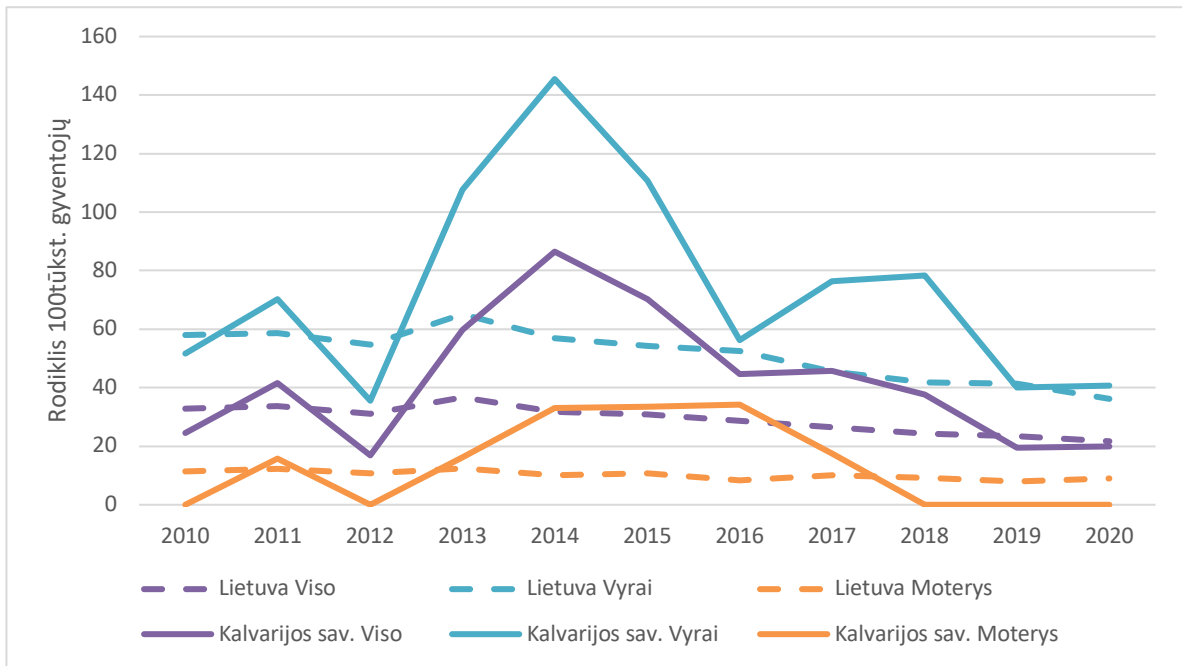
## **Kalvarijos savivaldybė**

### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

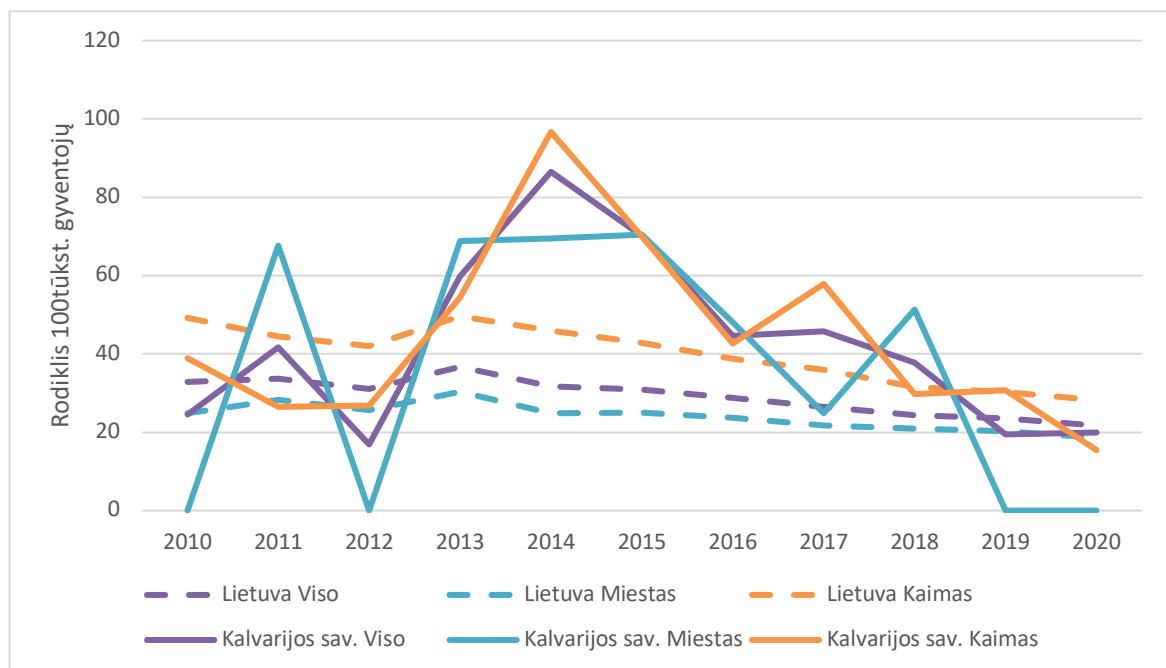
Kalvarijos savivaldybėje nebuvo priimta savižudybių prevenciją rajone reglamentuojančių dokumentų.

### **Savižudybių regione rodikliai**

Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.7 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.8 pav.) Kalvarijos regione rodo, kad rodiklis išlieka mažėjantis paskutinius 6 metus. Kalvarijos rajono savivaldybėje per paskutinius 3 metus nebuvo fiksuota moterų savižudybių ir visi fiksuoti savižudybės atvejai yra pasikorimai. Tai kelia klausimą ar mažiau akivaizdūs savižudybės atvejai nelieka neapskaityti. Taip pat šioje savivaldybėje išsiskiria jaunesnio amžiaus žmonių savižudybių problema: stebimos dažnesnės jaunimo iki 20m. savižudybės ir apskritai pusę visų savižudybių sudaro mirtys jaunesnių nei 45m. amžiaus grupėje, kas yra dažniau nei vidutiniškai Lietuvoje.



4.7 pav. Savižudybių rodiklio kaita Kalvarijos savivaldybėje pagal nusižudžiusio asmens lytį.



4.8 pav. Savižudybių rodiklio kaita Kalvarijos savivaldybėje pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

### Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę

Paslaugų prieinamumą Kalvarijos raj. savivaldybės PSC vertinti sudėtingiau, kadangi čia yra tik PSC filialas, kuris atskirai duomenų VLK neteikia. Tačiau psichiatro ir psichologo etatų skaičius rajono PSC yra mažesnis nei vidutiniškai Lietuvoje. Kalvarijos rajono savivaldybė

išsiskiria tuo, kad visi per 2018-2020m. nusižudę asmenys per metus iki mirties turėjo kontaktą su sveikatos priežiūros sistema, dažniausiai šeimos gydytoju ar gydytoju specialistu, taip pat net virš 60% buvo konsultuoti šeimos gydytojo mėnuo iki mirties, 25% - psichikos sveikatos specialisto. Su savižudybe susijusių diagnozių gydymo epizodo metu taip pat fiksuojama šiek tiek daugiau nei vidutiniškai Lietuvoje, per paskutinius metus sparčiai auga asmenų dalis, tokio gydymo epizodo metu turėjusi psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Tačiau tik maža dalis atvejų fiksuota rajono PASPJ, su savižudybe susijusių sunkumų turintiems asmenims nefiksuota psichikos sveikatos specialisto paslaugų PSC. Taip pat nėra fiksuojama jokių tokiomis atvejais suteiktų psichologinių/psichoterapinių paslaugų, tai rodo jų stoką. Tad tikėtina į psichikos sveikatos specialistų akiratį pakliūva tik sudėtingesni atvejai, ir asmenys, kurių būseną dar nėra tiek pablogėjusi, reikiamos pagalbos laiku negauna. Nesant tokios pagalbos suteikimo PSC, taip pat neįmanoma užtikrinti pagalbos tęstinumo.

Kokybinės tyrimo dalies rezultatai papildo šiuos duomenis. Išryškėjo stipriosios Kalvarijos savivaldybės specialistų pagalbos tinklo pusės. Pirma, daugelis savižudybių prevencijos sistemos dalyvių yra dalyvavę mokymuose savižudybių prevencijos tema, ši patirtis yra vertinama ir laikoma padedančia tinkamai reaguoti. Antra, pastebimas specialistų tarpusavio sutelktumas, bendruomeniškas įsitraukimas į iškilančių problemų sprendimą, iniciatyvumas ir ieškojimas, kaip sureaguoti tam tikrose situacijose. Trečia, Kalvarijos savivaldybė turi svarbų įdirbį rengiant savižudybių prevencijos algoritmą – reagavimo į vaikų ir mokinių savižudybių riziką algoritmas yra parengtas, specialistai taip pat ketina parengti ir reagavimo į suaugusiųjų savižudybių riziką algoritmą. Tyrime dalyvavę specialistai yra motyvuoti užbaigti šį procesą ir oficialiai patvirtinti savižudybių prevencijos veiksmų seką.

Kita vertus, remiantis tyrimo interviu išryškėjo ir iššūkiai, su kuriais susiduriama. Vienas jų – psichikos sveikatos specialistų paslaugų trūkumas. Kalvarijos savivaldybė praeityje neturėjo savo psichikos sveikatos centro. Prireikus pagalbos, gyventojai kreipdavosi į Marijampolės, apskrities centro, PASPJ. Tad tyrime dalyvavę specialistai teigiamai vertino pasikeitusią situaciją – šiuo metu šalia galimybės gauti paslaugas Marijampolėje, gyventojams teikiama ir į Kalvarijos savivaldybės PASPJ atvykstančių Marijampolės PSC specialistų pagalba. Tokia praktika yra būdinga ir kitoms mažesnio gyventojų skaičiaus savivaldybėms Lietuvoje. Tačiau panašu, kad tokių paslaugų prieinamumą svarbu didinti – atvykstančio gydytojo psichiatro paslaugos Kalvarijos savivaldybėje teikiamos maždaug 2-4 val. per savaitę, psichologo - maždaug 4 val. per savaitę. Todėl atrodo sudėtinga prireikus užtikrinti skubias

konsultacijas tą pačią dieną. Pasak tyrimo dalyvių, viena vertus, tai yra įmanoma – gyventojai turi galimybę kreiptis ne tik į atvykstančius, bet ir į Marijampolės PSC specialistus. Tačiau labiau tikėtina, kad savižudybės krizėje esantys asmenys, negalintys gauti skubios pirminės psichikos sveikatos specialistų pagalbos savo savivaldybėje, yra arba hospitalizuojami, arba tokios pagalbos nesikreipia dėl įvairių priežasčių (pvz., neturi pakankamai lėšų ar galimybių nuvykti į kitą miestą). Atsižvelgiant į svarbų PSC vaidmenį dabartinėje savižudybių prevencijos sistemoje, atrodo reikalinga plėsti šios pagalbos prieinamumą. Taip pat specialistai akcentavo, jog ypač sunku teikti pagalbą jei savižudybės grėsmę patiriantis asmuo turi ir intelekto sutrikimų. Tokiems asmenims yra būtina kompleksinė pagalba, specifiniai specialistų įgūdžiai, tad svarbu algoritmuose numatyti, kur ir kaip tokiems asmenims gali būti teikiama pagalba bendruomenėje.

Svarbu pridurti, kad Kalvarijos sav. specialistai deda daug pastangų užtikrinti didesnę psichologinių paslaugų prieinamumą, galima pasidžiaugti jų įvairove – tokios paslaugos galimos Kalvarijos socialinių paslaugų centre, Visuomenės sveikatos biure, pasitelkiant nevyriausybinės organizacijas ar atvykstančius specialistus. Visgi dalis tokių paslaugų yra laikinos, pasitelkiant projektinį finansavimą. Tyrimo dalyviai įvardina, kad susiduria su sunkumais ieškodami ir motyvuodami psichikos sveikatos specialistus įsidarbinti. Be to, dalyje ugdymo įstaigų nėra įdarbinto psichologo arba, tyrimo dalyvių nuomone, psichologinėms konsultacijoms skiriamas nepakankamas valandų skaičius. Tad panašu, jog svarbu sustiprinti ne tik PSC, bet ir kitose įstaigose dirbančių psichikos sveikatos specialistų pagalbos prieinamumą, o taip pat suteikti reikiamą paramą paslaugų prieinamumą organizuojantiems specialistams.

Tyrimo dalyviai, kalbėdami apie padidėjusios savižudybės rizikos priežastis savivaldybėje, įvardino žalingą alkoholio ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimą, psichikos sveikatos ir emocinių sutrikimus, ilgalaikę bedarbybę, jaunesnio amžiaus žmonių socialinių įgūdžių ir užimtumo stoką, sudėtingesnę socialinės rizikos šeimų situaciją. Sprendžiant šiuos sunkumus socialiniai darbuotojai yra vieni esminių resursų. Pasak tyrimo dalyvių, šių specialistų darbo krūvis yra didelis, tikėtina, jog neužtenka pakankamai laiko suteikti visas reikiamas paslaugas. Panašu, kad yra svarbu detaliau įvertinti esamą situaciją ir svarstyti socialines paslaugas teikiančių specialistų skaičiaus didinimą. Rajone yra nemažai socialines paslaugas teikiančių įstaigų, įskaitant ir teikiančių ilgalaikę socialinę globą nepilnamečiams, asmenims su ilgalaikę psichikos negalia, senjorams. Ypač svarbu, kad tokios įstaigos turėtų

savo savižudybių prevencijos tvarkas, orientuotas į pagalbą asmeniui, o darbuotojai turėtų įgūdžius ir resursus šias tvarkas įgyvendinti. Taip pat svarbu didinti bendruomeninių socialinių paslaugų tinklą, siekiant sumažinti institucionalizavimo poreikį, nes būtent asmenims gyvenant institucijose sunkiau užtikrinti žmogaus teises ir poreikius atitinkančias paslaugas, išvengti “užsikrėtimo” suicidiškumu pavojaus, kuomet uždaroje bendruomenėje tarp panašių sunkumų turinčių asmenų pradeda plisti idėja, kad savižudybė ar savižala yra išeitis.

Kokybinės tyrimo dalies rezultatai rodo ir psichikos sveikatos specialistų paslaugų tęstinumo stoką. Sudėtinga užtikrinti pagalbos tęstinumą visų pirma esant nepakankamam paslaugų prieinamumui. Kita, pasak specialistų, paslaugų tęstinumo trūkumo priežastis – reagavimo į savižudybių riziką algoritmo nebuvimas. Šiuo metu, pasak tyrimo dalyvių, pagalbos tęstinumo organizavimas daugiau remiasi asmenine iniciatyva ir individualiu situacijos supratimu, kolegų geranoriškumu ir gebėjimu padėti vieni kitiems. Specialistai teigiamai vertina Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymu Nr. V-859 patvirtintą tvarką, taip pat psichosocialinio vertinimo gairių atsiradimą, tačiau tuo pačiu išsako poreikį bendresnės sistemos, kurioje būtų aiškesnis įvairių savivaldybės institucijų vaidmuo savižudybių prevencijoje, bei šios sistemos stebėsenos būtinybę. Kaip minėta, Kalvarijos savivaldybėje jau įdėta daug pastangų siekiant patvirtinti tokius algoritmus. Atrodo svarbu suteikti savivaldybės specialistams reikiamą paramą užbaigiant ir įgyvendinant savižudybių prevencijos algoritmus bei suformuojant algoritmų veikimo stebėseną atliekančią komandą. Tikėtina, taip būtų labiau pasirūpinta specialistų poreikiais bei sustiprintų pagalbos tęstinumo užtikrinimą.

#### **Papildomos rekomendacijos regionui**

- Svarbu plėsti ir viešinti pagalbą sunkumų turintiems jaunesnio amžiaus, ilgą laiką nedirbantiems, priklausomybių nuo alkoholio ar kitų narkotinių medžiagų turintiems asmenims, socialinės rizikos šeimoms. Taip pat svarbu ieškoti kompleksinės bendruomeninės pagalbos galimybių asmenims, turintiems intelekto sunkumų ir patiriantiems savižudybės grėsmę.
- Rekomenduojama toliau organizuoti mokymus specialistams, susiduriantiems su padidėjusioje savižudybės rizikoje esančiais asmenimis. Šie mokymai aktualūs sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams (ypač šeimos gydytojams, psichikos

sveikatos specialistams), ugdymo įstaigų, seniūnijų, socialinių paslaugų įstaigų, policijos ir kt. darbuotojams.

- Svarbu užtikrinti, kad socialinių paslaugų įstaigos turėtų savo tvarkas, kaip reaguoti į savižudybės grėsmę patiriančius asmenis, taip pat kad tvarkos atlieptų šių asmenų poreikius, o specialistai turėtų resursų ir kompetencijų jas įgyvendinti.
- Didinti psichikos sveikatos specialistų, ypač dirbančių PSC ir ugdymo įstaigose, socialinių darbuotojų paslaugų prieinamumą. Kalvarijoje, kaip ir daugelyje kitų mažesnių Lietuvos savivaldybių, specialistų pritraukimas yra opi problema. Todėl svarbu suteikti reikiamą paramą paslaugų prieinamumą organizuojantiems savivaldybės specialistams.
- Atkreipti dėmesį į tęstinės pagalbos savižudybės krizėje esantiems asmenims užtikrinimą, tęsti savižudybių prevencijos algoritmų diegimo savivaldybėje procesą. Rekomenduojama suburti ir suteikti reikiamą paramą savižudybių prevencijos sistemos stebėseną atliekantiems specialistams bei reglamentuoti savižudybių prevencijos koordinatoriaus pareigas ir skirti papildomą finansavimą šias pareigas atliekančiam specialistui.

## **Lazdijų rajonas**

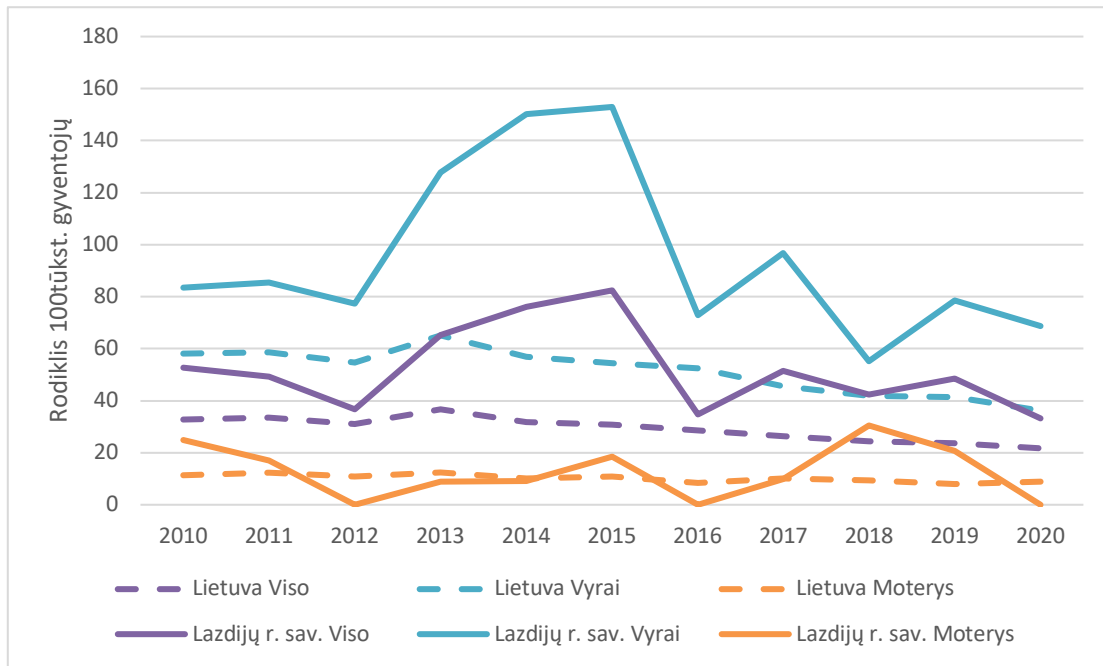
### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

Lazdijų rajono savivaldybėje nebuvo priimta savižudybių prevenciją rajone reglamentuojančių dokumentų.

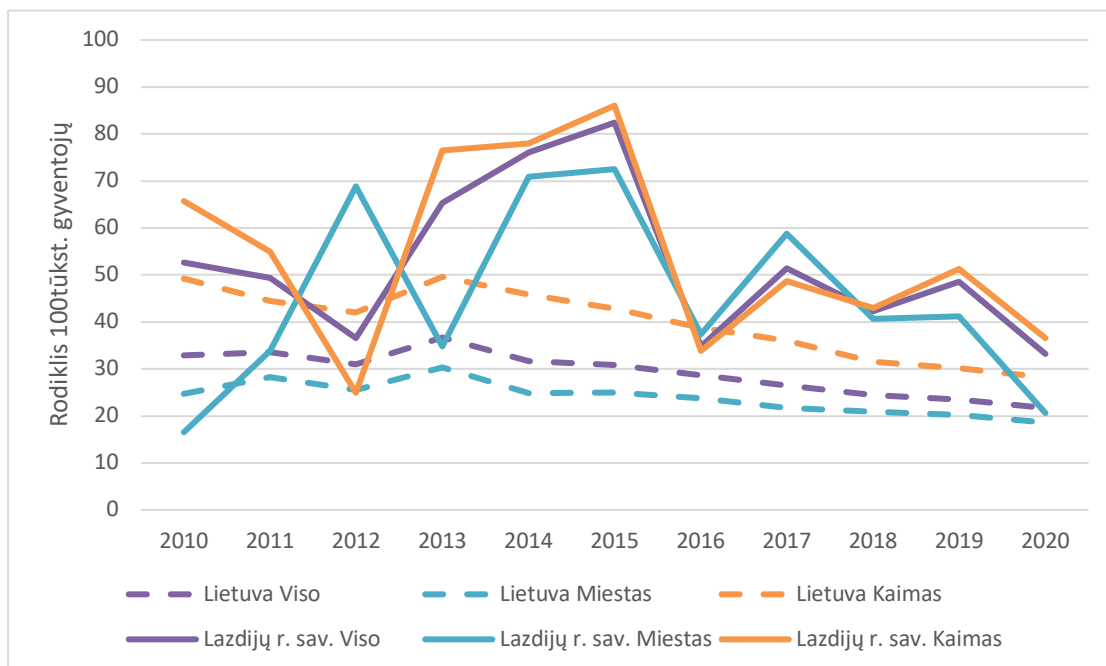
### **Savižudybių regione rodikliai**

Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.9 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.10 pav.) Lazdijų regione rodo savižudybių dažnio mažėjimą. Vyrų/moterų savižudybių dažnio santykis panašus kaip vidutiniškai Lietuvoje. Paskutiniaisiais metais stipriai sumažėjo miesto gyventojų savižudybių, kaimo gyventojų savižudybių skaičius panašus. Didesnę dalį nei vidutiniškai Lietuvoje, apie trečdali, sudaro vyresnio amžiaus žmonių (65m ir vyresnių) savižudybės, nefiksuojama jaunų žmonių (iki 20m) savižudybių.





4.9 pav. Savižudybių rodiklio kaita Lazdijų rajone pagal nusižudžiusio asmens lytį.



4.10 pav. Savižudybių rodiklio kaita Lazdijų rajone pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

### Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę

Psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas PSC Lazdijų rajone pagal esamų psichikos sveikatos specialistų skaičių panašus kaip ir vidutiniškai Lietuvoje, tačiau suteikiama mažiau psichologo konsultacijų, tiek imant konsultacijas vienam prisirašiusiam asmeniui, tiek konsultacijų skaičių per metus vienam konsultuotam asmeniui. Dauguma 2018-2020

nusižudžiusių asmenų turėjo kontaktą su sveikatos priežiūros sistema, tačiau rečiau nei vidutiniškai Lietuvoje per metus iki mirties buvo gavę psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Lyginant su kitais į šį tyrimą įtrauktais rajonais, šiame rajone taip pat retai fiksuotos su savižudybe susijusios diagnozės, mažesnė tokių asmenų dalis nei vidutiniškai Lietuvoje gauna psichikos sveikatos specialisto konsultaciją, šiek tiek dažniau tokias konsultacijas gauna vyrai nei moterys. Be to, nėra fiksuojama psichologo konsultacijų ar psichoterapinių paslaugų. Visa tai rodo, kad psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas ypač esant su savižudybe susijusiai krizei šiame rajone itin problematiškas.

Kokybinė tyrimo dalis taip pat atskleidė, jog vienas didžiausių sunkumų Lazdijų raj. savivaldybėje yra specialistų (socialinių darbuotojų, psichologų ir psichoterapeutų) trūkumas, kuris yra dažnas mažesnių savivaldybių tarpe. Specialistai dalinosi, jog Lazdijų poliklinikos Psichikos sveikatos skyriuje dirba, nors ir glaudžiai bendradarbiaujanti, tačiau maža komanda specialistų, kartais susidurianti su sunkumais suteikti reikiamą pagalbą dėl mažo darbuotojų skaičiaus. Nors šios komandos apibūdinamas darbo stilius rodo dirbančios komandos profesionalumą, pasiruošimą teikti pagalbą, objektyvūs duomenys rodo, jog savižudybės krizėje esantys žmonės šios pagalbos galimybių nepasiekia.

Daugelis tyrime dalyvavusių specialistų įvardino, jog rajone trūksta tarpinstitucinio bendradarbiavimo. Buvo įvardinta nemažai krypčių, kuriomis šį bendradarbiavimą būtų galima gerinti. Remiantis tuo, jog Lazdijų raj. savivaldybėje dirba profesionali komanda, kurios teikiamos paslaugos yra pasiekiamos per retai, nors savižudybės krizėje esantys žmonės prieš savižudybę dažnai lankėsi pas kitą sveikatos specialistą, rekomenduojama didinti sveikatos specialistų įgūdžius atpažinti savižudybės riziką bei skatinti ir plėtoti specializuotos savižudybės krizėje esantiems žmonėms skirtos pagalbos teikimą, nes nukreipus didesnį srautą krizėje esančių žmonių, gali pasijusti dar didesnis specialistų stygius.

Specialistai dalinosi, jog savivaldybėje apskritai yra nemažai pagalbos galimybių, tačiau rajono gyventojai neretai vengia kreiptis pagalbos dėl smerkiančio aplinkinių vertinimo arba privatumo stokos. Pokriziniu laikotarpiu beveik nėra žmonių sutinkančių priimti siūlomą tęstinę pagalbą. Šias problemas galima spręsti bandant užmegzti bendradarbiaujantį santykį su bendruomene, didinant savižudybės rizikos atpažinimo bei nukreipimo pagalbai įgūdžius specialistų ir bendruomenės tarpe, keliant diskusiją bendruomenėje apie savižudybių problemą.

Bendrai susidaro įspūdis, jog Lazdijų raj. savivaldybėje dirba stiprėjantys kokybišką pagalbą galintys teikti specialistai, tačiau ši pagalba yra sunkiai pasiekama žmonėms, kuriems jos labiausiai reikia, todėl šioje savivaldybėje yra būtina bendradarbiaujančių specialistų tinklo plėtra ir dažnesnis dėmesio į savižudybės rizikos ženklus atkreipimas.

Lazdijų raj. savivaldybės specialistai jau yra pradėję diskusiją dėl savižudybių prevencijos algoritmo diegimo. Tai dar kartą rodo savivaldybės pasirengimą teikti pagalbą, netgi įžvelgiamą poreikį sisteminti pagalbos teikimą savižudybės krizėje esantiems žmonėms bei aiškia pozicija savižudybių problemos Lazdijų raj. savivaldybėje klausimu. Kuriant algoritmą, rekomenduojama daugiau dėmesio skirti tęstinės pagalbos užtikrinimui, specialistų ir institucijų bendradarbiavimui bei savižudybės rizikos ženklų atpažinimo didinimui.

#### **Papildomos rekomendacijos regionui**

- Rekomenduojama tęsti algoritmo diegimo savivaldybėje procesą bei atkreipti daugiau dėmesio į tęstinės pagalbos savižudybės krizėje esantiems žmonėms užtikrinimą, tarpinstitucinį bendradarbiavimą, savižudybės rizikos ženklų atpažinimo didinimą.
- Rekomenduojama didinti socialinių darbuotojų, psichologų ir psichoterapeutų paslaugų prieinamumą savivaldybėje, kurių poreikis laikui bėgant tik augs.
- Rekomenduojama didinti savižudybės rizikos ženklų atpažinimo ir nukreipimo pagalbai įgūdžius sveikatos specialistų ir bendruomenės tarpe.
- Rekomenduojama didinti savivaldybės gyventojų pasitikėjimą sveikatos sistema, pvz. organizuojant šviečiamuosius renginius, kur savivaldybės gyventojai galėtų susipažinti su rajone dirbančiais psichikos sveikatos specialistais neutralesnėje aplinkoje.

### **Molėtų rajonas**

#### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

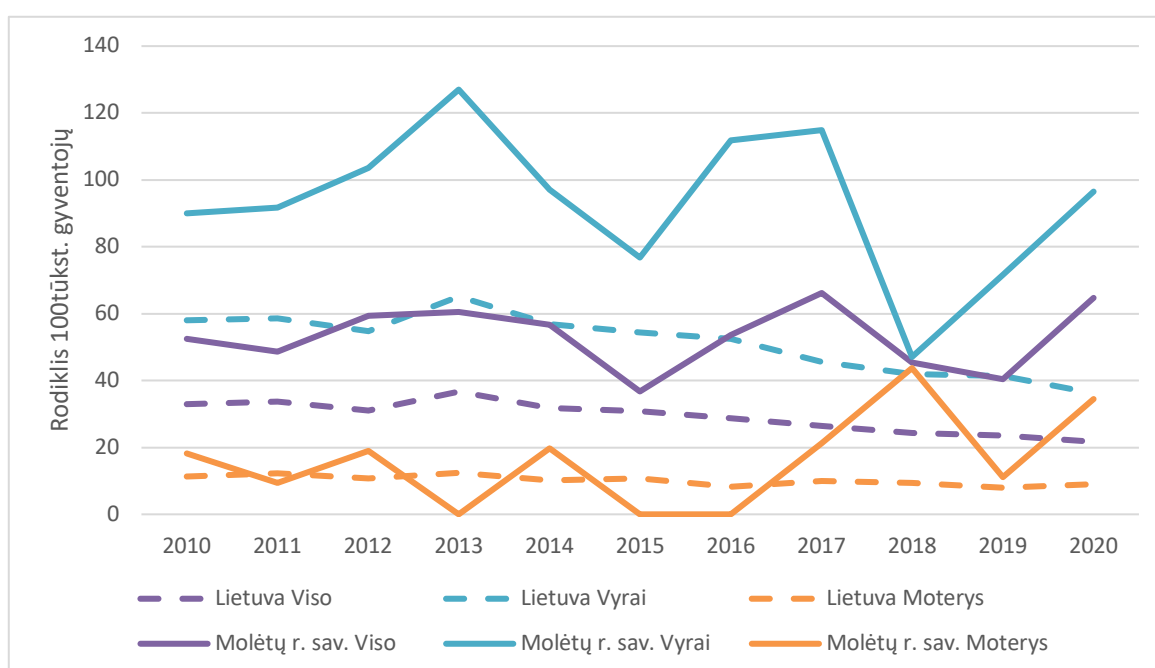
Molėtų rajono reagavimo į savižudybių riziką algoritmas (patvirtintas Molėtų rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr. B1-266, 2018 m. spalio 25 d.).

Molėtų rajono reagavimo į vaikų ir mokinių savižudybių riziką algoritmas (patvirtintas Molėtų rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr. B1-266, 2018 m. spalio 25 d.).

Molėtų rajono savivaldybės psichologinių krizių valdymo grupės veiklos reglamentas (patvirtintas Molėtų rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr. B1-267, 2018 m. spalio 25 d.).

### Savižudybių regione rodikliai

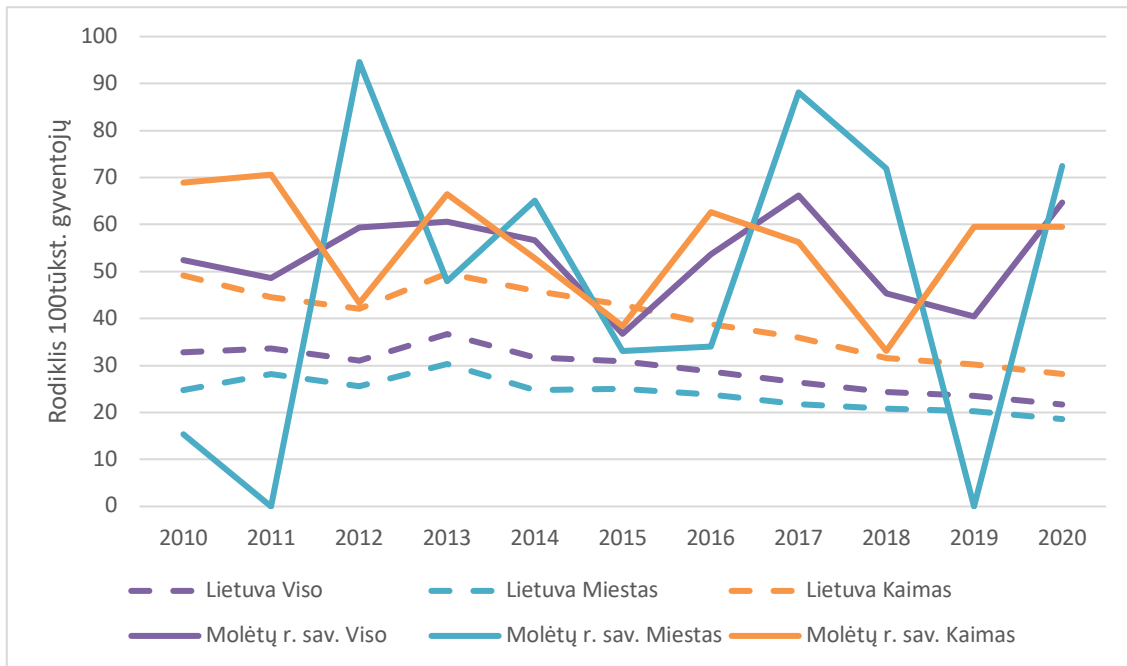
Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.11 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.12 pav.) Molėtų regione rodo savižudybių dažnio didėjimą pandemijos metu, tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. Molėtų rajonas išsiskiria itin aukštu moterų savižudybių dažniu. Taip pat specifiskai šiam regionui būdinga miesto gyventojų savižudybių problema: rajonas pasižymi ir mažu skirtumu tarp miesto ir kaimo gyventojų savižudybių atvejų, kai kuriais metais miesto gyventojų savižudybių dažnis viršija kaimo gyventojų rodiklį. Pagal nusižudžiusių amžiaus struktūrą ir savižudybės būdus regionas atitinka Lietuvos vidurkį.



4.11 pav. Savižudybių rodiklio kaita Molėtų rajone pagal nusižudžiusio asmens lytį.

### Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę

Psichiatro paslaugų prieinamumas PSC Molėtų rajone didesnis nei Lietuvos vidurkis, o psichologo - panašus kaip ir vidutiniškai Lietuvoje. Taip pat ir suteiktų konsultacijų (tiek psichologo, tiek psichiatro) atitinka Lietuvos vidurkį. Molėtų rajone fiksuota didžiausias psichologo konsultacijų dažnis iš visų 10 šiame tyrime dalyvavusių regionų. Šis platesnis psichikos sveikatos ir kitų paslaugų prieinamumas lyginant su kitais rajonais stebimas ir kituose duomenyse. Tarp nusižudžiusių 2018-2020m. didesnė dalis buvo turėjusi kontaktą su psichikos sveikatos specialistu per paskutinius metus iki mirties, net 46% jų turėjo kontaktą su šeimos gydytoju per paskutinį mėnesį iki mirties.



4.12 pav. Savižudybių rodiklio kaita Molėtų rajone pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

Šiame rajone dažniau nei vidutiniškai fiksuojamos su savižudybe susijusios diagnozės, auga pacientų dalis, tokiais atvejais gavusių psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Tiesa, tokių paslaugų sumažėjimas stebimas 2020m., tikėtina, tai pandemijos poveikis. Apie 45% su savižudybe susijusių diagnozių rajono gyventojams fiksuojama būtent rajono įstaigose; rajono PSC vaidina didžiausią vaidmenį teikiant psichikos sveikatos paslaugas tokiais atvejais. Net daugiau nei pusė atvejų iš visų kai gydymo epizodo metu esant su savižudybe susijusiai diagnozei fiksuota ir psichikos sveikatos specialisto konsultacija yra būtent rajono PSC. Taip pat šiame rajone daugiausiai lyginant su kitais fiksuota ir psichologinių paslaugų esant su savižudybe susijusiems sunkumams, rajone taikomas ir savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas.

Molėtų rajone sudarytas reagavimo į savižudybės krizę algoritmai, esant suaugusiojo ir vaiko atvejams, kurie apima platų pagalbos teikėjų ratą, t.y. algoritmuose pagalbos teikėjai įvardinti įvairių profesijų atstovai ir kiti bendruomenės nariai. Tai leidžia operatyviai sureaguoti į savižudybės krizę, skatina komandinį darbą ir kiekvieno pagalbos teikėjo funkcijos savižudybės krizės sprendimo procese yra apibrėžtos. Norint palaikyti šią nustatytą tvarką, kai dalyvauja tiek daug skirtingų specialistų ir institucijų, algoritmo arba pagalbos teikimo koordinatoriaus vaidmuo yra ypač svarbus. Dėl to rekomenduojama išlaikyti visą įdirbį

suteikiant koordinatoriui galimybes: 1) organizuoti periodinius pagalbos teikėjų susitikimus, kurie skatintų tarpusavio bendradarbiavimą ir palaikytų komandinį darbą; 2) organizuoti mokymus rajono specialistams, kad būtų palaikomos žinios ir įgūdžiai teikti pagalbą savižudybės rizikoje esantiems asmenims; 3) konsultuotis su savižudybių prevencijos specialistais sprendžiant sudėtingesnius atvejus rajone.

Koordinatoriaus funkcija svarbi ir psichologinių krizių valdymo grupėje, kuri taip pat rajone yra suformuota ir oficialiai patvirtinta. Psichologinių krizių valdymo grupės koordinavimas ir prieš tai minėtos algoritmo priežiūros funkcijos turi būti įtrauktos į koordinatoriaus kasdienes veiklas, t.y. darbo krūvis sureguliuotas taip, kad specialistas turėtų visas galimybes laiko atžvilgiu kokybiškai vykdyti šias veiklas.

#### **Papildomos rekomendacijos regionui**

- Vystyti prevencines veiklas. Šiuo metu reagavimo į savižudybės krizę tvarka yra nustatyta, tačiau taip pat svarbu vykdyti veiklas, nukreiptas į veiksmų, susijusių su savižudybės rizika, mažinimu ir apsauginių veiksmų stiprinimą. Svarbu prevencines veiklas vykdyti įvairioms skirtingoms tikslinėms grupėms. Ypač svarbu, kad būtų suteikiamas pakankamas finansavimas ir žmogiškieji resursai šių veiklų organizavimui ir vykdymui.
- Psichologo ir psichiatro paslaugų plėtra. Pagal objektyvius rodiklius šios paslaugos yra gan prieinamos ir išvystytos, lyginant su kitais Lietuvos rajonais, vis dėl to būtų galima jas ir toliau plėsti. Pirmiausia, svarbu užtikrinti pakankamą psichologo paslaugų prieinamumą visose švietimo įstaigose. Šios paslaugos turi būti teikiamos visose mokyklose ir vaikų darželiuose. Antra, psichologo ir psichiatro paslaugų teikimas turi būti organizuojamas taip, kad būtų galimybė teikti skubią pagalbą, o siekiamybė būtų šios pagalbos prieinamumas ir ne darbo metu. Šiam tikslui pasiekti turi būti sureguliuotas specialistų darbo krūvis ir atlygis už viršvalandžius. Trečia, svarbu teikti transportavimo paslaugas toliau nuo rajono centro gyvenantiems asmenims, kuriems nėra galimybių viešuoju transportu nuvykti pas specialistą. Žmogui, esančiam savižudybės krizėje, sudėtingas nuvykimas pas specialistą gali būti labai sunki užduotis, todėl čia svarbi individuali priežiūra ir koordinavimas.
- Molėtų raj. rodikliai rodo šeimos gydytojo svarbų vaidmenį. Beveik pusė nusižudžiusiųjų turėjo kontaktą su šeimos gydytoju mėnesį iki mirties. Šis specialistas

taip pat galėtų būti įtrauktas į savižudybių problemos sprendimą rajone, dėl to būtų svarbu suteikti jam visą reikiamą informaciją apie savižudybės rizikos atpažinimą ir pagrindinius pagalbos principus.

- Reagavimo į savižudybės krizę algoritmas sudaro pagrindą pagalbos sistemai, galima matyti įdirbį sprendžiant savižudybių problemą Molėtų rajone. Svarbu ir toliau palaikyti veikiančią sistemą, o tam reikia ir toliau skirti tiek žmogiškuosius, tiek finansinius resursus. Pati sistema be tinkamos priežiūros, koordinavimo ir palaikymo gali nustoti veikti. Tolimesni žingsniai, tobulinant sistemą, galėtų būti ilgalaikės, tęstinės, proaktyvios pagalbos vystymas ir paslaugų įvairovės plėtra.

## **Pagėgių savivaldybė**

### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

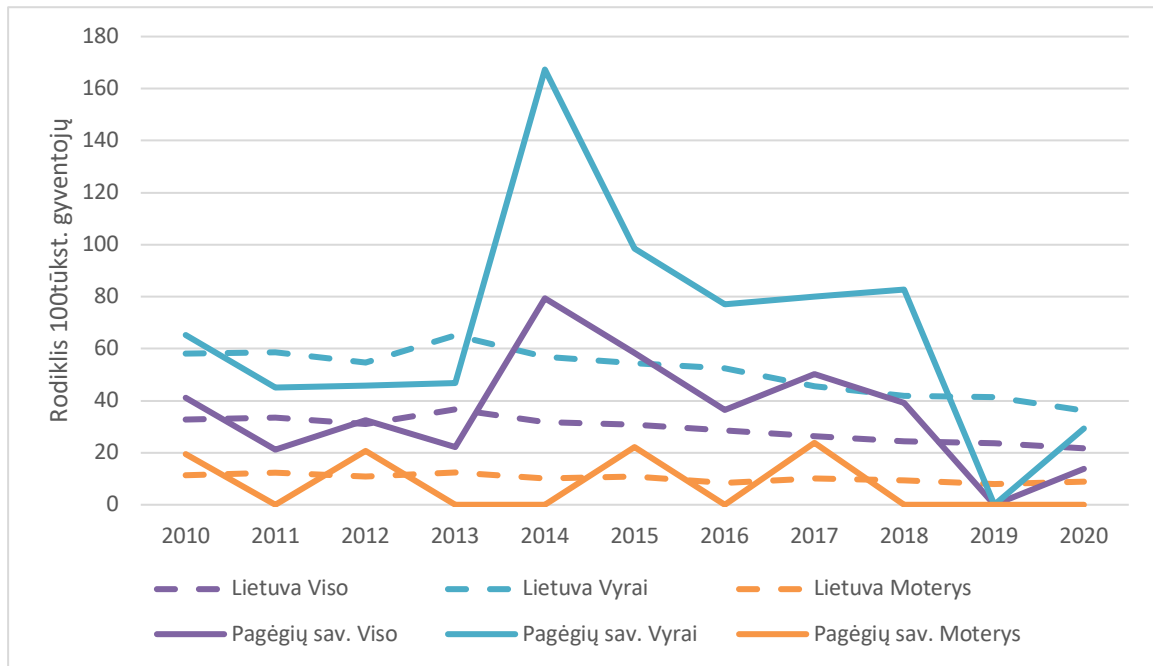
Pagėgių rajono savivaldybėje nebuvo priimta savižudybių prevenciją rajone reglamentuojančių dokumentų.

### **Savižudybių regione rodikliai**

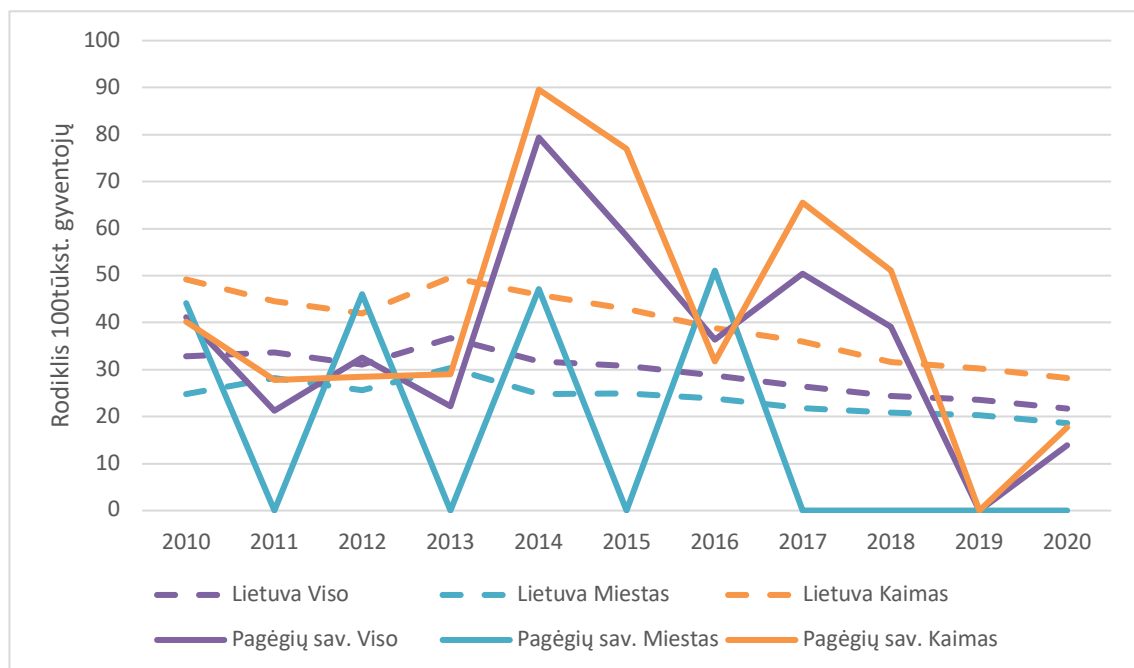
Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.13 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.14 pav.) Pagėgių regione rodo savižudybių dažnio mažėjimą, paskutiniaisiais metais jis yra mažesnis už Lietuvos vidurkį. Paskutinius trejus metus čia nebuvo fiksuota moterų savižudybių. Be to, fiksuojamos savižudybės įvairias metodais, tad tikėtinas didesnis savižudybių statistikos tikslumas. Šiek tiek dažniau nei vidutiniškai fiksuojamos savižudybės tarp jaunesnių nei 45m. asmenų, tačiau bendrai savižudybių struktūra pagal amžių labai panaši į visos Lietuvos.

### **Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę**

Psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas PSC Pagėgių rajone panašus kaip ir vidutiniškai Lietuvoje, tačiau suteikiama mažiau psichologo konsultacijų, tiek imant konsultacijas vienam prisirašiusiam asmeniui, tiek konsultacijų skaičių per metus vienam konsultuotam asmeniui. Psichologo konsultacijų skaičius per metus suteiktas vienam konsultuotam asmeniui beveik lygus vienetui, t.y. beveik nefiksuojami tęstinio konsultavimo atvejai. Nusizudę asmenys rečiau nei vidutiniškai turėjo kontaktų su sveikatos priežiūros sistema.



4.13 pav. Savižudybių rodiklio kaita Pagėgių savivaldybėje pagal nusižudžiusio asmens lytį.



4.14 pav. Savižudybių rodiklio kaita Pagėgių raj. savivaldybėje pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

Šio rajono gyventojams rečiau nei vidutiniškai fiksuojamos su savižudybe susijusios diagnozės, mažesnė jų dalis tokio gydymo epizodo metu gauna psichikos sveikatos specialisto konsultaciją, nefiksuota jokių psichologo konsultacijų ar psichoterapinių paslaugų. Rajono PASPĮ fiksuojama tik maža dalis gydymo epizodų kai asmuo turi su savižudybe susijusių



sunkumų, visi gydymo epizodai, kai fiksuojama psichikos sveikatos specialistų pagalba, fiksuojama už rajono ribų.

Kokybiniai tyrimo duomenys papildė šiuos rezultatus. Remiantis specialistų interviu, paslaugų prieinamumas yra viena opiausių Pagėgių raj. savivaldybės problemų. Kadangi šioje savivaldybėje gyventojų skaičius mažas, psichikos sveikatos specialistų etatai nėra suformuoti, o Pirminiame sveikatos priežiūros centre dirba atvažiuojantys psichikos sveikatos specialistai, kurie savivaldybėje būna 2-3 dienas per savaitę. Taigi, nors objektyvūs paslaugų prieinamumo rodikliai atitinka Lietuvos vidurkį, iš tiesų šias paslaugas gyventojams gauti gali būti sunku. Gyventojams norint gauti pagalbą gali tekti laukti savaitę ar kelias arba gali tekti vykti į kitą savivaldybę. Tokia situacija gali mažinti gyventojų pasitikėjimą sveikatos institucijomis ir didinti atskirtį bei vengimą kreiptis pagalbos. Džiugu tai, jog savižudybės krizės atveju pagalba, išsikviečiant specialistą iš kitos savivaldybės, gali būti suteikta tą pačią arba kitą dieną.

Dažnai specialistai minėjo vaikų ir paauglių psichiatro trūkumą bei psichologinio konsultavimo / psichoterapijos paslaugų poreikį vaikams ir paaugliams. Nors atvykstantis psichiatras Pagėgių raj. savivaldybėje yra, tyrimo dalyviai teigė, jog dažniau šis specialistas dirba su suaugusiais, o specializuotos pagalbos nepilnamečiams labai trūksta.

Pagėgių raj. savivaldybėje sveikatos institucijose teikiama pagalba savižudybės krizėje esantiems žmonėms didele dalimi veikia per atvykstančius specialistus. Tokia situacija natūraliai susiklosto dėl mažo savivaldybės dydžio. Svarbu paminėti, jog toks modelis yra būdingas daugeliui mažų savivaldybių ir yra sveikintinas bei vertas stiprinimo. Būtent dėl šios priežasties Pagėgių raj. savivaldybei itin svarbus tampa tarpinstitucinis bendradarbiavimas bei pagalbos tarp institucijų koordinavimas. Rekomenduojama skirti dėmesio šiai sričiai.

Galima pasidžiaugti, jog visai neseniai Pagėgių raj. savivaldybėje atsirado žmogus prisimantis savižudybių prevencijos koordinatoriaus pareigas. Rekomenduojama šias pareigas reglamentuoti bei skirti finansavimą šias pareigas atliekančiam specialistui.

Bendraujant su skirtingais savivaldybės specialistais buvo jaučiamas atitolimas, dažnai specialistai nežinojo savo kolegų vardų ir pavardžių, kokiose įstaigose, kokie specialistai dirba ir pan. Siekiant stiprinti specialistų tinklą, skatintina užmegzti bendradarbiaujantį santykį tarp savivaldybės specialistų.

Kitas svarbus aspektas, Pagėgių raj. savivaldybėje nėra patvirtinto savižudybių prevencijos algoritmo, kuris suteiktų palaikymą su savižudybėmis dirbantiems specialistams

bei sukurtų procedūrinį aiškumą. Kadangi, savivaldybė yra maža, rekomenduojame kuriant algoritmą bendradarbiauti su gretimų rajonų specialistais arba kurti algoritmą per kelias savivaldybes iškart.

#### **Papildomos rekomendacijos regionui**

- Savivaldybės administracijai rekomenduojama oficialiai įteisinti savižudybių prevencijos koordinatoriaus pareigas ir skirti finansavimą šias pareigas vykdančiam specialistui.
- Rekomenduojama plėsti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą savivaldybėje, ypač skiriant dėmesį psichologinių paslaugų prieinamumo didinimui.
- Rekomenduojama stiprinti specialistų tinklo savivaldybėje bendradarbiavimą.
- Rekomenduojama stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą su kitose savivaldybėse veikiančiomis įstaigomis bei organizacijomis.
- Rekomenduojama megzti bendradarbiaujantį santykį su Pagėgių raj. savivaldybės gyventojais, komunikuojant žinutę, jog net jeigu pagalba nėra pasiekama kiekvieną dieną, tomis dienomis kai ji yra pasiekama, gyventojai yra laukiami Pirminiame sveikatos priežiūros centre.
- Rekomenduojama atkreipti dėmesį į nepilnamečių psichologinę gerovę, taikyti prevencines bei užtikrinti intervencines priemones.
- Rekomenduojama pradėti savižudybių prevencijos algoritmo kūrimą.

### **Pakruojo savivaldybė**

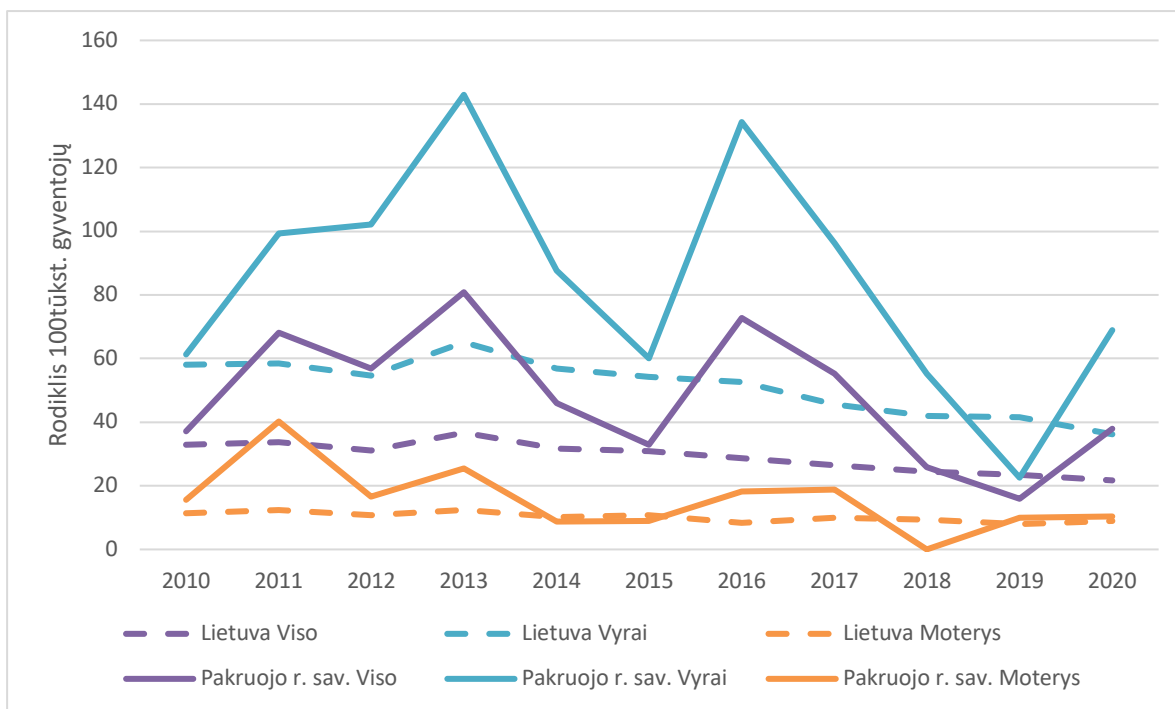
#### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

Pakruojo rajono savivaldybėje nebuvo priimta savižudybių prevenciją rajone reglamentuojančių dokumentų.

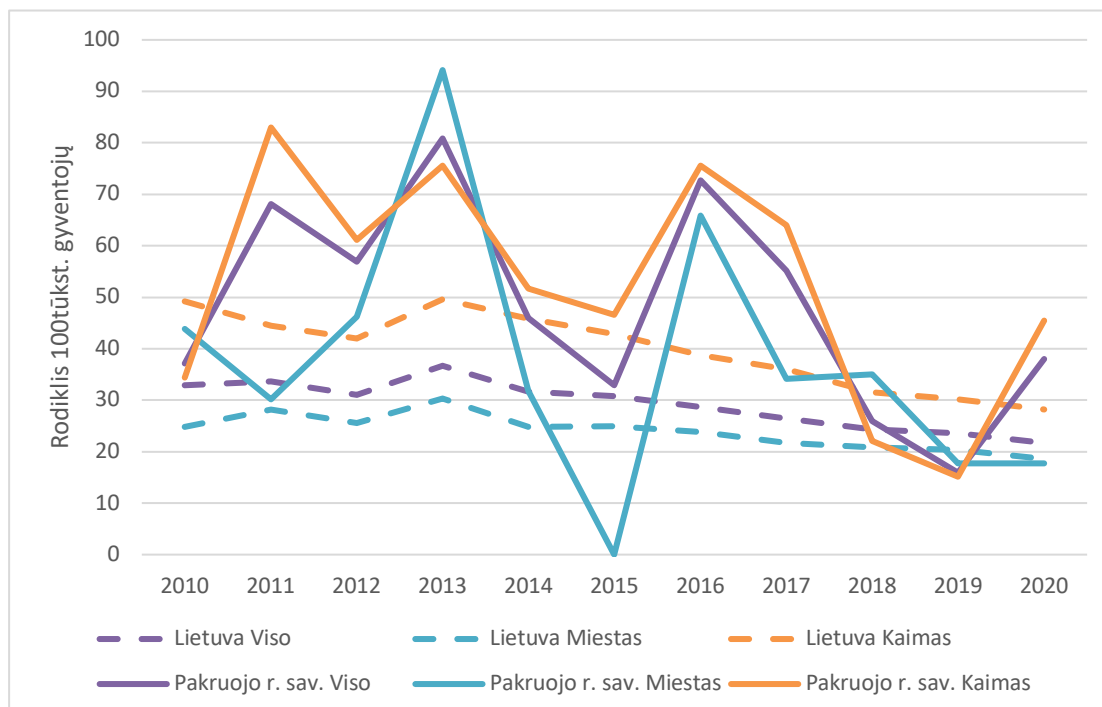
#### **Savižudybių regione rodikliai**

Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.15 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.16 pav.) Pakruojo regione rodo savižudybių dažnio mažėjimą nuo 2016m., rodikliai buvo pasiekę ir nukritę žemiau Lietuvos vidurkio. Tačiau pandemijos metu pastebimas vyrų ir kaimo gyventojų savižudybių didėjimas, nors kaimo gyventojų savižudybių paskutiniaisiais metais buvo stipriai

sumažėję. Savižudybių struktūra pagal amžių ir lytį labai panaši į visos Lietuvos. Visi fiksuoti savižudybės atvejai per paskutinius metus yra pasikorimais. Tai kelia klausimą ar mažiau akivaizdūs savižudybės atvejai nelieka neapskaiityti.



4.15 pav. Savižudybių rodiklio kaita Pakruojis rajone pagal nusižudžiusio asmens lytį.



4.16 pav. Savižudybių rodiklio kaita Pakruojis rajone pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

## **Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę**

Pagal esamus specialistų etatus, psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas PSC Pakruojo rajone panašus kaip ir vidutiniškai Lietuvoje. Nors psichiatro paslaugų suteikiama daugiau nei vidutiniškai Lietuvoje, psichologo konsultacijų suteikiama mažai (vidutiniškai 0,03 per metus vienam prisirašiusiam asmeniui), kaip ir kituose regionuose. Psichologo konsultacijų skaičius per 2020 metus suteiktas vienam konsultuotam asmeniui tesiekia 1,6, t.y. mažai fiksuojama tęstinio konsultavimo atvejų. Tarp nusižudžiusių asmenų dauguma per paskutinius metus turėjo kontaktų su sveikatos priežiūros sistema, tačiau dažnu atveju (60%) tai buvo stacionarinis gydymas (dažniausiai - Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, dažniausiai diagnozuotos kraujotakos sistemos ligos), šiuo rodikliu rajonas išsiskiria nuo kitų tirtų regionų. Šiek tiek mažesnė dalis nei vidutiniškai per paskutinius metus iki mirties buvo gavusi psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Paskutiniaisiais metais rajone vis daugiau fiksuojama su savižudybe susijusių diagnozių, dažniau nei vidutiniškai Lietuvoje asmenims fiksuojamos mintys apie savižudybę. Tokių gydymo epizodų metu dažniau nei vidutiniškai Lietuvoje yra suteikiama psichikos sveikatos specialisto konsultacija, tačiau ši dalis, deja, paskutiniaisiais metais mažėja. Taip pat ryškus atotrūkis tarp lyčių - esant su savižudybe susijusiai diagnozei psichikos sveikatos specialisto konsultaciją dažniau gauna moterys, bet ne vyrai. Svarbu tai, kad 13% gydymo epizodų, kai fiksuojama psichikos sveikatos specialisto konsultacija, fiksuojama būtent psichologinė pagalba, tai dažniau nei kituose tirtuose regionuose. Vistik dauguma pagalbos esant su savižudybe susijusiems sunkumams teikiama už rajono ribų, rajono PASPĮ nefiksuojama gydymo epizodų kurių metu, esant su savižudybe susijusiems sunkumams, buvo suteikta psichikos sveikatos specialisto konsultacija. Nemaža dalis su savižudybe susijusių diagnozių fiksuojama rajono ligoninėje, tačiau, kaip ir kituose rajonuose, ji nepajėgi tokiais atvejais vietoje užtikrinti psichikos sveikatos specialisto konsultacijų. Tad išlieka psichikos sveikatos paslaugų prieinamumo pačiame rajone problema.

Kokybinės tyrimo dalies rezultatai papildo šiuos duomenis. Remiantis jais, išryškėjo stipriosios Pakruojo raj. savivaldybės pagalbos sistemos pusės. Tyrimo dalyviai įvardino rajone esančią paslaugų įvairovę bei bendruomeniškumą, glaudų tarpusavio bendradarbiavimą teikiant pagalbą savižudybės krizėje esančiam asmeniui. Valstybinių įstaigų, pvz., PSC, VSB specialistams aktyviai talkina nevyriausybinių organizacijų, savanoriai, seniūnijų darbuotojai, ištikus krizinėms situacijoms aktyviai bendradarbiaujama tarpusavyje, stengiamasi į pagalbą įtraukti paslaugų gavėjų artimuosius. Svarbu, jog PSC galima užtikrinti skubias konsultacijas tą

pačią dieną, gydytojo psichiatro paslaugos teikiamos kasdien, psichologo – taip pat, nors ir mažesne apimtimi nei gyd. psichiatro. Be to, tyrimo dalyviai pabrėžė pastaraisiais metais vykusią savižudybių prevencijos mokymų rajone gausą ir vertę, specialistai yra dalyvavę safeTALK, ASIST, CAMS ir kituose mokymuose. Rajone stengiamasi reguliariai organizuoti mokymus su padidėjusios savižudybės rizikos asmenimis susiduriantiems specialistams.

Tyrimo dalyviai įvardino ir įvairius iššūkius, su kuriais susiduriama organizuojant ir teikiant pagalbą. Visų pirma, turimi paslaugų resursai, tyrimo dalyvių vertinimu, visgi nėra pakankami. Ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų darbo krūvis yra per intensyvus norint užtikrinti kokybiškas tiek pirmines, tiek tęstines konsultacijas; trūksta psichologų ugdymo įstaigose. Panašu, jog siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą pačiame rajone (bei sumažinti specialistų pervargimo riziką) svarbu didinti specialistų skaičių ir persvarstyti tenkančius darbo krūvius, skirti papildomą dėmesį specialistų poreikiams (pvz., sudaryti galimybę gauti nemokamas konfidencialias supervizijas). Antra, rajone pastebimas dalies asmenų, ypač kaimo gyventojų, vyrų ir vyresnio amžiaus žmonių, vengimas kreiptis į psichikos sveikatos specialistus, išliekanti psichikos sveikatos sunkumų, suicidiškumo stigma, baimė dėl galimų kreipimosi pasekmių (pvz., netekti darbo, teisės vairuoti), dvejonės dėl konfidencialumo. Tiesa, kartais kliūtimi tampa ir finansinės priežastys, ypač, kai tenka atvykti iš tolimesnių rajono gyvenviečių. Tyrimo dalyviai įvardina, kad tokiais atvejais labai svarbų vaidmenį atlieka artimųjų, bendruomenės nuostatos į pagalbą ir suteikiama parama. Galima pasidžiaugti specialistų minimu bendradarbiavimu su medicinos įstaigų darbuotojais, kurie, pasak tyrimo dalyvių, vis dažniau nukreipia dėl somatinių nusiskundimų besikreipiančius asmenis psichikos sveikatos specialistų pagalbai, jei tokia atrodo reikalinga. Trečia, nepaisant aktyvaus bendradarbiavimo krizinių situacijų metu, išlieka didesnio tarpinstitucinio bendradarbiavimo poreikis. Specialistai susiduria su didele atsakomybe pasirinkti tinkamiausią reagavimo būdą situacijose, kyla klausimų dėl duomenų apsaugos ir informacijos perdavimo, pagalbos tęstinumo. Nors šiuo metu savivaldybėje nėra patvirtintų savižudybių prevencijos algoritmų, Pakruojo raj. jau yra padarytas įdirbis šia tema, diskutuota dėl jų poreikio, rengti pirminiai reagavimo modeliai. Savižudybių prevencijos algoritmų parengimas padėtų spręsti minėtus iššūkius, sustiprintų įstaigų tarpusavio bendradarbiavimą. Tačiau svarbu suteikti reikiamą paramą ir paskirstyti adekvatų krūvį algoritmą rengiantiems bei tolesnę savižudybių prevencijos stebėseną organizuojantiems specialistams. Ketvirta, visi tyrimo dalyvavę specialistai įvardino neigiamas COVID-19

pandemijos ir jos padarinių pasekmes, dėl kurių bent iš dalies, tikėtina, nuo 2016 m. mažėjęs savižudybių rodiklis pandemijos metu ėmė didėti.

Visų pirma, išryškėjo pandemijos poveikis rajono gyventojų emocinei sveikatai: vyravo baimė dėl savo ir kitų sveikatos, blogėjo psichikos sutrikimų turinčių žmonių savijauta, žmonės sunkiau reagavo į neigiamus gyvenimo įvykius (pvz., darbo netektį). Antra, sustiprėjo vengimas kreiptis į specialistus – gyventojai baiminosi galimybės užsikrėsti, ypač jei reikėdavo vykti viešuoju transportu iš atokesnių regionų, su nerimu reaguodavo į žinias apie COVID-19 susirgusius specialistus. Tyrimo dalyviai pastebėjo, kad tapo sudėtingiau teikti ir tęstinę pagalbą – asmenys, su kuriais buvo užmegztas pirminis kontaktas rajono PSC, ar grįžusieji po stacionarinio gydymo Šiaulių ligoninėje, rečiau kreipdavosi tęstinės pagalbos. Trečia, pandemijos metu mažėjo sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumas. Svarbu pridurti, kad buvo dedama daug pastangų išlaikyti jų prieinamumą, rajono PSC buvo vykdomos tiek gyvos, tiek nuotolinės konsultacijos, pasitelktos nevyriausybinės organizacijos ir savanoriai. Kita vertus, susirgus ar izoliuojantis specialistams žmogiškieji ištekčiai tapo labiau riboti, pagalba stacionarinėse gydymo įstaigose pandemijos metu tapo taip pat sunkiau prieinama. Galiausiai, sumažėjo ir susisiekimo viešuoju transportu galimybės kaimo gyventojams.

Kokybiniai tyrimo duomenys padeda kelti prielaidas, kodėl vyrai rečiau gauna psichikos sveikatos specialisto konsultacijas, didėja vyrų gyventojų savižudybių skaičius. Pasak tyrimo dalyvių, moterys rajone lengviau kreipiasi pagalbos, tuo tarpu vyrai kreipiasi retai, nėra linkę išsakyti suicidines mintis, vyrams dažniau būdingas uždarumas ir baimės, gėdos jausmai kreiptis pagalbos į kitus. Vyrai dažniau su sveikatos priežiūros sistema susiduria jau patekę po mėginimo nusižudyti į psichiatrinę ligoninę ar nukreipti artimųjų aukštos savižudybės rizikos situacijos metu. Tokios situacijos, pasak specialistų, neretai įvyksta vartojant alkoholį ar kitas psichoaktyvias medžiagas – žalingas vartojimas ir priklausomybės specialistų glaudžiai siejamos su savižudybėmis rajone. Tačiau užtikrinti pagalbos tęstinumą tokiu būdu su sveikatos priežiūros sistema susiduriantiems vyrams tampa problematiška, paprastai į tęsines konsultacijas vyrai neatvyksta. Sveikintina, kad Pakruojo raj. specialistai deda pastangas spręsti su priklausomybėmis susijusius sunkumus, teikiamos priklausomybių konsultanto, nevyriausybinių organizacijų paslaugos. Taip pat svarbu sudaryti sąlygas vyrams, pakliuvusiems į sveikatos priežiūros sistemą, gauti psichikos sveikatos specialistų konsultacijas. Reikalinga tęsti visuomenės švietimą, skatinti gyventojus, ypač vyrus, turinčius minčių apie savižudybę, kreiptis pagalbos.

### **Papildomos rekomendacijos regionui**

- Svarbu megzti bendradarbiaujantį ir edukacinį santykį su rajono bendruomenėmis, mažinti psichikos sveikatos sutrikimų ir savižudybių stigmatizavimą, skatinti kreiptis pagalbos esant sunkumams, ypač vyrus, vyresnio amžiaus, kaimo gyventojus. Didinti psichikos sveikatos specialistų teikiamos pagalbos patrauklumą, keisti neigiamas ar netikslias nuostatas pagalbos atžvilgiu. Svarstyti galimybes palengvinti pagalbos pasiekiamumą tolimesnėse rajono vietose gyvenantiems asmenims.
- Tęsti mokymus specialistams, susiduriantiems su padidėjusioje savižudybės rizikoje esančiais asmenimis. Svarbu ir toliau plėtoti bendradarbiavimą su įvairių specialybių gydytojais, dirbančiais rajono PASPJ ir rajono ligoninėje. Pravartu organizuoti medicinos įstaigų darbuotojų mokymus, siekiant padėti atpažinti dėl somatinių nusiskundimų besikreipiančių asmenų galimą savižudybės riziką ir nukreipti į psichikos sveikatos specialistus tolesnei pagalbai.
- Stiprinti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą pačiame rajone. Gerinti psichikos sveikatos specialistų, socialinių darbuotojų darbo sąlygas (mažinti vienam specialistui tenkantį asmenų skaičių, didinti specialistų kiekius), atsižvelgti į esamus poreikius ir suteikti reikiamą paramą (pvz., sudaryti galimybę gauti nemokamas konfidencialias supervizijas). Didinti psichologų prieinamumą ugdymo įstaigose. Įvertinti rajono ligoninės galimybes aktyviau dalyvauti savižudybių prevencijoje.
- Svarbu gyventojams, ypač vyrams, patekusiems į sveikatos priežiūros sistemą po mėginimo nusižudyti ar artimųjų nukreiptiems aukštos savižudybės rizikos situacijos metu, sudaryti sąlygas gauti psichikos sveikatos specialistų konsultacijas. Gydytojų įstaigose pasiūlyti psichologinę ir esant poreikiui psichiatrinę pagalbą po mėginimo nusižudyti, nuolat stiprinti specialistų, atvykstančių į su savižudybės rizika susijusio įvykio vietą, kompetencijas.
- Svarstyti bendradarbiavimą su kitų savivaldybių psichikos sveikatos specialistais – pasak tyrimo dalyvių, daliai gyventojų gali būti lengviau kreiptis pagalbos į rajone nepažįstamus, iš kitur atvykstančius specialistus.
- Tęsti savižudybių prevencijos algoritmo diegimo savivaldybėje procesą. Rekomenduojama suteikti reikiamą paramą savižudybių prevencijos sistemos stebėseną atliekantiems specialistams bei reglamentuoti savižudybių prevencijos

koordinatoriaus pareigas ir skirti papildomą finansavimą šias pareigas atliekančiam specialistui.

- Mažinti COVID-19 pandemijos ir jos padarinių pasekmes: stiprinti paramą psichikos sutrikimų turintiems ar susiduriantiems su krizinėmis situacijomis (pvz., netekusiems darbo) asmenims; šviesti visuomenę mažinant baimes, trukdančias pasinaudoti esama pagalba, skatinti kreiptis pagalbos į specialistus.

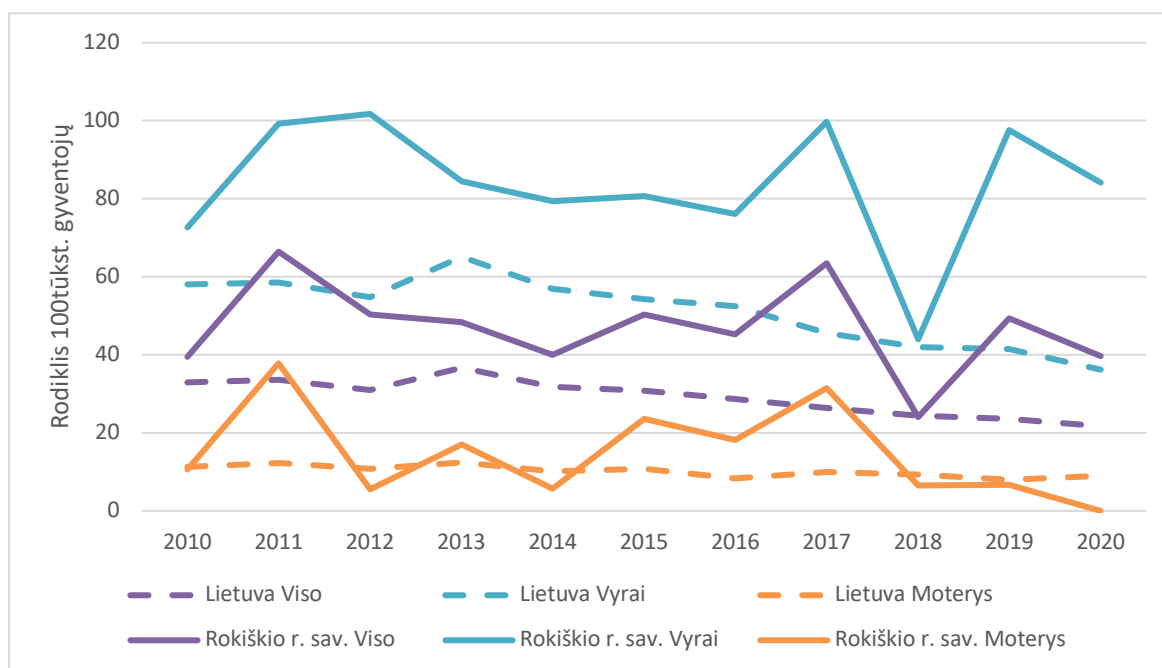
## Rokiškio rajonas

### Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai

Rokiškio rajono savivaldybėje nebuvo priimta savižudybių prevenciją rajone reglamentuojančių dokumentų.

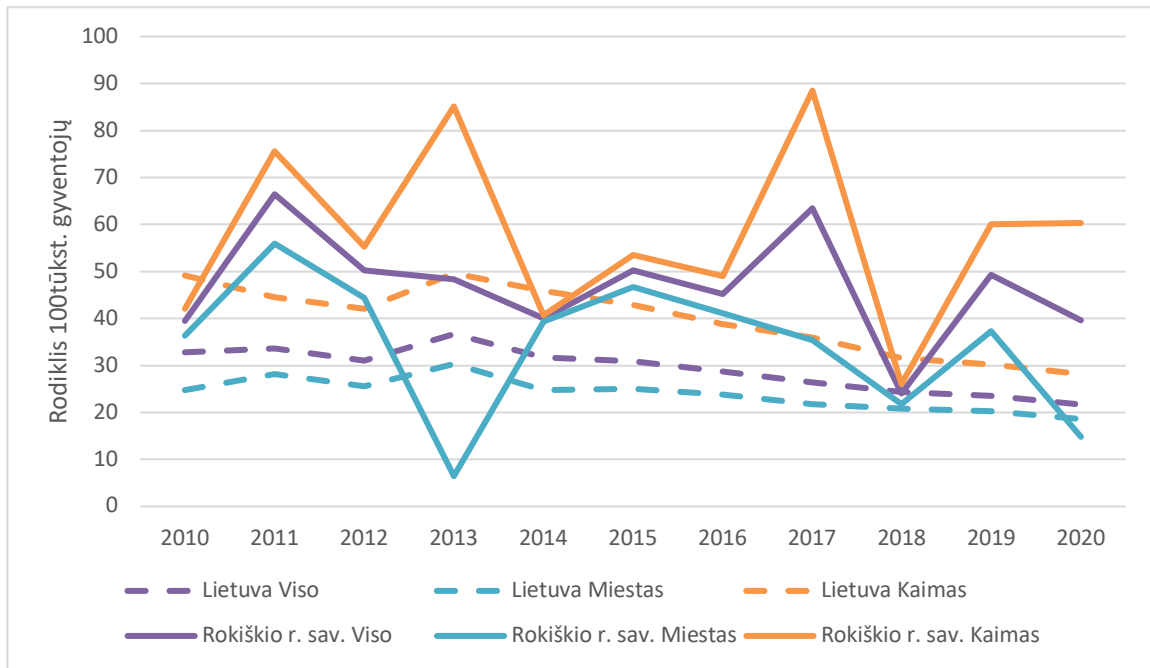
### Savižudybių regione rodikliai

Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.17 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.18 pav.) Rokiškio regione rodo, kad nepaisant rodiklių staigaus kritimo 2018m., jis išlieka aukštas, ypač dėl išliekančio aukšto vyrų ir kaimo gyventojų savižudybių rodiklio. Moterų savižudybių rodiklis paskutinius tris metus išlieka žemesnis nei Lietuvos vidurkis. Savižudybių struktūra pagal amžių ir savižudybės metodą labai panaši į visos Lietuvos. Tad šio regiono ryškiausia problema - vyrų ir kaimo gyventojų savižudybės.



4.17 pav. Savižudybių rodiklio kaita Rokiškio rajone pagal nusižudžiusio asmens lytį.





4.18 pav. Savižudybių rodiklio kaita Rokiškio rajone pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

#### Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę

Psichikos sveikatos specialistų etatų skaičius rajono PSC panašus kaip ir vidutiniškai Lietuvoje, tačiau psichiatro paslaugų suteikiama šiek tiek daugiau nei vidutiniškai - vienam prisirašiusiam asmeniui 2019m teko vidutiniškai 0,35 konsultacijos, kai Lietuvoje šis vidurkis 0,28. Tačiau psichologo konsultacijų beveik nefiksuojama, psichologo konsultacijų skaičius per 2020 metus suteiktas vienam konsultuotam asmeniui beveik lygus vienetai, t.y. beveik nefiksuojami tęstinio konsultavimo atvejai. Rajone nusižudžiusių asmenų bendras kontaktų su sveikatos priežiūros sistema dažnis ir vizitai pas psichikos sveikatos specialistą buvo panašūs į Lietuvos vidurkį. Tačiau dvigubai didesnei daliai nei vidutiniškai Lietuvoje (4 asmenys, 16%) per metus iki savižudybės fiksuotas mėginimas nusižudyti, jie pagalbą gavo Rokiškio arba Panevėžio ligoninėse, vienu atveju - Rokiškio psichiatrinėje ligoninėje. Tik dviems iš jų vėliau fiksuotos psichikos sveikatos specialistų konsultacijos. Tai rodo pagalbos po mėginimo nusižudyti stoką.

Su savižudybe susijusių diagnozių rajone fiksuojama mažiau nei kitur Lietuvoje, mažesnė jų dalis gauna psichikos sveikatos specialisto konsultaciją, nefiksuojama psichologinės pagalbos, tad pagalbos suteikimo mastai yra opi problema. Stebimas labai didelis netolygumas tarp lyčių - net esant su savižudybe susijusiai diagnozei vyrai itin retai gauna

psichikos sveikatos specialisto konsultaciją. Turint omeny, kad būtent vyrų savižudybių rodiklis Rokiškio rajone itin didelis, toks vyrų nepatekimas iki psichikos sveikatos specialisto yra itin problematiškas. Itin maža dalis asmenų, turinčių su savižudybe susijusių sunkumų, psichikos sveikatos specialisto konsultaciją gauna būtent rajono PSC. Tai rodo, kad svarbu stiprinti jo vaidmenį rajono savižudybių prevencijos sistemoje.

Remdamiesi kokybinės tyrimo dalies rezultatais, galime išskirti stipriąsias Rokiškio rajono pagalbos savižudybės krizėje esantiems asmenims puses. Per pastaruosius 4 metus buvo skirta daug dėmesio su savižudybių prevencija susijusiems vartininkų mokymams, pasak tyrimo dalyvių, visos rajono įstaigos turi jais apmokytus specialistus, specialistai yra motyvuoti nuolat kelti savo kvalifikaciją; siekiama užtikrinti mokymų reguliarumą su padidėjusios savižudybės rizikos asmenimis susiduriantiems specialistams. Be to, stengiamasi mažinti tam tikrų rajone pastebimų suicidinės rizikos veiksnių (pvz., priklausomybių) paplitimą, vertinamos psichikos sveikatos specialistų, priklausomybių konsultanto, socialinių paslaugų teikėjų paslaugos, dedama daug pastangų stiprinti psichikos sveikatos paslaugų įvairovę. Svarbu pridurti, kad rajone veikė įvairios suburtos specialistų grupės, kurios siekė gerinti gyventojų psichikos sveikatą ir prisidėti prie savižudybių problemos rajone mažinimo. Galiausiai, tai vienintelis šiame tyrime tirtas rajonas, kuriame yra ne tik psichikos sveikatos centras, teikiantis ir dienos stacionaro paslaugas, bendrojo profilio ligoninė, bet ir psichiatrijos ligoninė. Tad esama pakankama sveikatos priežiūros įstaigų įvairovė, kuria galima remtis organizuojant pagalbą su savižudybe susijusių sunkumų turintiems asmenims.

Kita vertus, vienas ryškiausių tyrime dalyvavusių specialistų subjektyviai įvardintų iššūkių – paslaugų prieinamumo problema rajone, atsispindinti ir anksčiau minėtuose objektyviuose sveikatos priežiūros sistemos rodikliuose. Tyrimo dalyviai minėjo, jog šiuo metu turimų psichikos sveikatos specialistų resursų nepakanka, pabrėžiamas psichologinės pagalbos teikėjų trūkumas. Pasak specialistų, savižudybės rizikos situacijos neretos socialinės rizikos šeimose, tačiau sudėtinga užtikrinti savalaikę pagalbą vaikams, tenka ilgiau laukti pirmosios konsultacijos. Taip pat minimi iššūkiai suteikiant pagalbą atokesnėse, kaimo gyvenvietėse esantiems žmonėms, kuriems gali būti sudėtinga atvykti pas mieste esančius specialistus. Pasak tyrimo dalyvių, esant aukštai suicidinei rizikai nesunku asmenį nukreipti stacionarinės pagalbos, tačiau kitais atvejais susiduriama su dilema – viena vertus, hospitalizacija šiuo metu nėra būtina, kita vertus, nuogaustaujama, kad asmuo nesikreips tęstinių paslaugų tiek dėl specialistų prieinamumo stokos, tiek dėl su pačiu asmeniu susijusių

aplinkybių (pvz., mažesnių finansinių galimybių atvyti iš kaimo, su priklausomybės ligomis susijusios motyvacijos stokos). Tad atrodo svarbu didinti paslaugų prieinamumą, svarstyti galimybių sudarymą specialistams atvykti pas atokiau esančius rajono gyventojus ar užtikrinti transporto paslaugas, aktyviai bendradarbiauti su socialines paslaugas teikiančiais specialistais. Kol kas, pasak tyrimo dalyvių, gerinti paslaugų prieinamumą rajone yra nelengva užduotis. Sudėtinga pritraukti ir išlaikyti specialistus, barjerai įvardinamos numatomos specialistų darbo sąlygos (pvz. terminuotos sutartys, didelis darbo krūvis, nepakankamas atlyginimas). Pagalbą organizuojantiems specialistams trūksta aiškesnės valstybinės strategijos ir ilgalaikio prioritetinių kryptių planavimo, didesnio dėmesio rajonų specialistų trūkumo problemai. Tikima, jog tai padėtų lengviau pritraukti ir išlaikyti specialistus.

Remiantis tyrimo duomenimis pastebimas ir kitas iššūkis – pasigendama aktyvesnio Rokiškio psichikos sveikatos centro vaidmens savižudybių prevencijoje, išsakoma tarpinstitucinio bendradarbiavimo, specialistų paslaugų prieinamumo stoka. Rajono PSC dirba kvalifikuoti specialistai, svarbu, jog teikiamos ir dienos stacionaro paslaugos, tačiau čia dirbantys psichikos sveikatos specialistai dažniausiai turi kitą pagrindinę darbo vietą (pvz., Rokiškio psichiatrinę ligoninę), todėl bendras specialistų darbo krūvis nepajėgia atliepti rajono gyventojų poreikių. Pasak tyrimo dalyvių, kita rajone esanti sveikatos priežiūros įstaiga, Rokiškio psichiatrinė ligoninė, gali užtikrinti patrauklesnį darbo užmokestį, kitoms institucijoms yra sudėtingiau pritraukti specialistus. Deja, panašu, kad esant sveikatos priežiūros paslaugų įvairovei, rajono PSC vaidmuo savižudybių prevencijos sistemoje yra mažesnis nei galėtų būti: PSC rečiau susiduriama su padidėjusios savižudybės rizikos situacijomis, pagalba savižudybės krizėje esantiems asmenims daugiausia yra teikiama stacionarinėse įstaigose. Tyrimo duomenys rodo, kad į sveikatos sistemą dažniausiai patenka aukštos savižudybės rizikos atvejai, po bandymo nusižudyti ar išsakant ketinimus nusižudyti, neretai apsvaigus nuo alkoholio ar kitų psichoaktyvių medžiagų. Tokiose situacijose specialistams yra sudėtinga užmegzti bendradarbiaujantį kontaktą, ne visada tam yra pakankamos sąlygos (pvz., trūksta privatumo pokalbiui ligoninės priėmimo skyriuje), be to, sunku užtikrinti pagalbos tęstinumą (dažnai į įstaigą apsvaigę patekę asmenys vėliau atsisako tolesnės pagalbos, neigia buvusius suicidinius ketinimus). Svarbu pridurti, kad būtina parama ir pagalbą teikiantiems specialistams – šalia galimybės dalyvauti savižudybių prevencijos mokymuose, reikalinga atsižvelgti ir į specialistų poreikius po sudėtingų situacijų (pvz., paciento savižudybės). Tokiais atvejais gali būti aktuali palaikanti atmosfera sveikatos

priežiūros įstaigose, supervizijų organizavimas. Tad atrodo svarbu ne tik didinti rajono PSC pajėgumus teikti pagalbą padidėjusios savižudybės rizikos asmenims, bet ir svarstyti galimybes didinti į stacionarias sveikatos priežiūros įstaigas patenkančių asmenų motyvaciją psichologinei pagalbai, suteikti reikiamą paramą pagalbą teikiantiems specialistams.

Galiausiai, tyrimo dalyviai kartojo esant aiškesnės pagalbos organizavimo tvarkos stoką, kuri prisideda prie pagalbos tęstinumo trūkumo. Specialistai teigiamai vertina Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymu Nr. V-859 patvirtintą tvarką, taip pat psichosocialinio vertinimo gairių atsiradimą, tačiau tuo pačiu išsako poreikį bendresnės sistemos, kurioje būtų aiškesnis įvairių institucijų vaidmuo savižudybių prevencijoje. Specialistams norisi turėti stipresį tarpinstitucinį bendradarbiavimą, suburtą komandą bei koordinatorių, atsakingą už savižudybių prevencijos tvarkos stebėseną rajone. Rajone jau vyko diskusijos dėl savižudybių prevencijos algoritmų kūrimo, buvo bandymų kurti tokią sistemą, tačiau šis procesas sustojo esant nepakankamai finansavimui ir specialistų trūkumui. Remiantis šio tyrimo duomenimis panašu, kad tiek specialistų prieinamumo didinimas, tiek savižudybių prevencijos organizavimo tvarkos kūrimas turėtų vykti kartu.

#### **Papildomos rekomendacijos regionui**

- Rekomenduojama didinti paslaugų prieinamumą padidėjusioje savižudybės rizikoje esantiems asmenims, ypač pirminiame lygmenyje. Svarbu stiprinti rajono PSC galimybes užtikrinti didesnę psichikos sveikatos specialistų paslaugų prieinamumą, gerinti esamas darbo sąlygas (didinant darbo užmokestį ir specialistų skaičių arba vienam specialistui skiriamas darbo valandas), aiškiau iškomunikuoti centro vaidmenį savižudybių prevencijoje tiek kitiems specialistams, tiek rajono gyventojams. Taip pat būtina pasiekti, jog ugdymo įstaigos turėtų psichologinę pagalbą teikiančius specialistus. Svarbu suteikti reikiamą paramą paslaugų prieinamumą organizuojantiems savivaldybės specialistams, atstovauti jų poreikius dialoge su valstybinę strategiją kuriančiais asmenimis (pvz., siekti ilgalaikės veiklų kryptių strategijos aiškumo, atkreipti dėmesį į rajonų specifiką ir patiriamas problemas).
- Reikalinga užtikrinti paslaugų prieinamumą toliau nuo paslaugų teikėjų gyvenantiems asmenims – organizuoti pervežimo paslaugas ar sudaryti galimybes specialistams atvykti pas atokiau esančius rajono gyventojus, bendradarbiauti su seniūnijų darbuotojais motyvuojant pagalbai.

- Svarbu megzti bendradarbiaujantį ir edukacinį santykį su rajono bendruomenėmis, skatinti kreiptis pagalbos esant sunkumams, ypač vyrus, kaimo gyventojus, turinčius priklausomybių nuo alkoholio ar kitų psichoaktyvių medžiagų, socialinės rizikos šeimas. Viešinti informaciją apie galimą pagalbą savižudybės krizėje esantiems asmenims rajono PSC ir kitose pagalbą teikiančiose įstaigose.
- Rekomenduojama stiprinti tęstinę psichikos sveikatos specialistų pagalbą padidėjusioje savižudybės rizikoje esantiems asmenims. Gydytojų įstaigose pasiūlyti psichologinę ir esant poreikiui psichiatrinę pagalbą po mėginimo nusižudyti, nuolat stiprinti specialistų, atvykstančių į su savižudybės rizika susijusio įvykio vietą, kompetencijas. Svarbu ieškoti būdų, kaip didinti asmenų motyvaciją priimti pagalbą po mėginimo nusižudyti, sudaryti tinkamas sąlygas bendradarbiaujančio santykio užmezgimui net ir sudėtingų situacijų metu (pvz., atvykus policijos lydimam apsvaigusiam asmeniui). Vėliau, atkreipti dėmesį į galimą norą kuo skubiau palikti ligoninę ne dėl suicidinės krizės sumažėjimo, bet dėl kokių nors kitų priežasčių (pvz., neigiamų aplinkinių reakcijų baimės).
- Toliau organizuoti savižudybių prevencijos mokymus vartininkams ir specialistams, konsultuojantiems savižudybės krizėje esančius asmenis, teikti reikiamą paramą ir atsižvelgti į jų poreikius po sudėtingų situacijų (pvz., paciento savižudybės), sudaryti galimybes supervizijoms.
- Tęsti savižudybių prevencijos algoritmų diegimo savivaldybėje procesą. Rekomenduojama suburti ir suteikti reikiamą paramą savižudybių prevencijos sistemos stebėseną atliekantiems specialistams bei reglamentuoti savižudybių prevencijos koordinatoriaus pareigas ir skirti papildomą finansavimą šias pareigas atliekančiam specialistui.

## **Zarasų rajonas**

### **Savižudybių prevenciją rajone reglamentuojantys dokumentai**

Zarasų rajono savivaldybės savižudybių prevencijos 2018-2021 metų programa (patvirtinta Zarasų rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr. T-150, 2018 m. birželio 29 d.).

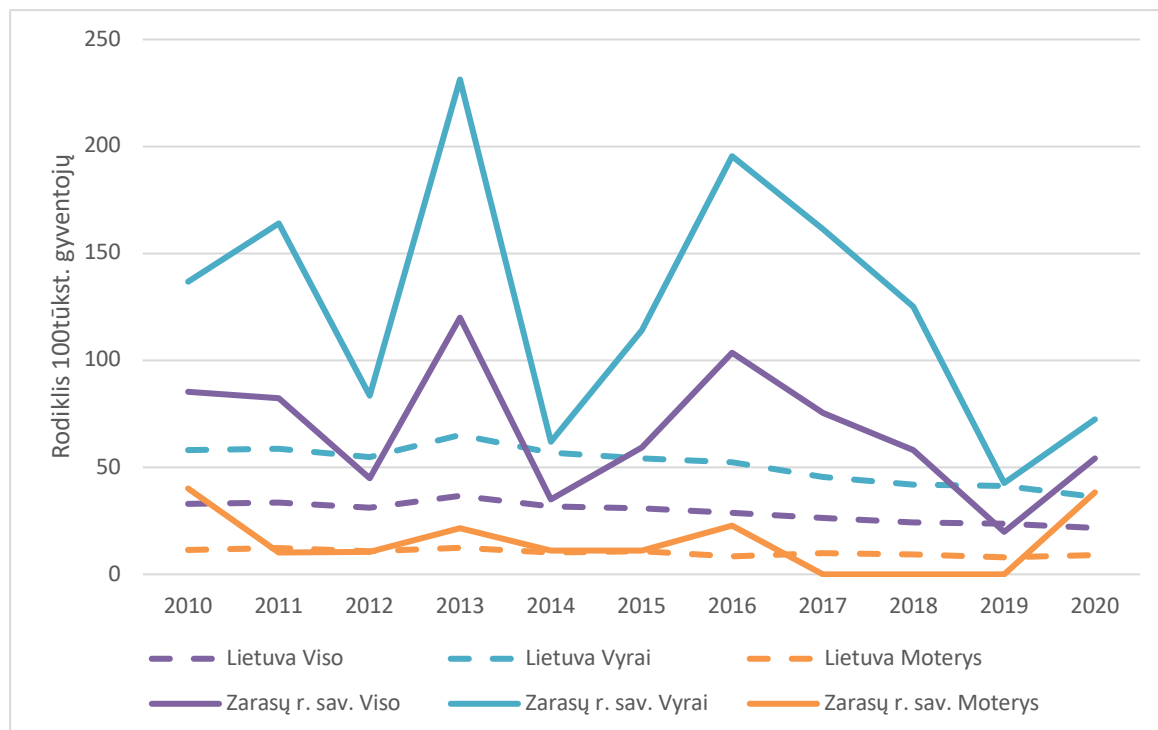
Zarasų rajono savižudybių prevencijos 2018-2021 metų programos įgyvendinimo priemonių planas (patvirtinta Zarasų rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr. T-150, 2018 m. birželio 29 d.).

Reagavimo į savižudybių riziką Zarasų rajone algoritmas (patvirtinta Zarasų rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr. T-150, 2018 m. birželio 29 d.).

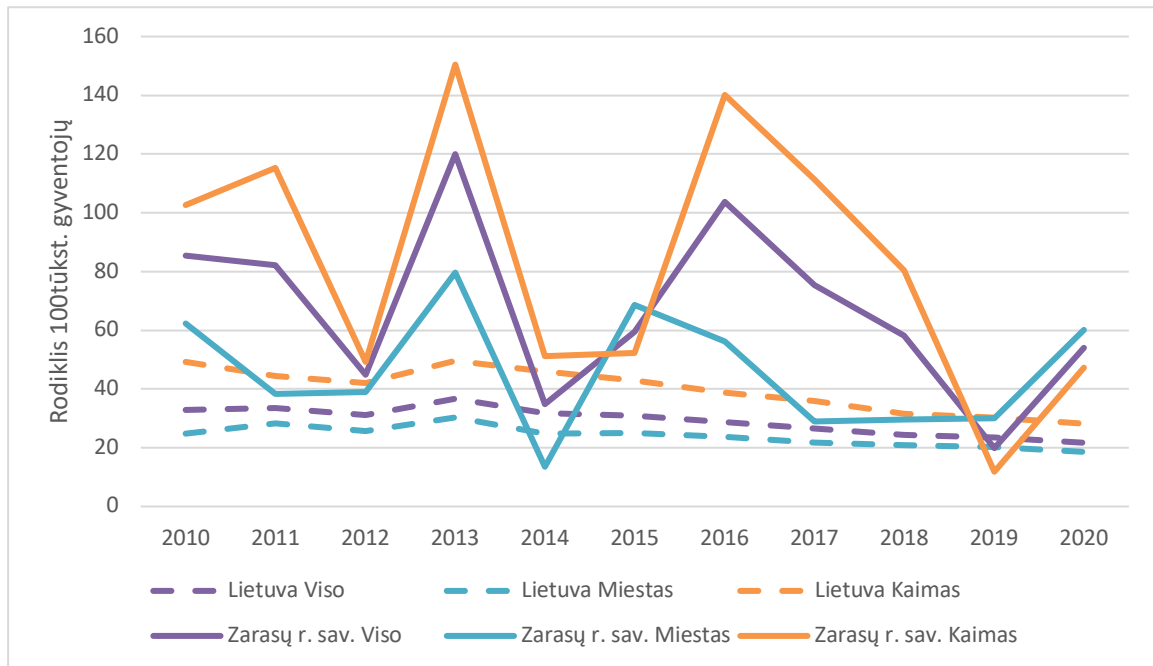
Reagavimo į vaikų ir mokinių savižudybių riziką Zarasų rajone algoritmas (patvirtinta Zarasų rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr. T-150, 2018 m. birželio 29 d.)

### Savižudybių regione rodikliai

Savižudybių rodiklio kaita pagal lytį (4.19 pav.) ir gyvenamąją vietą (4.20 pav.) Zarasų regione rodo, kad paskutiniu metu buvo stebimas savižudybių dažnio mažėjimas, tačiau rodiklis vėl padidėjo per pandemiją. Ypač stebimas miesto gyventojų savižudybių dažnio padidėjimas, tačiau jis būdingas tiek vyrams, tiek moterims, miesto gyventojų savižudybių rodiklis tapo didesnis nei kaimo gyventojų. Zarasų regione per paskutinius 5 metus buvo stebima šiek tiek daugiau nei vidutiniškai Lietuvoje jaunų žmonių (iki 20m.) ir vyresnio amžiaus žmonių (65m. ir vyresnių) savižudybių, tad svarbu atkreipti dėmesį į šias dvi amžiaus grupes.



4.19 pav. Savižudybių rodiklio kaita Zarasų rajone pagal nusižudžiusio asmens lytį.



4.20 pav. Savižudybių rodiklio kaita Zarasų rajone pagal gyvenamąją vietą (miestas/kaimas).

#### Pagrindiniai radiniai apie savivaldybę

Psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas PSC Zarasų rajone nuo 2019 iki 2020 šiek tiek sumažėjo (krito psichiatro etatų skaičius) ir tapo panašus į vidutinį Lietuvoje. Nors nuo 2019 iki 2020 psichiatro paslaugų suteikimas krito, jų suteikiama vis dar šiek tiek daugiau nei vidutiniškai Lietuvoje - vienam prisirašiusiam asmeniui net ir 2020 teko vidutiniškai 0,37 konsultacijos per metus, kai Lietuvoje šis vidurkis 0,25. Tačiau psichologo konsultacijų fiksuojama mažai (2019 m. 0,02 kons. 100 tūkst gyventojų), tęstinės konsultacijos fiksuojamos kiek dažniau nei kituose tirtuose regionuose, tačiau šis rodiklis vis tiek mažesnis nei Lietuvos vidurkis (2020 m. vienas konsultuotas asmuo gavo vidutiniškai 1,95 kons., kai vidutiniškai Lietuvoje - 2,49). Nusižudžiusių asmenų dalis, turėjusi kontaktą su sveikatos priežiūros sistema, Zarasų rajone yra panaši į visos Lietuvos vidurkį, tačiau rajono gyventojai šiek tiek dažniau konsultavosi su šeimos gydytoju ir šiek tiek rečiau - su psichikos sveikatos specialistu. Net 40% nusižudžiusių konsultavosi su šeimos gydytoju per paskutinį mėnesį iki mirties, kas yra pusantro karto dažniau nei vidutiniškai Lietuvoje, tačiau vizitų pas psichikos sveikatos specialistą dažnis panašus. Tai rodo, kad nukreipimas pas psichikos sveikatos specialistą yra nepakankamas. Analogiškai mažesnis nei vidutiniškai Lietuvoje nukreipimas pas psichikos sveikatos specialistą stebimas ir analizuojant gydymo epizodus, kai asmuo turi su savižudybe

susijusių sunkumų. Rajone taip pat stebimi netikslumai fiksuojant su savižudybe susijusias diagnozes, itin dažnai kaip tyčinė savižala fiksuojamas alkoholio vartojimas. Zarasų raj. vyrai ženkliai rečiau konsultuojasi su psichikos sveikatos specialistu esant su savižudybe susijusiems sunkumams, ši vyrų ir moterų disproporcija yra didesnė, nei kitose savivaldybėse.

2018 metais buvo patvirtinta Zarasų raj. savivaldybės savižudybių prevencijos 2018-2021 m. programa ir jos įgyvendinimo priemonių planas, reagavimo į savižudybių riziką algoritmai. Siekiant didesnio prevencijos programos ir priemonių veiksmingumo, svarbu atlikti jų vertinimą, ar visi uždaviniai buvo įgyvendinti, ar įvyko visos numatytos veiklos. Taip pat svarbu peržiūrėti ir įvertinti įvykusių veiklų kokybę, toliau vykstančius procesus, išliekamąją vertę ir galimus priemonių tobulinimo bei monitoringo būdus. Suformuoti nauji dariniai, pavyzdžiui, naujos pareigybės, komandos ar sistemos, turi būti toliau koordinuojamos, prižiūrimos ir palaikomos, suteikiant visus reikiamus resursus. Tokiu būdu atliktas įdirbis turės išliekamąją vertę. Rekomenduojama suformuoti savižudybių prevencijos programą ir ateinantiems metams.

Viena iš programos įgyvendinimo priemonių kryptį galėtų būti gyventojų skatinimas naudotis psichikos sveikatos specialistų, socialinių darbuotojų paslaugomis. Pagal Zarasų raj. rodiklius, šeimos gydytojas gali atlikti svarbų vaidmenį savižudybių prevencijoje, nes net 40% nusizudžiusių asmenų lankėsi pas šeimos gydytoją mėnesį iki mirties. Dėl to svarbu suteikti šeimos gydytojui visas reikalingas žinias apie savižudybės rizikos ženklų atpažinimą ir pagrindinius pagalbos principus. Šeimos gydytojas galėtų daugiau atlikti vartininko funkciją, kuomet savižudybės rizikoje esantys asmenys aktyviai nukreipiami į psichikos sveikatos specialistą.

Svarbus psichikos sveikatos specialistų paslaugų patrauklumo didinimas. Gyventojai gali turėti įvairias neigiamas nuostatas psichikos sveikatos sutrikimų ir pagalbos atžvilgiu. Šią stigmą būtų galima mažinti vykdant visuomenės švietimą, jį pradedant dar ankstyvame amžiuje ugdymo įstaigose. Taip pat gali būti, kad gyventojams priimtinesnė mažiau formali pagalba, kurią suteikia artimiau su gyventojais bendraujantys specialistai, pavyzdžiui seniūnijų darbuotojai, įvairių organizacijų atstovai. Jie taip pat galėtų atlikti vartininkų funkciją, tačiau kad tai vyktų, svarbu jiems suteikti žinių ir pasirengimą, įtraukti juos į bendrą pagalbos teikimo sistemą, tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Dar vienas būdas didinti psichikos sveikatos specialistų paslaugų patrauklumą yra nevyriausybinių organizacijų ir kitų įstaigų, nesusijusių su formalia sveikatos priežiūros sistema, plėtra. Gali būti, kad gyventojams yra priimtinau



kreiptis į tokio pobūdžio įstaigas, kurios pasižymi mažesniu formalumu. Pavyzdžiui, Zarasų raj. esantys bendruomeniniai šeimos namai galėtų būti tokia įstaiga, todėl svarbu šios organizacijos veiklą tęsti ir toliau vystyti.

Gyventojų vengimas kreiptis pagalbos gali būti susijęs ir su bendruomenėje vyraujančia atmosfera, jeigu ji skatina užsisklendimą, baimę būti pasmerktam ir atstumtam. Dėl to viena iš savižudybių prevencijos sričių galėtų būti bendruomenės supratimo apie psichologines problemas didinimas, palaikančios ir priimančios socialinės aplinkos skatinimas, bendruomenės narių tarpusavio bendravimo ir bendradarbiavimo stiprinimas.

Toliau tęsiant savižudybių problemos sprendimą Zarasų rajone, rekomenduojama didinti psichikos sveikatos specialistų paslaugų prieinamumą. Pirmiausia, svarbu užtikrinti pakankamą psichologo paslaugų prieinamumą visose švietimo įstaigose. Šios paslaugos turi būti teikiamos visose mokyklose ir vaikų darželiuose. Taip pat svarbu teikti transportavimo paslaugas toliau nuo rajono centro gyvenantiems asmenims, kuriems nėra galimybių viešuoju transportu nuvykti pas specialistą. Žmogui, esančiam savižudybės krizėje, sudėtingas nuvykimas pas specialistą gali būti labai sunki užduotis, todėl čia svarbi individuali priežiūra ir koordinavimas.

Savižudybės rajonuose gali būti susiję ir su kitomis socialinėmis problemomis, tokiomis kaip nedarbas, žalingas alkoholio vartojimas ir kt., todėl svarbu skirti dėmesį ir į bendrą rajono gyventojų gerbūvį, emocinę savijautą ir sunkumus, su kuriais jie susiduria.

#### **Papildomos rekomendacijos regionui**

- Įvertinus 2018-2021 m. savižudybių prevencijos programos rezultatus suformuoti savižudybių prevencijos programą ir ateinantiems metams.
- Gerinti specialistų gebėjimus atpažinti savižudybės krizę, taip pat atkreipti dėmesį į savižalos tikslesnį registravimą, apsvaigimo nuo alkoholio nekoduojant kaip tyčinės savižalos jei asmuo alkoholį vartojo apsvaigimo, ne susižalojimo tikslu.
- Skatinti gyventojus naudotis psichikos sveikatos centro, socialinių darbuotojų paslaugomis didinant šių paslaugų patrauklumą ir žinomumą.
- Didinti šeimos gydytojų kompetencijas atpažinti ir nukreipti savižudybės grėsmę patiriančius asmenis, ypač vyrus, psichikos sveikatos specialisto konsultacijai.
- Svarbios prevencijos, švietimo veiklos, mažinančios atskirtį bendruomenėje, taip pat siekiančios keisti neigiamas nuostatas psichikos sveikatos atžvilgiu.

- Didinti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą atokiau nuo rajono centro gyvenantiems asmenims.

## **Bendros tyrimo išvados ir rekomendacijos**

### **1. Vertinant savižudybių prevencijos sistemą duomenų tikslumas išlieka opi problema.**

Savižudybių duomenų tikslumo analizė ir galimi sprendimai yra aprašyti kituose tyrimuose (žr. Rimkevičienė ir Misevičius, 2020). Svarbu atkreipti dėmesį, kad dalyje rajonų fiksuojamos tik vyrų savižudybės (Pagėgių, Kalvarijos raj.) arba tik savižudybės pasikariant (Jurbarko, Kalvarijos, Pakruojo raj.). Tad tikėtina, kad savižudybės kitais metodais, pvz. apsinuodijant, lieka fiksuotos po kitomis mirties priežastimis, ir tai labiausiai gali veikti moterų savižudybių rodiklius, nes jos turi tendenciją naudoti ir kitus savižudybės metodus.

SVEIDRA sistemoje tiek tyčinės savižalos, tiek minčių apie savižudybę fiksavimas vis dar nėra tikslus. Su savižudybe susijusios diagnozės ne visada yra fiksuojamos net teikiant specializuotas paslaugas (psichosocialinį vertinimą), o tyčinės savižalos atvejų skaičius yra retesnis arba vos didesnis nei įvykusių savižudybių, kai turėtų būti bent 10 kartų didesnis. Taip pat SVEIDRA sistemoje beveik nefiksuojamos psichologo konsultacijos, tad sunku įvertinti realius pagalbos teikimo mastus. Esant tokiai situacijai sunku vertinti pagalbos teikimo mastą, jo pokyčius ir lieka neaišku, kuria dalimi rajonų skirtumai atspindi objektyvius rajonų skirtumus, o kuria – duomenų tikslumo skirtumus.

Šiuo atveju būtinos paskatos ir procedūros SVEIDRA sistemoje fiksuoti visus su savižudybe susijusius atvejus bei pagalbos teikimą, taip pat rekomenduojama įgyvendinti pasiūlymus savižudybių registravimo sistemos tobulinimui (žr. Rimkevičienė ir Misevičius, 2020).

### **2. Tirtose savivaldybės, o taip pat greičiausiai ir visoje Lietuvoje, pagalbos sistema nusižudyti ketinantiems žmonėms tiek menkai išvystyta, kad nesudaro realios atsvaros suicidogeniniams veiksniams.**

Daugiausiai pagalbos yra sutelkta į krizines situacijas, fokusuojantis į stacionarinę pagalbą. Tačiau visi specialistai akcentuoja tęstinės, ypač ambulatorinės pagalbos stoką. Objektyvūs duomenys tą patvirtina. Visuose tirtuose rajonuose objektyvūs rodikliai rodo, kad PSC vaidmuo teikiant pagalbą su savižudybe susijusiose situacijose šiuo metu yra itin mažas. Tirtuose rajonuose jų PASPĮ fiksuota tik apie 10-20% visų su savižudybe susijusių diagnozių,

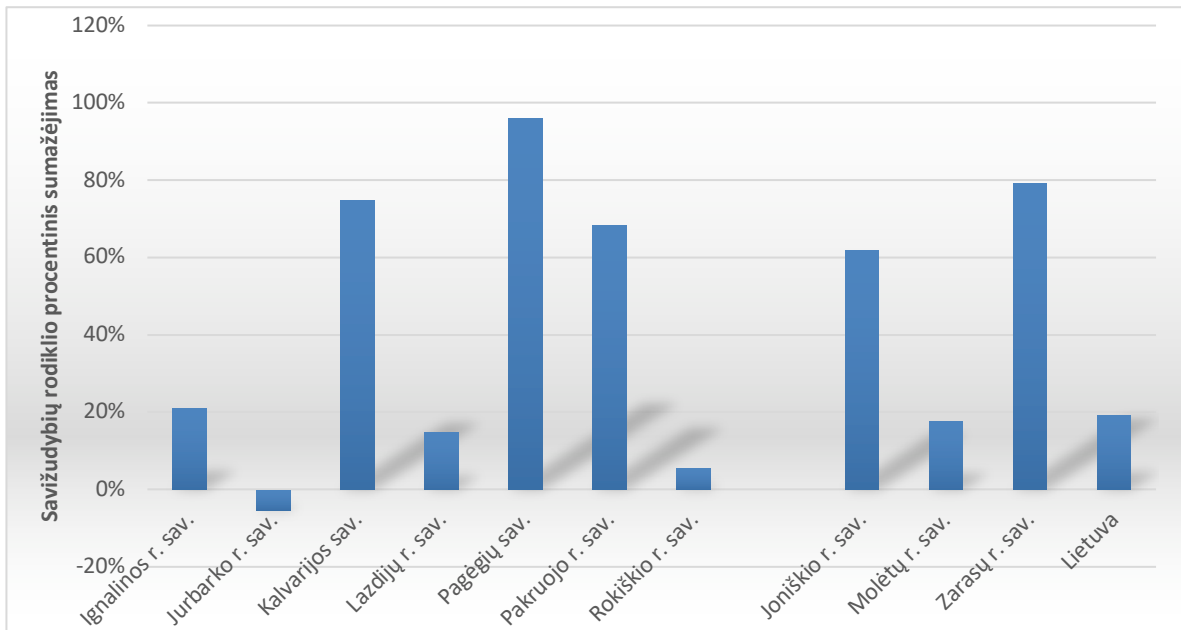
net ir ambulatoriškai pagalba dažniau teikta didesnių, ne rajoninių ligonių priėmimo ir skubios pagalbos skyriuose. Esamos psichikos sveikatos paslaugos taip pat nepasiekia tų, kuriems labiausiai reikia: tik apie trečdalis nusižudžiusių buvo konsultuoti psichikos sveikatos specialisto paskutinius metus iki mirties. Psichologo konsultacijų skaičius, kai jos fiksuojamos, svyruoja apie vieną konsultaciją vienam atvejui, tad apie jokią tęstinę pagalbą šiuo metu neina kalba. Tad modelis, kuomet akcentuojama, jog būtent PSC turėtų turėti pagrindinį vaidmenį teikiant pagalbą savižudybės krizėje esantiems asmenims visiškai neveikia ir paslaugų stoka akivaizdi visuose tirtuose regionuose, tikėtina ir visoje Lietuvoje.

Duomenys rodo, kad tokios specializuotos pagalbos stoka labiausiai paliečia ilgalaikių sunkumų, sudėtingesnių psichikos sutrikimų turinčius asmenis, taip pat asmenis turinčius ir su savižudybe, ir su psichoaktyvių medžiagų vartojimų susijusių sunkumų. Specialistai dažnai jaučiasi bejėgiai jiems padėti esamoje sistemoje, tokie pacientai „nurašomi“ kaip nemotyvuoti, nes vis naudojasi esamomis paslaugomis (pvz. stacionarine pagalba) krizinėse situacijose be realaus matomo poveikio. Tai gali prisidėti prie specialistų perdegimo jausmų.

Šiuo atveju būtina plėsti specializuotas antrinio lygio paslaugas arba steigti specializuotus centrus, kur tokia tęstinė pagalba būtų teikiama remiantis biopsichosocialiniu, ne vien medicininio modeliu, fokusuojantis į psichologines ir psichosocialines intervencijas.

### **3. Regioninių algoritmų parengimas ir patvirtinimas prisideda prie savižudybių prevencijos, nes palengvina tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir suteikia specialistams aiškumo, kaip teikti pagalbą.**

Iš tirtų savivaldybių, trejose per paskutinius metus atsirado savižudybių prevencijos algoritmai/strategijos: 2018m. Molėtuose ir Zarasuose, o 2019m. Joniškyje. Kaip pasikeitė savižudybių rodikliai šiose savivaldybėse ir kitose 2019m. lyginant su 2015-2017m. pavaizduota 1 pav. Grafike atvaizduotas rodiklio sumažėjimas procentais, t.y. didesni stulpeliai rodo didesnę sumažėjimą. Dešinėje išskirtos savivaldybės turinčios algoritmą bei palyginimui visos Lietuvos savižudybių rodiklio pokytis, kairėje – tokio algoritmo neturinčios savivaldybės. Palyginimui neįtraukti 2020m. dėl skirtingo pandemijos ir jos pasekmių poveikio skirtingiems regionams. Reikėtų ženkliai ilgesnio stebėjimo laiko pastebėti algoritmų poveikius, tačiau svarbu atkreipti dėmesį, kad be algoritmo panašiai sumažėjo tik mažesnės Pagėgių savivaldybės rodiklis, o Pakruojo rajonas ir Kalvarijos savivaldybė išsiskiria tuo, kad algoritmai ten buvo rengiami, nors ir nepabaigti bei nepatvirtinti.



1 pav. Procentinis savižudybių rodiklio sumažėjimas rajone 2019m. lyginant su 2015-2017m. Didesnis procentas rodo didesnę sumažėjimą.

Specialistai taip pat kalbėjo apie tokių algoritmų poreikį, o savivaldybėse, turinčiose juos – apie tai, kad jis suteikia tvarkos, aiškumo, palengvina bendradarbiavimą tarp specialistų ir institucijų, tad tuo pačiu ir krizėje esančio žmogaus galimybes pasiekti pagalbą. Tuo pačiu gali būti, kad pradžioje algoritmo įvedimas gali net pabloginti savižudybių rodiklius, nes pagerėja savižudybės atvejų atpažinimas. Pavyzdžiui, Molėtų savižudybių rodiklis išlieka prie didesnių, nepaisant pakankamai gerų pagalbos teikimo rodiklių. Tačiau šioje savivaldybėje fiksuojama daugiau moterų savižudybių ir savižudybių kitais metodais nei pasikariant, kas gali rodyti didesnę statistikos tikslumą. Galiausiai, svarbu atkreipti dėmesį kad algoritmas paaiškina pagalbos teikimo kelią, tačiau savaime nesukuria didesnio paslaugų kiekio; šia problemą reikia spręsti atskirai.

Rekomenduojama savivaldybių, ypač didesnių, lygmenyje padėti pasirengti ir patvirtinti veikiančius savižudybių prevencijos algoritmus. Svarbu atkreipti dėmesį, kad jie turi būti parengti lokaliai, atsižvelgiant į tos bendruomenės pagalbos teikimo sistemą, poreikius bei resursus, tą specialistai ypač vertina. Neįvertinantys vietos specifikos algoritmai mažai tikėtina, kad bus veiksnūs.

**4. Pagrindinė pagalba savižudybės grėsmę patiriančiam žmogui vyksta per santykį su pagalbą teikiančiu žmogumi.**

Tiek psichikos sveikatos specialistai, tiek vadinamieji „vartininkai“ – pirmiausia susiduriantys su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis ir nukreipiantys juos pagalbai – daugiausiai pagalbos teikime akcentavo santykį su savižudybės grėsmę patiriančiu asmeniu, o ne specifinius pagalbos metodus. Kai santykis pavykdavo, pavykdavo ir pagalbos teikimas, o jei pagalbos teikimas nepavykdavo, tai dažniausiai būtent dėl su santykiu susijusių sunkumų. Teikiant pagalbą kaip sunkiausia dalis būtent akcentuotas priėjimas prie žmogaus, santykio užmezgimas. Specialistai akcentavo motyvacijos stoką: kad asmenys, galvoję apie savižudybę, dažnai abejoja ir dėl pagalbos, dėl ko tą santykį megzti būna nelengva.

Tad teikiantiems pagalbą asmenims daugiausiai reikia žinių, kaip kurti santykį su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis, gebėjimų tą daryti ir, svarbiausia, sąlygų. Akcentuota, kad tokio santykio kūrimas reikalauja laiko, pastangų. Taip pat sukūrus tokį santykį su vienu teikiančiu pagalbą asmeniu, svarbu sudaryti sąlygas jį palaikyti, nes keičiantis pagalbą teikiantiems asmenims tokį santykį vėl reiks kurti iš naujo.

#### **5. „Vartininkų“ grupė nėra homogeniška ir planuojant savižudybių prevencijos veiklas būtina atsižvelgti į skirtingų „vartininkų“ grupių poreikius ir išnaudoti jų stipriąsias puses.**

Vadinamieji „vartininkai“ – tai savižudybių prevencijos sistemos dalyviai pirmieji susiduriantys su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis ir galintys nukreipti juos tolimesnei pagalbai (pvz., socialiniai darbuotojai, policininkai, gydytojai, mokytojai ir pan.). Tyrimas atskleidė, kad jie nėra homogeniška grupė. Tyrimas atskleidė stiprų seniūnijų darbuotojų vaidmenį savižudybių prevencijoje rajonuose, jų stiprų pasirengimą reaguoti. Šiai grupei daugiausiai reikėtų įtraukimo į savižudybių prevencijos sistemą, kad jie tiksliai žinotų, kur ir kaip toliau nukreipti pagalbos, bei tolesnio palaikymo: atvejų aptarimų, supervizijų ir pan. Tuo tarpu policijos pareigūnų atveju didesnis dėmesys turėtų būti skiriamas bendrosioms žinioms ir tinkamų nuostatų formavimui, nes šiuo metu tai gali tapti didžiausiais trukdžiais pagalbos teikime.

#### **6. Nerasta tiesioginių sąsajų tarp COVID-19 sergamumo regionuose ir savižudybių, o pandemijos ir karantino poveikis vertintas nevienareikšmiai.**

Tyrimo duomenys nerodo tiesioginių sąsajų tarp sergamumo COVID-19 ir didesnio savižudybių ar su savižudybe susijusių sunkumų atsiradimo. Vistik yra savivaldybių, kuriose savižudybių rodikliai pandemijos metu augo, nepaisant bendro savižudybių rodiklių kritimo

tai daugiausiai šiaurės-rytų regionai, ir juose gali būti reikalinga papildoma pagalba sprendžiant šiuos sunkumus.

Dalis pagalbos teikimo pokyčių pandemijos metu vertinti teigiamai, ypač didesnis nuotolinių psichologinių paslaugų prieinamumas, kuris daliai pacientų pasiteisino ir tiko. Rekomenduojama tokias galimybes išlaikyti ir pasibaigus pandemijai. Visgi daliai pacientų tokios paslaugos nebuvo priimtinos, tad svarbu net ir tokių situacijų kaip pandemija metu kiek įmanoma išlaikyti galimybę ypač esant savižudybės krizei kreiptis ir tiesioginei, „gyvai“ pagalbai. Nemaža dalis paslaugų įvairovės išsilaiškė tik pačių specialistų iniciatyva ir pastangomis, buvo pasigesta bendrų gairių ir sąlygų teikti skirtingo pobūdžio paslaugas (nuotolines ir tiesiogines paraleliai). Tai gali gan stipriai sekinti specialistus ir sukurti perdegimą, bloginti jų darbo kokybę, todėl būtina užtikrinti specialistams tinkamas sąlygas (pvz. kokybiškos, veikiančios nuotolinio ryšio priemonės) ir aiškias, vieningas gaires, kaip, kuriais atvejais, koku būdu teikti nuotolines ir/ar tiesiogines paslaugas.

## Literatūra

- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 91-93, doi: [10.1016/j.tjem.2018.08.001](https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001)
- Albright, G. L., Davidson, J., Goldman, R., Shockley, K. M., & Timmons-Mitchell, J. (2016). Development and Validation of the Gatekeeper Behavior Scale. *Crisis*, 37(4), 271–280. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000382>
- Baker, S. T. E., Nicholas, J., Shand, F., Green, R., & Christensen, H. (2018). A comparison of multi-component systems approaches to suicide prevention. *Australasian Psychiatry*, 26(2), 128–131. <https://doi.org/10.1177/1039856217743888>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. London: Sage Publications Inc.
- Burnard, P., Edwards, D., Fothergill, A., Hannigan, B. & Coyle, D. (2000). Community mental health nurses in Wales: self-reported stressors and coping strategies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 523-528. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00351.x>
- Dadašev, S. (2017). *Mėginusijų nusižudyti savižudybės proceso patirtis* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Espeland, K., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2020). “Time to try something new” – Professionals’ experiences and reflections on suicide prevention in Norway. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1–7. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000740>
- Eurostat (2021). *Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence*.  
Prieiga per internetą: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_CD\\_ASDR2\\_custom\\_15337/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ASDR2_custom_15337/default/table?lang=en)
- Gailienė D. *Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje*. Vilnius: Tyto alba, 1998.



- Grigutyte, N. (2015). *Tyrimo metodologija*. D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 24-33). Vilnius: Eugrimas.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J. & COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C. & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 31(3), 342–347. <https://doi.org/10.1521/suli.31.3.342.24252>
- Higienos institutas (2021a). *Statistinių duomenų apie mirties priežastis paieškos priemonė* (2021 m. balandžio 28 d. atnaujinimas, 2020m. išankstiniai duomenys) [Duomenų rinkinys]. Prieiga per internetą: [https://hi.lt/lt/paieskos\\_priemone.html](https://hi.lt/lt/paieskos_priemone.html)
- Higienos institutas (2021b). *COVID-19 mirtys Lietuvoje* (2020 m. išankstiniai duomenys) [Infografikas]. Prieiga per internetą: <https://www.hi.lt/news/1783/1310/Skelbiamisankstiniai-duomenys-apie-2020-m-mirusiu-Lietuvos-gyventoju-mirties-priezastis.html>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Jeršovas, M., (2020). *Savižudybių prevencijos mokymų (safeTalk) ilgalaikis poveikis dalyviams: moderatorių analizė* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.

- Kristensen, T. S., Borritz, B., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207, doi: 10.1080/02678370500297720
- Krysinska, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Calear, A. L., Cockayne, N., & Christensen, H. (2016). Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 115–118. <https://doi.org/10.1177/0004867415620024>
- Larsen, M. E., Torok, M., & Onie, S. (2020). Understanding the effects of a suicide prevention strategy at a jumping site. *EClinicalMedicine*, 19, 100278. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100278>
- Lietuvos Respublikos Seimas (2007). 2007 m. balandžio 3 d. nutarimas Nr. X-1070 Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.295147?jfwid=-g0zrz5mcs>
- Lietuvos Respublikos Seimas (2016). 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid>
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020a). 2020 m. rugsėjo 9 d. įsakymas Nr. V-2008 Dėl Nacionalinio savižudybių prevencijos veiksmų 2020–2024 metų plano patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/25d91842f28811eab72ddb4a109da1b5>
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020b). 2020 m. liepos 3 d. įsakymas Nr. V-1596 Dėl Ilgalaikių neigiamų COVID-19 pandemijos pasekmių visuomenės psichikos sveikatai mažinimo veiksmų plano patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/08367971c01711eaae0db016672cba9c?jfwid=-yj5zr00nx>
- Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė (2017). Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims susijusiems su savižudybės rizika. Valstybinio audito ataskaita. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23684/savizudybiu-prevencija-ir-pagalba-asmenims-susijusiems-su-savizudybes-rizika>
- Mahase, E. (2020). Covid-19: Mental health consequences of pandemic need urgent research, paper advises. *BMJ*, 369, m1515. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1515>

- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- McIntyre, R. S., & Lee, Y. (2020). Preventing suicide in the context of the COVID-19 pandemic. *World psychiatry*, 19(2), 250. <https://doi.org/10.1002/wps.20767>
- Monteith, L. L., Holliday, R., Brown, T. L., Brenner, L. A., & Mohatt, N. V. (2020). Preventing suicide in rural communities during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Rural Health*. <https://doi.org/10.1111/jrh.12448>
- National Action Alliance: Clinical Care & Intervention Task Force. (2011). *Suicide Care in Systems Framework: Report*. Prieiga per internetą: <https://theactionalliance.org/resource/suicide-care-systems-framework>
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brečić, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S-S., Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Rimkevičienė, J. ir Misevičius, R. (2020). *Savižudybių registravimo sistemos tobulinimo projektas. Ataskaita*. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras. Prieiga per internetą: <https://vpsc.lrv.lt/lt/informacine-medziaga/savizudybiu-prevencijos-biuras-informuoja-1/savizudybiu-registravimo-sistemas-tobulinimo-projektas>
- Rimkevičienė, J., Strička, M. ir Skruibis, P. (2016). *Savižudybių prevencijos Vilniaus mieste atvejo vadybos modelis. Ataskaita*. Vilnius: Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras.
- Roškar, S. & Vinke, M. (2020). Suicide prevention in Slovenia in the context of public health. *European Journal of Public Health*, 30(5), 448. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1217>
- Samuelsson, M., Wiklander, M., Asberg, M. & Saveman, B. (2000) Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 635–643. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01522.x>

- Strička, M., Meišimė, J. ir Misevičius, R. (2021). *Pagalba savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Ataskaita*. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras. Prieiga per internetą: <https://vpssc.lrv.lt/lt/informacine-medziaga/savizudybiu-prevencijos-biuras-informuoja-1/pagalba-savizudybes-gresme-patiriantiems-asmenims-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigose>
- Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature human behaviour*, 5(2), 229-238. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Hegerl, U. (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: Developing the 2-20 benchmark. *Injury Prevention*, 18(5), 321–325.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30030-x)
- Žiedelis, A. (2020). *Psichosocialinių darbo veiksmių, pašaukimo darbe ir psichologinės savijautos reikšmė slaugytojų įsitraukimui į darbą* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Windfuhr, K. (2009). Issues in designing, implementing, and evaluating suicide prevention strategies. *Psychiatry*, 8(7), 272-275. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.04.002>
- World Health Organization. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Prieiga per internetą: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/130750/E60246.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

World Health Organization. (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Geneva: World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>

## **Priedai**

P1 lentelė. Pagalbos teikimo proceso sunkumai: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Santykis su asmeniu savižudybės rizikoje (n=59, 35%)	Rasti bendrą kalbą (16) Įgauti pasitikėjimą (14) Paskatinti atsiverti (14) Pradėti pokalbį (8) Išklaustyti ir suprasti (5) Neįžeisti (1) Kalbėti įtikinamai (1)	„Sunkiausia įsiskverbti į žmogaus problemą, dėl kurios jis nori nusižudyti, įgauti jo pasitikėjimą, kad jis prabilėtų apie tikrąsias priežastis ir išgyvenimus.“ „Sunkiausia, kai žmogus slepia savo išgyvenimus, kai negali prakalbinti.“
Pagalbos teikimas (n=47, 28%)	Įtikinti kreiptis pagalbos (20) Atpažinti riziką (13) Suteikti pagalbą (6) Didinti norą gyventi (3) Paklausti, ar reikia pagalbos (2) Atkalbėti (1) Patarti (1) Keisti nuostatas (1)	„Prikalbinti kreiptis pagalbos, nes žmogus norintis nusižudyti labai dažnai atmeta visus argumentus, kodėl neverta to daryti.“ „Sunkiausia identifikuoti tokį asmenį. Atpažinus požymius labai sunku prikalbinti kreiptis pagalbos pas specialistus (...).“
Vidiniai specialisto išgyvenimai teikiant pagalbą (n=9, 5%)	Išbūti su neigiamomis emocijomis (2) Išlikti ramiam (2) Įtampa teikiant pagalbą (2) Išlaikyti ribas (1) Negalėjimas apsaugoti (1) Laukimas (1)	„Tenka priimti daug neigiamų emocijų.“ „(...) didelė įtampa juntama būnant šalia tokio žmogaus (...).“ „Padėti, tačiau netapti emociškai priklausomu..“
Savižudybės tema (n=7, 4%)	Kalbėtis apie savižudybę (6) Tarti žodį „savižudybė“ (1) Įvykusi savižudybė (1)	„Kalbėtis apie jo norą nusižudyti.“ „Sunkiausia paklausti, ar kyla minčių apie savižudybę, nes dar sunku tą stiprų žodį ištarti garsiai.“
Komunikacija su artimaisiais/kitais asmenimis (n=3, 2%)	Informuoti artimuosius (2) Įtikinti kitus apie situacijos rimtumą (1)	„Pranešimas artimiesiems (tėvams).“ „Įtikinti aplinkinius, kad tai rimta.“

P2 lentelė. Pagalbos sistemos trūkumai: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Pagalbos galimybės (n=15, 8%)	Galimybių gauti pagalbą trūkumas (9) Specialistų trūkumas (5) Brangios specialistų paslaugos (1)	„Turime tik vieną psichologą, jei šis specialistas netinka žmogui (dėl religinių, etinių pažiūrų ir kt.), rajone nėra pas ką nukreipti.“ „Pasiūlyti pagalbą, kuri būtų lengvai prieinama kaimiškoje savivaldybėje.“ „Sunkiausia, kad nėra išplėtotą jokios kompleksinės pagalbos bendruomenėje. Vienintelė pagalba dažniausiai hospitalizacija.“ „(...) privačia praktika užsiimančių specialistų paslaugų dideli įkainiai.“ „Daugiau žinių man pačiai.“
Kvalifikacija (n=3, 2%)	Žinių trūkumas (1) Patirties trūkumas (1) Psichologinės paramos specialistams trūkumas (1)	
Pagalbos sisteminiai veiksniai (n=2, 1%)	Valdžios požiūris (1) Algoritmo nebuvimas (1)	„Krizinėje situacijoje valdžios požiūris tik ieškojimas kaltų, o ne darbuotojui psichologinės paramos suteikimas.“
Organizaciniai veiksniai (n=2, 1%)	Didelis užimtumas (1) Kitų specialistų apatija (1)	„Užimtumas, suplanuotas laikas kitam darbui.“



P3 lentelė. Specialistų jausmai ir mintys: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Baimė (n=5, 3%)	Baimė, ar spės padėti (2) Baimė suklysti (1) Baimė būti nesuprastam (1) Baimė išgąsdinti (1)	<i>„(...) bijau išgąsdinti žmogų.“</i> <i>„Baimė suklysti, užgauti, pabloginti situaciją, likti neteisingai suprastai ir kad nepavyks.“</i>
Kaltė (n=3, 2%)	Kaltės jausmas (3)	<i>„Kaltės jausmas, kad esi kaltas, kad kažko nepadarei.“</i>
Atsakomybė (n=3, 2%)	Atsakomybės už žmogaus gyvybę jausmas (3)	<i>„Per gilus pasinėrimas ir per didelė asmeninė atsakomybė ir kaltės pojūtis.“</i>
Bejėgiškumas (n=1, 0.5%)	Bejėgiškumas (1)	<i>„Bejėgiškumo jausmas pagalbos atveju, kai mėgini padėti, o žmogus sąstingyje ir nežinia, ar priima tavo pagalbą.“</i>
Nerimas (n=1, 0.5%)	Nerimas dėl gyvybės (1)	<i>„Jaučiama atsakomybė ir nerimas dėl žmogaus gyvybės.“</i>
Nežinomybė (n=1, 0.5%)	Nežinomybė, kaip elgtis (1)	<i>„Nežinomybė, kaip elgtis, bendrauti, priėti prie žmogaus, pradėti kontaktą.“</i>
Nusivylimas (n=1, 0.5%)	Nusivylimas savimi (1)	<i>„Nusivilčiau, kad nesugebėčiau padėti.“</i>

P4 lentelė. Savižudybės rizikoje esančio asmens veiksniai: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Pagalbos nepriėmimas (n=7, 4%)	Atsisakymas priimti pagalbą (3) Problemos nepripažinimas (2) Persigalvojimas (1) Asmens požiūris (1)	„Sunkiausia, kai matai, kad žmogui reikalinga pagalba, bet jis tą neigia.“ „Jo požiūris.“ „Sunku būtų, jeigu pasiūlyčiau pagalbą, o jis atsisakytų ir nusižudytų.“
Gyvenimo aplinkybės (n=1, 1%)	Žalojanti žmogaus socialinė aplinka (1)	„Pakeisti žmogaus aplinką (materialinę ir emocinę). Kai pasikalbėjus su žmogumi suvoki, kas jį verčia galvoti apie savižudybę, ir tu pamatai, kad tokią materialinę pagalbą suteikti negali, kad negali apsaugoti žmogaus nuo kartu gyvenančių asmenų psichologinio smurto, tada būna sunku.“

P5 lentelė. Specialisto gebėjimai: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Santykio kūrimas (n=69, 28%)	Gebėjimas: išklaustyti (34) bendrauti (13) pelnyti pasitikėjimą (5) prakalbinti (4) motyvuoti (3) nuraminti (3) priimti (2) nuteikti pozityviai (2) užduoti tinkamus klausimus (1) sukurti jaukumo pojūtį (1) perkalbėti (1)	„Gebėjimas klausytis ir girdėti.“ „Greitai pelnau žmogaus pasitikėjimą.“ „Aš moku išklaustyti, žmonės gali atsiverti.“ „Gebėjimas ramiai išklaustyti.“ „Žmonės su manimi jaučiasi jaukiai ir dažnai patys to nejausdami kalba apie juos slegiantį skausmą ir polinkį savižudybei.“ „Gebėjimas išklaustyti, patarti, suprasti, nesmerkti.“
Nukreipimas pagalbai (n=8, 3%)	Gebėjimas nukreipti pagalbai (8)	„Gebėjimas suteikti pagalbos kontaktus.“ „Nukreipimas pas reikiamus specialistus.“
Rizikos atpažinimas (n=4, 2%)	Gebėjimas atpažinti rizikos ženklus (4)	„Mokėjimas išklaudyti žmogų, atpažinti ženklus.“
Reakcija į krizės situaciją (n=5, 2%)	Gebėjimas: greitai reaguoti (2) rasti informaciją apie pagalbą (2) racionaliai mąstyti (1)	„Savitvarda, šaltas protas, greita reakcija.“ „Nepulti į paniką.“ „(...) žinau, kaip rasti informaciją apie pagalbos galimybes ne tik rajone.“

P6 lentelė. Specialisto savybės: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Asmens savybės (n=64, 26%)	Empatija (14) Ramybė (13) Supratingumas (7) Nuoširdumas (5) Drąsa (5) Kantrybė (4) Pasitikėjimas savimi (4) Komunikabilumas (4) Dėmesingumas (2) Atkaklumas (2) Rūpestingumas (2) Konkretumas (1) Globėjiškuma (1)	<i>„Pasitikėjimas savimi, kad galiu pasikalbėti, padėti ir duoti patarimus.“</i> <i>„Draugiškumas, empatija.“</i> <i>„Ramus būdas, kantrybė.“</i> <i>„Atvirumas, konkretumas ir nebijojimas kalbėti su žmogumi apie esamas problemas.“</i>
Požiūris (n=8, 3%)	Nesmerkiantis požiūris (4) Optimistiškas požiūris (1) Gyvenimo vertinimas (1)	<i>„Gyvenimo vertinimas (...)“</i> <i>„Nesmerkiu kitų žmonių.“</i>
Kita (n=2, 1%)	Profesija (2)	<i>„Kad esu medikas (...)“</i>

P7 lentelė. Kompetencija: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Žinios (n=28, 12%)	Žinios (18) Dalyvavimas mokymuose (9) Išsilavinimas (1)	<i>„Esu dalyvavusi mentorystės mokymuose, turiu psichologinių ir pedagoginių žinių bei įgūdžių.“</i>
Patirtis (n=15, 6%)	Profesinė patirtis (12) Bendravimo su nusižudžiusiais asmenimis patirtis (2) Amžius (1)	<i>„Mano stiprybė - gyvenimo patirtis.“</i> <i>„Esu bendravęs su keletu žmonių, kurie nusižudė, ir prisimenu, kaip jie elgėsi iki šio sprendimo.“</i>
Pasirengimas (n=3, 1%)	Psichologinis pasirengimas (3)	<i>„Stiprus psichologinis pasiruošimas (...).“</i>
Kontaktai (n=2, 1%)	Platus kontaktų ratas (2)	<i>„Pažįstu savo seniūnijos žmones, todėl, manau, čia būtų mano stiprybė.“</i> <i>„Asmeniniai kontaktai su socialinės ir psichologinės pagalbos srityje dirbančiais asmenimis.“</i>

P8 lentelė. Pagalbos teikimas: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Pagalbos užtikrinimas (n=16, 7%)	Noras ir pastangos padėti (10) Pagalbos organizavimas (1) Tęstinės pagalbos teikimas (1) Laiko skyrimas (1) Erdvės išsikalbėjimui suteikimas (1) Dažnesni susitikimai (1) Palydėjimas pas specialistą (1) Naudojimas pagalbos algoritmu (1)	„Rajone yra patvirtintas savižudybės prevencijos algoritmas, - tai suteikia galimybę turėti veiksmų planą, stengiantis padėti žmogui, esančiam savižudybės rizikoje.“ „Saugumo užtikrinimas, tęstinė pagalba.“ „(...) noras padėti, ieškoti sprendimų.“
Saugumas (n=8, 3%)	Buvimas kartu (3) Konfidencialumo užtikrinimas (3) Pokalbio palaikymas (2)	„Kalbėjimas, buvimas kartu.“ „(...) nepalikčiau vieno, padėčiau palydėti pas specialistą, nuolat palaikyčiau pokalbį.“ „(...) paslapties išsaugojimas.“
Pagalbos metodai (n=11, 5%)	Įkalbėjimas (5) Bandyamas užjausti ir suprasti (3) Patarimų teikimas (2) Kalbėjimas apie teigiamus dalykus (1)	„(...) kalbėti apie teigiamus dalykus.“ „Supratimas ir bandymas užjausti.“ „(...) patarimai kreiptis pagalbos.“ „Įkalbėjimas.“
Situacijos vertinimas (n=2, 1%)	Neabejingumas (1) Rizikos nenuvertinimas (1)	„Niekada nelikčiau abejinga tam žmogui (...)“

P9 lentelė. Sveikatos apsaugos sistemos veiksniai, kaip rajono stiprybės: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Specialistai (n=58, 27%)	Psichologai (n=30) Psichiatrai (n=10) Soc. darbuotojai (n=8) Specialistai (n=6) Medikai (n=3) Vaikų psichiatras (n=1)	<i>“Visada galima kreiptis pas psichologą, psichiatrą.”</i> <i>“Svarbiausia mokykloje turime psichologą.”</i> <i>“Riziką patiriantiems asmenims/šeimoms teikiama socialinė pagalba, PSC specialistų (psichiatrų/psichologų) pagalba (...)”</i>
Reagavimo į savižudybės riziką sisteminės ypatybės (n=42, 20%)	Prieinama informacija (n=6) Tarpinstitucinis bendradarbiavimas (n=6) Komandinis darbas (n=5) Savižudybės rizikos atpažinimas (n=4) Nemokama pagalba (n=4) Skubi pagalba (n=4) Organizuotumas (n=2) Saugumas (n=2) Algoritmas (n=2) Komunikacija (n=2) Koordinavimas (n=1) Budintis pareigūnas (n=1) Kompleksinė pagalba (n=1) Artimųjų įtraukimas (n=1) Pagalbos prieinamumas (n=1)	<i>“geri specialistai, algoritmas aiškus, geranoriški, neabejingi žmonės”</i> <i>“(…) daromos pastangos, kad vyktų bendradarbiavimas tarp įvairių institucijų: seniūnijos, mokyklos, greitosios pagalbos tarnyba, policija.”</i> <i>“kad yra nemokama psichologinė pagalba.”</i> <i>“Galimybė be eilės žmogui, kalbančiam apie suicidą, pakliūti pas psichologą ekstra konsultacijai (...)”</i>
Įstaigos (n=39, 18%)	Psichikos sveikatos centras (n=9) Įstaigos (n=7) Pedagoginė-psichologinė tarnyba, švietimo centras (n=6) Socialinės paramos centras (n=4) Nevyriausybinės organizacijos (n=4) Visuomenės sveikatos biuras (n=3) Policija (n=2) Savivaldybė (n=2) Seniūnija (n=1)	<i>“Yra pora įstaigų kur gali būti nukreipiamas žmogus esantis savižudybės rizikoje”</i> <i>“Yra pedagoginė psichologinė tarnyba nepilnamečiams asmenims bei specialistas prie PSPC”</i> <i>“Gal vienintelė soc paramos centro veikla ir tik pusėtina”</i> <i>“Įstaigos (PPT, Psichikos centras) Specialistai.”</i>
Aukšta specialistų kompetencija (n=17, 8%)	Specialistai (n=5) Psichologai (n=4) Soc. darbuotojai (n=4) Psichiatras (n=1)	<i>“(…) Specialistų nedaug, bet jie kvalifikuoti, ir esant poreikiui, padeda vieni kitiems (...)”</i> <i>“Stipri socialinio centro psichologų</i>

Įvykę mokymai savižudybių tema (n=15, 7%)	Psichikos sveikatos centre (n=1) Švietimo centre (n=1) Soc. centre (n=1) Mokymai specialistams (n=6) Mokymai (n=5) Mokymai visuomenei (n=3) Galimybė nuolat kelti kvalifikaciją (n=1)	<i>komanda.”</i> <i>“Stipri seniūnijos socialinių darbuotojų komanda. 2. Dideles pastangas deda Socialinių paslaugų centras. (...)”</i> <i>“1. Pakruojyje buvo apmokyta daug žmonių ASIST ir SAFE TALK mokymuose. 2. Specialistai, susiduriantys su savižudybių rizika, nuolat gilina žinias (...)”</i> <i>“(...)buvo organizuoti mokymai tiek savivaldos darbuotojams, tiek plačiajai visuomenei.”</i>
Savižudybių prevencija (n=5, 2%)	Prevencinės veiklos (n=4) Visuomenės informavimas (n=1)	<i>“(...) Vykdoma išankstinė prevencija, projektai.”</i>
Politikos formuotojų vaidmuo (n=2, 1%)	Savivaldybės darbuotojų dėmesys savižudybių problemai (n=2)	<i>“ Savivaldybė pripažįsta šią problemą (...)”</i>



P10 lentelė. Sociokultūriniai veiksniai, kaip rajono stiprybės: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Bendruomenė yra maža (n=13, 6%)	Dėl to greičiau pastebimos žmonių problemos (n=4) Bendruomenė maža (n=3) Dėl to žmonės yra artimesni (n=3) Dėl to glaudus ryšys su specialistais (n=1) Dėl to galima suteikti individualizuotą pagalbą (n=1) Dėl to žmonės rūpinasi vieni kitais (n=1)	<i>"(...) nedidelis miestelis, vieni kitus žino, tai kartais leidžia greičiau sužinoti apie situaciją"</i> <i>"Kadangi nedidelis miestas, tai asmens pažinėjimas ir žinojimas jo aplinkos, glaudus ryšys su medicinos darbuotojais, psichiatru"</i> <i>"1. Maža bendruomenė- artimesnė, šiltesnė bendruomenė. (...) . 3. Galim taikyti individualesnę pagalbą asmeniui"</i> <i>"(...) Mažame miestelyje daugiau "žmogiško pasirūpinimo" (...)"</i>
Bendruomenės savybės (n=11, 5%)	Draugiška (n=2) Neabejinga (n=4) Žmonės yra bendruomeniški (n=5)	<i>"(...) geranoriški, neabejingi žmonės (...)"</i> <i>"Kaimuose patys gyventojai dar nepraradę bendruomeniškumo stengiasi pasirūpinti vieni kitais. (...)"</i>
Specialistų elgesys/savybės (n=8, 4%)	Specialistai yra bendruomenės nariai (n=2) Neabejingi (n=2) Geranoriški (n=1) Rūpestingi (n=1) Skiria daugiau dėmesio esant savižudybės rizikai (n=1) Teikiant pagalbą nenuvertina žmonių (n=1)	<i>"(...) Mums rūpi ir esame suinteresuoti pakeisti visuomenės požiūrį į savižudybes."</i> <i>"(...) Pareigūnų bendravimas, neabejingumas."</i> <i>"(...) Pagalbos teikėjai pažįsta vieni kitus"</i>

P11 lentelė. Sveikatos apsaugos sistemos veiksniai, kaip rajono silpnosios pusės: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Specialistų trūkumas (n=57, 23%)	Trūksta: Psichologų (n=26) Specialistų trūkumas (n=16) Psichiatro (n=4) Vaikų psichiatro (n=4) Vaikų psichologo (n=3) Soc. darbuotojų (n=1) Vaikų neurologo (n=1) Pareigūnų (n=1) Gydytojo paslaugų (n=1)	“(…) Rajone nėra vaikų ir paauglių psichiatrų, neurologų, psichoterapeutų, Trūksta psichologų dirbančių su vaikais ir paaugliais.” “Nėra specialistų, ką jau kalbėti apie aukštą jų kvalifikaciją. Nėra jokių psichologinių paslaugų vietoje. Didelis atstumas iki paslaugas teikiančių centrų. Socialiniai darbuotojai ar socialiniai pedagogai tikrai neturi tokios kvalifikacijos.”
Prastas paslaugų prieinamumas (n=38, 16%)	Dideli atstumai iki pagalbos (n=11) Skubios pagalbos trūkumas (n=6) Pagalbos galimybių/įvairovės trūkumas (n=6) Pagalba teikiama tik darbo laiko metu (n=5) Pagalbos reikia ilgai laukti (eilės) (n=3) Ilgalaikės/proaktyvios/mobilios pagalbos trūkumas (n=3) Prastas pagalbos prieinamumas (n=2) Per didelis pareigūnų darbo krūvis (n=1) Prastas susisiekimasis rajone (n=1)	“Yra pakankamai dideli atstumai rajone, todėl kaime gyvenantiems žmonėms būtų sunkiau pasiekti specialistus.” “Pagalba teikiama galbūt ne tiek ilgai, kiek realiai reikėtų.” “(…) Rajone žmogus neturi galimybės gauti (“gyvos”) psichologinės pagalbos ne darbo metu, savaitgaliais. (...)” “Manau pagalbą sunkiau gauti suaugusiems, nes trūksta pačių psichologų. Gerai būtų ir privatus kabinetas.” “reikalinga daugiau psichologų, kad pagalba būtų suteikta tą pačią minutę, o ne po savaitės” “Gerai jeigu žmogus, kuriam reikalinga pagalba, atsiduria “laiku ir vietoje”, tada jį rūpestingi soc. darb. arba medikai laiku nukreipia, o jeigu ne, taip ir lieka vienas su savo problema.” “labai trūksta psichoterapijos ir vaikams ir suaugusiems - tėvams.”
Paslaugų kokybė (n=32, 13%)	Trūksta aukštos kvalifikacijos specialistų/kokybiškų paslaugų (n=17) Mokymų/žinių trūkumas (n=8) Konfidencialumo problemos (n=3) Trūksta specifiškai su savižudybėmis dirbančių specialistų (n=2) Neatpažįstama savižudybės	“(…) 2. Ne visi specialistai laikosi konfidencialumo 3. Neteikiama pagalba pagalbos teikėjams.” “(…) informacija apie tokį (suicido) atvejį įrašoma į medicininius dokumentus (...)” “(…) Reikia daugiau mokymų apie pagalbos teikimą savižudybės rizikoje atsidūrusiems žmonėms.” “Teikiamų paslaugų kokybė -

	<p>rizika (n=1) Specialistams reikalingos supervizijos (n=1)</p>	<p><i>nekompetetingi, nekvalifikuoti socialiniai darbuotojai, atvejo vadybininkai bei kitų įstaigų darbuotojai</i></p>
<p>Informacijos sklaidos problemos (n=13, 5%)</p>	<p>Informacijos apie pagalbos galimybes trūkumas (n=4) Visuomenė per mažai informuojama apie savižudybių problemą (n=4) Informacijos trūkumas (n=3) Informacijos apie savižudybių problemą trūkumas (n=2)</p>	<p><i>“Mažai informacijos apie pagalbos galimybes.”</i> <i>“Viešinimo apie šią problemą ir galimybes jos išvengti trūkumas (...)”</i> <i>“Seniūnijose gyventojai per mažai informuoti apie savižudybių priežastis ir pan. (...)”</i></p>
<p>Bendradarbiavimo trūkumas (n=14, 6%)</p>	<p>Tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas (n=5) Institucijos nesidalina informacija (n=3) Komandinio darbo trūkumas (n=3) Bendradarbiavimo trūkumas (n=3)</p>	<p><i>“Viena didelė problema. Per menkas visų tarnybų bendradarbiavimas. T.y. vaikų teisės, policija ir socialinės paslaugas teikiančios įstaigos yra visiškai skirtingų pavaldumų ir ne tik sunkiai bendradarbiauja, bet yra signalų, kad prisidengiant asmens duomenų apsauga vadovai net draudžia bendradarbiauti.”</i> <i>“Bendradarbiavimo tarp institucijų trūkumas (informacijos pasidalijimas) (...)”</i> <i>“ (...) nėra stiprios bendradarbiaujančios komandos (...)”</i></p>
<p>Įstaigų/paslaugų trūkumas (n=5, 2%)</p>	<p>Trūksta: Krizių įveikimo centro (n=1) Bendruomenės centro (n=1) Psichiatrijos dienos centro (n=1) Savižudybių prevencijos centro (n=1) Soc.darbuotojo paslaugų soc. rizikos šeimoms (n=1)</p>	<p><i>“Reikėtų kokio nors savižudybių prevencijos centro, kuriame dirbantys žmonės galėtų padėti neinant per kitas instancijas.”</i></p>
<p>Algoritmo trūkumas (n=3, 1%)</p>	<p>Aiškios tvarkos teikiant pagalbą trūkumas (n=2) Pagalbos teikimas nėra koordinuojamas (n=1)</p>	<p><i>“(...) Nėra konkrečių žingsnių, kur kreiptis pirmiausia (...)”</i> <i>“(...) Nėra darbo koordinavimo savivaldybėje.”</i></p>
<p>Silpna darbuotojų motyvaciją (n=2, 1%)</p>	<p>Nemotyvuoti pagalbos teikėjai (n=1) Neiniciatyvūs specialistai (n=1)</p>	<p><i>“Tarnybos dirba formaliai, darbuotojai nemotyvuoti (...)”</i> <i>“(...) specialistų iniciatyvos trūkumas (...)”</i></p>

P12 lentelė. Sociokultūriniai veiksniai, kaip rajono silpnosios pusės: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Atmosfera bendruomenėje (n=22, 9%)	Abejingumas (n=8)	<i>“(…) yra abejojančių ir smerkiančių”</i>
	Apkalbos (n=2)	<i>“Žmonių abejingumas, nenoras padėti kitam bei nenoras susikurti tuo pačiu ir sau problemų”</i>
	Bendruomeniškumo trūkumas (n=2)	<i>“(…) Žmonių apatija šalia esančiam. (...)”</i>
	Smerkimas (n=2)	<i>“Provincijos sindromas, kai dauguma žmonių pažįstami, ir dėl to vengiama (bijoma) apkalbų. (...)”</i>
	Nenoras padėti kietiems (n=2)	<i>“1. Užsidarymas nuo aplinkinių mažoje bendruomenėje- kad tik kas nesužinotų, tada visi žinos. 2. Provincijos konservatizmas. 3. Išankstiniai nusistatymai, prietarai.”</i>
	Uždarumas (n=2)	<i>“1. Mažas miestelis. 2. Pirmiausiai ieškojimas kaltų, o ne pagalbos teikimas. 3. Nuostatos po įvykio.”</i>
	Beviltiškumas (n=1)	<i>“(…) Nepasitikėjimas ir menki lūkesčiai, kad psichologinė pagalba gali padėti.”</i>
	Išankstinės nuostatos (n=1)	<i>“Mažas miestas ir vis dar gajus požiūris, kad kreiptis į psichologus ar psichiatrus gėda ( gali sužinoti darbdavys, bendradarbiai ir kaimynai ).”</i>
	Kaltinimas (n=1)	<i>“(…) Norėtusi, jog paslaugos būtų teikiamos ne tik poliklinikoje, nes į jas žmonės žiūri skeptiškai, o vat bendruomeninių namų paslaugomis naudojasi noriau.”</i>
	Konservatyvumas (n=1)	<i>“(…) kad tik dėmesio nori galvojantis apie savižudybę”</i>
Žmonių požiūris į pagalbą (n=9, 4%)	Nepasitikimi specialistais (n=2)	<i>“(…) stigmos, yra abejojančių ir smerkiančių”</i>
	Nesikreipia pagalbos (n=2)	<i>“Daugeliui darbuotojų/gyventojų suvokti ir išdrįsti kalbėti apie savižudybių prevencijas vis dar kažkoks tabu (...)”</i>
	Netikėjimas, kad psichologas gali padėti (n=1)	<i>“(…) Negatyvus žmonių požiūris į depresiją ir kitus psichikos sutrikimus, neva iš nieko neveikimo. (...)”</i>
	Bijo, kad kiti sužinos jų problemas (n=1)	<i>“Baimė kreiptis pagalbos, nenoras bendrauti, nemokėjimas lietuvių kalbos (stabdo kreiptis pagalbos).”</i>
	Bijo kreiptis pagalbos (n=1)	
Nuostatos (n=7, 3%)	Gėda kreiptis pagalbos (n=1)	
	Skeptiškas požiūris į pagalbą poliklinikoje (n=1)	
	Neigiamos nuostatos savižudybių atžvilgiu (n=3)	
	Savižudybių stigma (n=2)	
Kita (n=3, 1%)	Neigiamos nuostatos psichikos sutrikimų atžvilgiu (n=1)	
	Stereotipai (n=1)	
	Mažas miestelis (n=2)	
	Kalbos barjeras (n=1)	

P13 lentelė. Savižudybių rizikos veiksniai: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Ekonominiai veiksniai (n=13, 5%)	Nedarbo problema (n=10) Gyventojų finansiniai sunkumai (n=3)	<i>“Darbo rinka itin siaura, skurdo pojūtis ir beviltiškumas, trūkumas kvalifikuotų specialistų.”</i> <i>“Bedarbystė, skurdas, priklausomybės.”</i>
Socialinės/psichologinės problemos (n=9, 4%)	Alkoholizmas (n=4) Užimtumo trūkumas (n=2) Jaunimo psichologinės problemos (n=1) Smurtas artimoje aplinkoje (n=1) Socialinės rizikos šeimos (n=1)	<i>“Dažnai žudyti mūsų rajone nori bedarbiai, alkoholikai ir jaunimas. priežastys materialinės, socialinės asmeninės šeimos, emocinės. spragos didelis nedarbo lygis alkoholizmas, jaunimo nepakankamas psichologinis auklėjimas.”</i>
Kita (n=2, 1%)	Karantinas (n=1) Kultūrinių renginių trūkumas (n=1)	<i>“(…) ir visuotinė šių dienų problema-karantinas.”</i> <i>“(…) Kultūriniai renginiai, kaip „Būkime drauge””</i>

P14 lentelė. Savižudybių problemos sprendimo politiniame lygmenyje trūkumas: bendrinės kategorijos, subkategorijos ir komentarų pavyzdžiai.

Bendrinė kategorija	Subkategorija	Tyrimo dalyvių atsakymai
Savižudybių problema nėra sprendžiama sistemiškai (n=11, 4%)	Skiriama per mažai dėmesio savižudybių problemai (n=4)	<i>“Tikslios strategijos esant savižudybės krizei nebuvimas Finansavimo šitai sričiai neskyrimas Per mažas dėmesys savižudybėms”</i>
	Prevencijos trūkumas (n=4)	<i>“(…) veikla, kuri dažnai nėra nenuosekli/tolygi, o “priepuolinė”, silpna preventcinė ir postvencinė veikla.”</i>
	Postvencijos trūkumas (n=1)	<i>“(…) Vietinių politikų įtaką sprendžiant šios srities projektų finansavimo, specialistų įdarbinimo ar apmokymo klausimus.”</i>
	Problema sprendžiama nenuosekliai (n=1)	
Finansavimo trūkumas (n=5, 2%)	Politiniai sprendimai nėra palankūs problemai spręsti (n=1)	
	Finansavimo trūkumas (n=5)	<i>“Galėtų būti dar didesnis dėmesys šiai problemai. Didesnis finansavimas.”</i>