

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS**

JEKATERINA ŽUGINA

**SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS
LIETUVOJE**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

doc. dr. V. Dumbliauskas

VILNIUS

2016

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS**

**SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS
LIETUVOJE**

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa: 621L22004

Vadovas

_____ doc. dr. V. Dumbliauskas

2016-12-02

Recenzentas

2016

Atliko

SPVmns15-1 gr.

_____ stud. J. Žugina

2016-12-02

VILNIUS

2016

TURINYS

ĮVADAS.....	5
1. SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS POLITIKOS TEORINĖ ANALIZĖ.....	8
1.1. Savižudybės samprata, savižudybių paplitimas ir prevencinės galimybės	8
1.2. Savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas viešosios politikos analizės kontekste	19
1.3. PSO rekomendacijos veiksmingai savižudybių prevencijos politikai.....	23
2. SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS POLITIKA LIETUVOJE.....	31
2.1. Savižudybių prevencijos politikos įstatyminė bazė ir įgyvendinimo etapai	31
2.2. Savižudybių prevencijos politiką formuojančios ir įgyvendinančios institucijos.....	42
2.3. Savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas	47
3. LIETUVOS SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO KOKYBINIS TYRIMAS	55
3.1. Tyrimo metodika ir organizavimas	55
3.2. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu rezultatų analizė	57
IŠVADOS	77
PASIŪLYMAI	78
LITERATŪRA	80
ANOTACIJA	87
ANNOTATION	88
SANTRAUKA.....	89
SUMMARY.....	90
PRIEDAI.....	92

SANTRUMPOS

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

ES – Europos Sąjunga

LR – Lietuvos Respublika

LSDP – Lietuvos socialdemokratų partija

LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

NVO – nevyriausybinė organizacija

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

VPSC – Valstybinis psichikos sveikatos centras

IVADAS

Temos aktualumas. Savižudybės yra šių laikų tragedija, kuri paliečia daugelį žmonių. Daugiau nei 800 000 žmonių (daugiau nei žūsta karuose) visame pasaulyje kiekvienais metais miršta nuo savižudybių, bet žymiai daugiau įvyksta savižudybės mėginimų. Pasak U. Hegerl, dažniausiai savižudybių rizika pastebima tarp vyresnio amžiaus vyrų, o savižudybių mėginimų rizika labiau pastebima tarp jaunesnių moterų.¹ Lietuvos savižudybių rodiklis tris kartus viršija Europos Sąjungos (toliau – ES) vidurkį ir yra vienas aukščiausių pasaulyje. Šiuo metu pirmajame ES šalių penketuke pagal savižudybių rodiklius yra Lietuva (30,8 atv./100 000 gyventojų), Vengrija (24,1 atv./100 000 gyventojų), Latvija (21,9 atv./100 000 gyventojų), Slovėnija (21,5 atv./100 000 gyventojų) ir Belgija (18,7 atv./100 000 gyventojų).² Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2016 metų duomenimis, 2015 metais Lietuvoje nuo savižudybių mirė 896 asmenys, iš jų 727 vyrai ir 169 moterys.³ Savižudybė yra reiškinys, kurį nulemia biologiniai, psichologiniai ir socialiniai rizikos veiksniai. Negalima tvirtai teigti, kad tik asmenys sergantys psichikos ligomis žudosi, o asmenys, kurie neserga, nesizudo, todėl tai yra daug veiksnių apimantis reiškinys, su kuriuo ne taip lengva kovoti.⁴ Nepaisant mokslinių tyrimų ir žinių apie savižudybę ir jos prevenciją, gėdos ir nepadorumo jausmas visuomenėje išlieka ir dažnai žmonės bijo, nesikreipia pagalbos ir lieka vieni su mintimis apie savižudybę. Tačiau, net ir norėdami gauti pagalbą, dažniausiai gauna ją ne laiku arba gauna netinkamą ir neveiksmingą pagalbą.⁵ Savižudybių paplitimo problema reikalauja tiek visuomenės dėmesio, tiek politikos formuotojų dėmesio, nes tai yra tikroji visuomenės sveikatos problema, tačiau jos prevencija ir kontrolė yra labai sudėtingas uždavinys. Sėkminga savižudybių prevencijos politika – tai priežiūra, kontrolė, savižudybių problemos suvokimas, valstybės kova su stigmatizavimu, atsakomybė už tinkamai apgalvotus sprendimus, noras aktyviai vykdyti tarpinstitucinį bendradarbiavimą, veiksmingai kovojant su savižudybių paplitimu.

Lietuvoje savižudybių paplitimo problema buvo susirūpinta tik po 1991 metų, nes tik nuo 1991 metų Lietuvai atkūrus nepriklausomybę ir prasidėjus radikalioms reformoms buvo pastebėtas ryškus savižudybių rodiklio kilimas. 1999 metais Nacionalinė sveikatos taryba susirūpino aukštu savižudybių rodikliu Lietuvoje ir priėmė nutarimą „Dėl psichikos sveikatos priežiūros ir psichikos sutrikimų prevencijos strategijos“, kurioje buvo siūloma rengti strategiją ir vykdyti savižudybių prevencijos priemonių planą. Tačiau savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo nesėkmės prasidėjo po 2003 metų, kai iš Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programos, priimtoms 2003

¹ Ulrich Hegerl, „Prevention of suicidal behaviour“, *Dialogues of Clinical Neuroscience* 18, 2 (2016): 183.

² Eurostat statistiniai duomenys. *Mirties priežasčių statistika*. Žiūrėta 2016 rugpjūčio 11 d., http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/lt

³ HI Sveikatos informacijos centras, *Mirties priežastys 2015*, Vilnius: HI Sveikatos informacijos centras 2015, žiūrėta 2016 rugpjūčio 11 d., http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priežastys_2015.pdf

⁴ Dainius Pūras, *Apie proto sveikatą ir jos sutrikimus*. (Vilnius: Jungtinės spaudos paslaugos, 2015), 48.

⁵ WHO, *Preventing suicide: A global imperative* (Luxembourg, 2014), 8. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

metais, buvo įgyvendinta tik keletą savižudybių prevencijos priemonių, visos kitos liko neįgyvendintos dėl nepakankamo finansavimo. 2008 metais Lietuvos Respublikos (toliau – LR) Vyriausybė nutarė imtis aktyvių veiksmų dėl kokybiškos psichikos sveikatos priežiūros ir patvirtino Valstybinę psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programą, kuri taip pat buvo pilnai neįgyvendinta dėl nepakankamo finansavimo. Tais pačiais metais Norvegija skyrė ekonominės erdvės paramą Lietuvai nuo 2009 iki 2014 metų ir Lietuva įtraukė savižudybių prevenciją į prioritetines kryptis, tačiau ne vieno iš pateiktų 6 projektų nefinansavo. 2013 metais LR Prezidentė atkreipia dėmesį į savižudybių problemos mastą Lietuvoje ir 2014 metais Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) parengia savižudybių prevencijos priemonių planą, kuris psichikos sveikatos ekspertų neigiamai vertinamas ir pripažįstamas neatsakingai parengtu planu, kuriame nurodytos chaotiškos, netinkamai apgalvotos priemonės, nėra numatoma jokių sisteminių pokyčių ir numatomas netinkamas lėšų skirstymas savižudybių prevencijos priemonėms. Lietuvoje savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo nesėkmės siejamos ne tik su neatsakingu politikų požiūriu į savižudybių problemos mastą, bet ir su nenoru imtis modernių prevencinių idėjų, taikant vien biomedicininį modelį, kuris tik kenkia ir nemažina savižudybių skaičiaus.

Temos iširtumas ir darbo naujumas. Savižudybių fenomenas dažniausiai tiriamas klinikinės psichologijos/psichiatrijos srityje ir priskiriamas prie suicidologijos tyrimų. Psichologinius ir kitus veiksnius, psichikos sveikatos sutrikimus, kurie skatina savižudybes ir savižudišką elgesį tyrė tokie mokslininkai kaip D. Pūras, A. Navickas, O. K. Polukordienė, D. Gailienė, José M. Bertolote, C.-É. Bourdin, J.-É. D. Esquirol, E. Durkheim, E. Shneidman, N. V. Govorin, G. Caplan, P. Pinel, A. A. Leenaars, T. Parsons, Z. Płużek, I. A. Pogodin, ir kt. Savižudybių prevencijos rūšis nagrinėjo tokie mokslininkai kaip G. Kaplan, D. Gailienė. Psichikos sveikatą Lietuvoje, šios politikos svarbiausių principų įgyvendinimo spragas ir savižudybes, kaip visuomenės sveikatos problemą Lietuvoje analizavo D. Gailienė, D. Pūras. Apie tai, kokias svarbias intervencijas būtina taikyti, kovojant su savižudybių augimu nagrinėjo U. Hegerl. Tiriant savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą, panašių atliktų tyrimų tiek Lietuvoje, tiek užsienyje aptikti nepavyko, kad būtų tiriamas ir nagrinėjamas būtent savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas. Savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemų atskleidimui šiame darbe siekiama apjungti visą oficialiai prieinamą informaciją (mokslinės literatūros ir mokslinių straipsnių analizę, teisės aktų analizę, statistinių rodiklių analizę, ekspertų nuomonę ir kt.) susijusią su savižudybių prevencija ir jos politika. Šis darbas išsiskiria tuo, kad jame analizuojami politikų priimti sprendimai Lietuvoje (nuo 1998 metų) dėl veiksmingo savižudybių prevencijos vykdymo šalyje ir nagrinėjami savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo etapai, taip pat išsamiai analizuojamas savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas nuo pat 2003 metų.

Tyrimo problema. Nors nuo pat 1998 metų Lietuvoje buvo pradėta kova su savižudybių

skaičiaus augimu rengiant strategijas, veiksmo planus, programas, tačiau visi planuoti rezultatai ir tikslai, kurių buvo tikimasi liko nepasiekti.

Tyrimo objektas – savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje.

Darbo tikslas – ištirti savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą Lietuvoje.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti savižudybių prevencijos politikos teorinius aspektus, pateikiant PSO rekomendacijas.
2. Atlikti savižudybių prevencijos politikos ir savižudybių prevencinių priemonių įgyvendinimo analizę Lietuvoje.
3. Atskleisti pagrindines savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemas.

Hipotezė. Savižudybių prevencijos politika pilnai neįgyvendinama Lietuvoje dėl politinės valios stokos ir nepakankamo finansavimo.

Praktinė darbo reikšmė. Darbe išnagrinėjus savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo įtaką savižudybių skaičiaus mažinimui, gautos išvalgos, rezultatai galės būti panaudojami ateityje formuojant tolimesnę savižudybių prevencijos politiką, išvengiant nepalankių savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo žingsnių.

Darbo metodai. Darbe taikyti teoriniai ir empirinis metodas.

Teoriniai metodai:

- Duomenų analizės metodas (šis metodas buvo taikomas mokslinės literatūros, statistinių domenų, teisės aktų analizei).
- Lyginamosios analizės metodas (šis metodas buvo taikomas statistinių duomenų lyginimui, tyrimų duomenų apdorojimui lyginant informantų atsakymus, gautus tyrimo metu).
- Apibendrinimo metodas (šis metodas buvo taikomas apibendrinant kiekvieną poskyrį ir kiekvienos dalies skyrių, tyrimo rezultatus bei pateikiant galutines išvadas).

Empirinis metodas (kokybinis tyrimas):

- Struktūruoto ekspertų tiesioginio interviu turinio (content) analizės metodas.

Darbo struktūra. Darbą sudaro trys dalys. Pirmoje dalyje nagrinėjama savižudybių ir prevencijos samprata, savižudybių paplitimas, prevencinės galimybės, analizuojamas savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas viešosios politikos analizės kontekste, pateikiamos Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) rekomendacijos veiksmingam savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimui. Antroje dalyje analizuojama Lietuvos savižudybių prevencijos politika, apimant visą teisinį reglamentavimą, kuris siejasi su savižudybių paplitimo problema Lietuvoje, taip pat aptariama savižudybių prevencijos politiką formuojančių ir įgyvendinančių institucijų veikla ir analizuojamas savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas. Trečioje dalyje siekiant atskleisti pagrindines savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemas Lietuvoje, atliekama struktūruoto tiesioginio ekspertų interviu analizė.

1. SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS POLITIKOS TEORINĖ ANALIZĖ

1.1. Savižudybės samprata, savižudybių paplitimas ir prevencinės galimybės

Nuo XVIII amžiaus savižudybės buvo glaudžiai siejamos su psichikos sveikatos sutrikimais (arba kaip tuo metu vadindavo – pamišimais) ir dauguma psichologų ir psichiatrų savavališkas mirtys, kurios neturėdavo konkrečių priežasčių, priskirdavo prie pamišimų. 1801 metais prancūzų moderniosios psichiatrijos tėvas P. Pinel pareiškė, kad yra ryšys tarp vidaus organų pažeidimų, privedančių prie „skausmingo būties jausmo“ ir savižudybių. Po kelerių metų, 1838 metais prancūzų psichiatras J.-É. D. Esquirol rašė, kad „visi tie, kurie nusižudo yra psichiškai nesveiki“ ir 1845 metais C.-É. Bourdin kategoriškai patvirtino, kad savižudybė „visada yra liga ir visada psichikos sveikatos sutrikimų galutinis aktas“. Kaip matyti iki šiol yra skirtingų dviejų priešingų tipų nuomonių, kai priskiria savižudybes prie psichikos sveikatos sutrikimų (biologiniai, genetiniai/psichologiniai veiksniai) ir kuomet priskiria savižudybes prie kitų priežasčių (socialinių, ekonominių, egzistencinių ir t.t.), net atitinkami teisės aktai XX amžiuje atspindi šias dvi priešingas nuomones. Svarbu išsiaiškinti kas gi yra savižudybė ir kokie veiksniai ir priežastys, šiuolaikinių mokslininkų nuomone, gali įtakoti šį mirtiną veiksmą.⁶

Savižudybė yra ilgo laiko tarpo, kartais net visą gyvenimą trunkančio proceso rezultatas, lemiamas veiksmas gali būti staigus ir visiškai netikėtas, kuris vienareikšmiškai baigiasi mirtimi. Egzistuoja daug įvairių savižudybės apibrėžimų, vienas iš pirmiausių buvo suformuluotas žymiausių prancūzų sociologu ir filosofu E. Durkheim prieš 110 metų: „Savižudybe vadinama mirtis, ištikusi žmogų kaip tiesioginis ar netiesioginis jo paties palankaus ar nepalankaus veiksmo padarinys jam pačiam žinant, kad būtent toks bus veiksmo galutinis rezultatas“⁷. 2001 metų PSO savo pranešime „Psichikos sveikata – naujas supratimas, nauja viltis“ pateikė trumpą savižudybės apibrėžimą „savižudybė yra tyčinis veiksmas tam tikro asmens, kuris sąmoningai laukia to veiksmo pasekmės – mirties“⁸. Vienas žymiausių šiuolaikinės suicidologijos kūrėjų E. Shneidman savižudybę apibūdino taip (cit. pagal Govorin et.al., 2008): „Savižudybė – tai sąmoningas susinaikinimo aktas, kurį vykdo kenčiantis individas, laikantis savižudybę geriausia išeitimi iš tam tikros susiklosčiusios padėties“⁹. Lietuvos mokslininkės D. Gailienės teigimu „Savižudybė – tai sudėtingas ir įvairiapusis reiškinys. Šį reiškinį visada lemia biologiniai, kultūriniai, sociologiniai, loginiai, sąmoningi ir nesąmoningi, filosofiniai/egzistenciniai veiksniai“¹⁰. PSO 2012 metų pranešime „Kokios savižudybių prevencijos strategijos turi įrodytą efektyvumą?“ teigiama, kad „savižudybė yra rimta pasaulinė visuomenės sveikatos problema, kuri siejasi ne tik su psichikos sveikatos sutrikimais, bet ir su įvairiomis sunkiomis ligomis (ŽIV/AIDS, onkologinės ligos ir pan.), smurtu šeimoje, socialine atskirtimi ir su lengvai

⁶ José M. Bertolote, „Suicide prevention: at what level does it work?“, *World psychiatry* 3, 3 (2004): 147-151.

⁷ Émile Durkheim, *Savižudybė*. (Vilnius: Pradai, 2002), 8

⁸ WHO, *Mental health: New understanding, new hope*. (Geneva: WHO, 2001).

⁹ N.V. Govorin and A.V. Sakharov, *Suicidal behavior: typology and factorial conditioning*. (Chita: Ivan Fedorov, 2008), 8.

¹⁰ Danutė Gailienė, *Savižudybių prevencijos idėjos*. (Vilnius: Tyto Alba, 2001), 9.

pasiekiamomis savižudybių priemonėmis¹¹. Lietuvos psichologė, psichologų sąjungos narė ir „Jaunimo Linijos“, savanorių anoniminio psichologinės pagalbos telefono Vilniuje įkūrėja O. K. Polukordienė savižudybę apibūdina kaip „sudėtinga, daugiasluoksnė problema, kuri neturi atskiros priežasties ar paaiškinimo, kurią dažniausiai sukelia biologinių, psichologinių, socialinių, kultūrinių veiksnių visuma“¹². Aiškų ir tikslų savižudybės apibrėžimą visuomenei pateikia amerikiečių psichologas ir suicidologas A. A. Leenaars, jo teigimu „savižudybė nėra liga (nors daugelis mano kitaip); ji nėra biologinė anomalija (nors biologiniai faktoriai gali įtakoti kai kurioms savižudybėms); ji nėra amorali (nors dažnai traktuojama kaip tokia); ir dauguma pasaulio šalių nemano, kad tai prilygsta nusikaltimui (nors šimtmečiais yra žudomasi)“¹³. Amerikiečių sociologas – teoretikas T. Parsons apie savižudybės fenomeną ir jo atvejus pasisakė taip (cit. pagal Pogodin, 2011): „Dėl visuminio savižudybių skaičiaus augimo kalta tik visuomenė, kiekvienu atskiru atveju – pats individas“¹⁴.

Savižudybė – tai procesas, kurio pradžia dažniausiai dar slypi vaikystėje ar paauglystėje. Šį procesą įtakoja šeimyniniai santykiai ir asmenybiniai žmogaus ypatumai. Savižudybę kaip procesą gali atspindėti šie etapai:

- *Mintys apie savižudybę.* Šiame etape žmogus dar nenori mirti, bet pagalvoja apie savižudybę, kaip apie vieną iš įmanomų ir įgyvendinamų sprendimų.
- *Ketinimas nusižudyti.* Šame etape savižudybė žmogui atrodo geriausia išeitis ir geriausias sprendimo būdas. Savižudiški impulsai stiprėja ir pasiekia tokį lygį, kai žmogui jau gresia pavojus, savižudybių planas detalizuojamas.
- *Bandyamas nusižudyti.* Tai yra paskutinis etapas. Šiame etape žmogus apsisprendžia galutinai pasitraukti iš gyvenimo. Žmogaus elgesys keičiasi ir atsiranda atsisveikinimo ženklai, po kurių įvykdoma savižudybė.¹⁵

Pirmąją mokslinę savižudybių teoriją išdėstęs E. Durkheim atkreipė dėmesį į socialinių faktorių įtaką savižudybėms ir teigė, kad prielaidos savižudybei atsiranda tik tuomet, kai sutrikdoma žmogaus socialinė integracija – harmonija tarp individo ir jo moralinių sąlygų, kitaip asmenys apsaugomi nuo savižudybių tik tiek, kiek yra patys socializuoti. E. Durkheim išskyrė keturis savižudybių tipus, jie labiau pateikiami iš socialinio požiūrio, kaip netinkamo socialinio proceso pasekmė, tai: *egoistinės, altruistinės, anoniminės ir fatalistinės* savižudybės.

Egoistinės savižudybės įvyksta, kai susilpnėja ryšys tarp visuomenės ir žmogaus. Žmogus gali gyventi laimingai tik tuomet jei jaučiasi kam nors reikalingas ir svarbus. Susilpnėjus socialinei

¹¹ Ann Scott and Bing Guo, *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* (WHO, Copenhagen, 2012).

¹² Ona Kristina Polukordienė, *Psichologinės krizės ir jų įveikimas.* (Vilnius: L. Senkaus personalinė įmonė „Heksagrama“, 2003), 17.

¹³ Antoon A. Leenaars, „Suicide and Human Rights: A Suicidologist's Perspective,“ *Health and human rights* 6, 2 (2003): 148.

¹⁴ И. А. Погодин, *Суицидальное поведение: психологические аспекты.* (Москва: Флинта, 2011), 4

¹⁵ Ona Kristina Polukordienė, *op. cit.*, p. 23.

integracijai, žmogus lieka vienas, todėl ji apima prislėgta būseną, apatiška melancholija, kuri verčia jį galvoti apie savižudybę.¹⁶ E. Durkheim šią savižudybę vadina egoistine tik todėl, kad savanoriška mirtis – tai „bendros pareigos išdavystė“¹⁷.

Altruistinės savižudybės įvyksta dėl per stipraus tarp visuomenės ir žmogaus ryšio, kitaip dėl padidėjusios socialinės integracijos. Kai žmogus jaučiasi vienas ir atitrūkęs nuo visuomenės, jis lengvai gali ryžtis savižudybei, tačiau jis taip pat nesudėtingai tai gali padaryti būdamas perdėm integruotas.¹⁸ Anot E. Durkheim, altruistinės savižudybės dažnai lemia moralę, kuri nepripažįsta nieko, kas būna svarbu atskiram asmeniui.¹⁹

Anoniminės savižudybės kiek panašios į egoistines ir jos dažnai įvyksta dėl silpnos socialinės reguliacijos. Kai visuomenę ištinka krizinės situacijos, nusistovėjusi normų hierarchija griūna, bet naujos tradicijos dar nebūna įsigaliojusios, tuomet ir atsiranda anoniminės savižudybės. E. Durkheim teigia, kad ekonominės krizės taip pat didina polinkį į savižudybes, nes jos sumažina socialinę integraciją.²⁰

Fatalistinės savižudybės įvyksta dėl stiprios socialinės reguliacijos, kai žmogus negali turėti pasirinkimo laisvės ir turi paklusti reglamentuojamoms normoms, atsižadėjęs savęs.²¹

Lenkų mokslininkės, psichologės ir Liublino katalikiškojo universiteto profesorės Z. Płużek išskirti keli savižudybių tipai žymiai skiriasi nuo išvardintų E. Durkheim savižudybės tipų, nes čia Z. Płużek išskyrė kelis savižudybių tipus jau remdamasi daugiau nei 2000 suicidentų tyrimais ir klinicine patirtimi. Z. Płużek išskiria tris tipus: *Tikrosios* savižudybės, *tiriamosios* arba *para* – savižudybės, *savižudiški gestai* arba *demonstratyviosios* savižudybės ir kaip papildomą tipą išskiria *altruistines* savižudybes.

Tikrosios savižudybės – tai tokios savižudybės, kurios neturi konkrečios motyvacijos mirčiai, nors ji yra ganėtinai aukšta. Jos dažniausiai priskiriamos prie tokių savižudybių kategorijų, kur individui tiesiog sunku susitaikyti su sunkia situacija ir dėl to jis pasirenka pasitraukimą iš gyvenimo.

Tiriamosios savižudybės arba *para* – savižudybės būdingas ambivalentiškas požiūris į gyvenimą, kai jaučiamas stiprus noras gyventi, bet tuo pačiu gyvenimas atrodo visų kančių šaltinis. Šios savižudybės akto tikslas tampa ne mirtis, bet elgsena, kuri galėtų sudaryti mirties galimybę. Šio tipo savižudybės gali turėti tokias suicidines elgsenos motyvacijas, kaip: troškimą atkreipti į save dėmesį; protestas prieš kokį nors asmenį ar situaciją; kerštas; bejėgiškumo jausmas ir pan.

Savižudiškiems gestams arba *demonstratyviosioms* savižudybėms būdinga mirties baimė. Šiuose mėginimuose dažnai nesiekama pakenkti sau, suicidiniai bandymai atliekami demonstratyviai,

¹⁶ Émile Durkheim, *Savižudybė*. (Vilnius: Pradai, 2002), 267.

¹⁷ Danutė Gailienė, *Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje*. (Vilnius: Tyto alba, 1998), 35.

¹⁸ Émile Durkheim, *Savižudybė*. (Vilnius: Pradai, 2002), 196.

¹⁹ Danutė Gailienė, *op. cit.*, p. 35.

²⁰ Danutė Gailienė, *op. cit.*, p. 36.

²¹ Danutė Gailienė, *op. cit.*, p. 36.

čia labiau siekiama padaryti įspūdį rūpimam asmeniui, kitaip parodyti savo emocijas ir tuo pačiu sulaukti užuojautos ar gailėsčio. Suicidinė rizika išlieka, nes asmuo gali dėl atsitiktinių atvejų pakenkti sau ir pasitraukti iš gyvenimo ne savo noru.

Altruistinės savižudybės pagal Z. Płużek – tai tokios savižudybės kai žmogus renkasi savižudybę vien tam, kad demonstruotų kaip įmanoma ginti kokį nors visuomenės aukštai vertinamą tikslą, vertybes ar įsitikinimus.²²

Vienais ar kitais savižudybių atvejais, nepriklausomai nuo jų tipo ar rūšies, kiekvienas žmogus savo elgesiu ar veiksmais nori pranešti, kad jam yra sunku, kad jis nesugeba tam tikru momentu išspręsti savo problemų arba nesugeba kitaip apie jas pranešti šalia esantiems asmenims.

Didesnę kai kurių asmenų savižudybės riziką lemia asmenybės branda, žmogaus socialinė ar asmeninė situacija bei daugelis kitų faktorių. D. Gailienės ir O. K. Polukordienės teigimu savižudybės riziką ženkliai padidina²³:

- Psichikos sutrikimai, ligos (60% iš jų – depresijos);
- Įvairūs sukrėtimai šeimoje: rimti konfliktai, mirtis, skyrybos;
- Šeimos ar kitų artimų žmonių istorija, kurioje buvo savižudybės atvejų;
- Biologiniai faktoriai: pvz. tokie kaip galimi serotonino metabolizmo sutrikimai;
- Piktnaudžiavimas alkoholiu, narkotikais ir panašiomis psichoaktyviosiomis medžiagomis;
- Vienatvė, ypač senatvė;
- Teigiamos nuostatos į savižudybes (kai pozityviai žiūrima į altruistines savižudybes);
- Socialinės problemos – bedarbiystė, socialinė atskirtis;
- Ankstesni mėginimai nusižudyti;
- Nepalankios psichologinės sąlygos vaikystėje: smurtas šeimoje, tėvų alkoholizmas, įvairios psichinės ligos ir pan;
- Sunkios, neišgydomos ligos;
- Asmenybinės žmogaus savybės (dominuoja mąstymo principas „arba – arba“, pažintinis rigidiškumas, pasyvumas ir pan.).

Savižudybių skaičius – šalies dvasinės sveikatos rodiklis²⁴ ir jei šis skaičius, lyginant su kitomis šalimis, viršija vidurkį, galima teigti, kad kažkas psichikos sveikatos srityje vyksta ne sistemingai, arba mažai dėmesio skiriama gyventojų psichikos sveikatos būklei. Nuo 2011 m. mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registre, mirties priežasčių kodavimui yra naudojamas Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas papildytas leidimas „Sisteminis ligų sąrašas“. Savižudybėms užfiksuoti TLK – 10 klasifikacijoje skirti X60-X84 kodai. Pateiktame

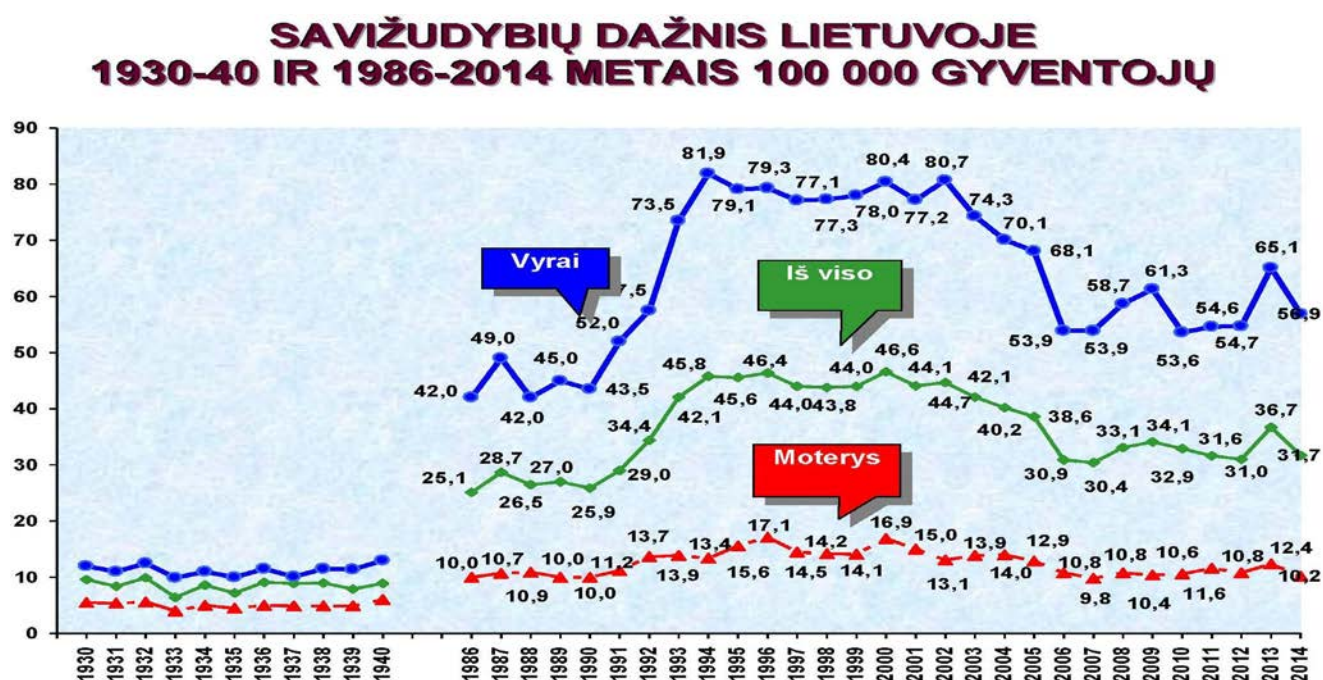
²² Zenomėna Płużek, *Pastoracinė psichologija*. (Vilnius: Amžius, 1996), 195-198.

²³ Danutė Gailienė, *Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje*. (Vilnius: Tyto alba, 1998), 161; Ona Kristina Polukordienė, *Psichologinės krizės ir jų įveikimas*. (Vilnius: L. Senkaus personalinė įmonė „Heksagrama“, 2003), 19-20.

²⁴ Danutė Gailienė, *op. cit.*, p. 5.

Lietuvos savižudybių dažnio paveiksle (1 pav.) matyti, kad vyrai žudosi dažniau negu moterys ir tai parodo dideli savižudybių skaičiai, ypač 1994 metais po nepriklausomybės atkūrimo (81,9 atv./100 000 gyventojų) ir 2002 metais (80,7 atv./100 000 gyventojų), kai moterų savižudybių skaičius 1994 metais siekė 13,4 atv./100 000 gyventojų, o 2002 metais dar kiek mažiau – 13,1 atv./100 000 gyventojų. Nuo 2011 metų pastebimas aiškus savižudybių bendro skaičiaus mažėjimas, tačiau 2014 metais visgi šis skaičius išliko didelis – 31,7 atv./100 000 gyventojų (iš jų 56,9 vyrai ir 10,2 moterys) ir 1998 metų Lietuvos sveikatos programos siekinys „iki 2010 metų sumažinti savižudybių kiekį iki 25 iš 100 000 gyventojų“²⁵ kol kas iki šiol nėra pasiektas.

1 pav. Savižudybių dažnis Lietuvoje



Šaltinis: Valstybinis psichikos sveikatos centras., HI sveikatos informacijos centro statistiniai duomenys. Žiūrėta 2016 08 09. http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=49%3Asaviudybi-danis-lietuvoje-1930-40-ir-1986-2008-metais&catid=14%3Asaviudybi-statistika&Itemid=24&lang=lt

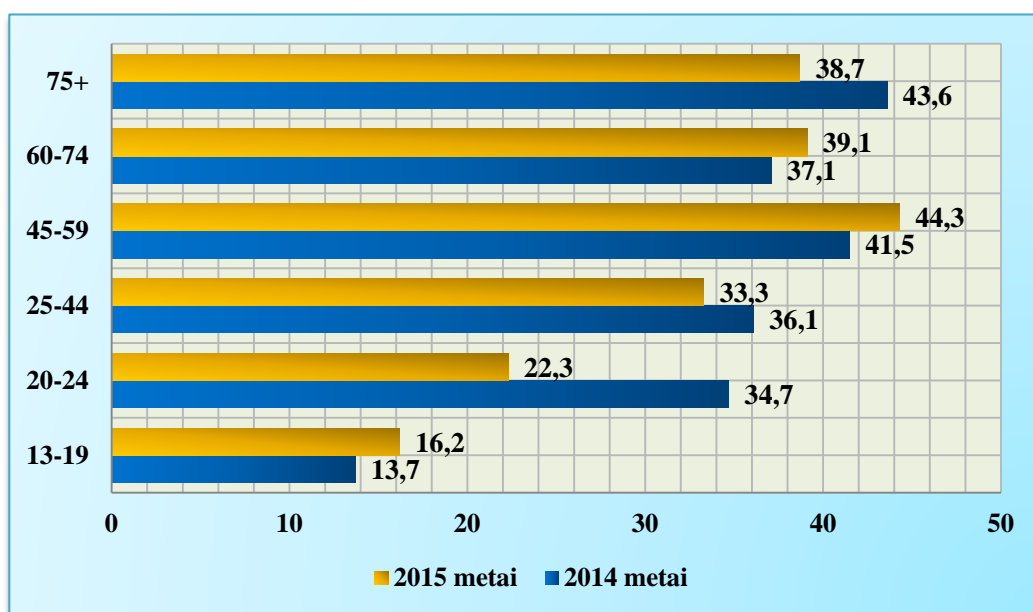
2011 metais A. Navicko atliktas tyrimas atskleidė, kad savižudybės yra viena iš pagrindinių ir dažnų mirties priežasčių Lietuvoje. Paaikškėjo, kad savižudžių amžius vis jaunėja ir tuo pačiu lemia aukštus potencialiai prarastų gyvenimo ir darbingų metų rodiklius.²⁶ Lyginant 2014 metų ir 2015 metų savižudybių rodiklius galima teigti, kad jaunų savižudžių asmenų skaičius vis auga (2 pav.).

²⁵ LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 64-1842, (1998). http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2=

²⁶ Alvydas Navickas, „Savižudžių prarasti gyvenimo metai“, *Psichiatrijos aktualijos* 2, 6 (2011): 18.

2 pav. Savižudybių dažniai pagal amžiaus grupes 2014 m. ir 2015 m.

Mirusiųjų skaičius 100 000 atitinkamo amžiaus gyventojų



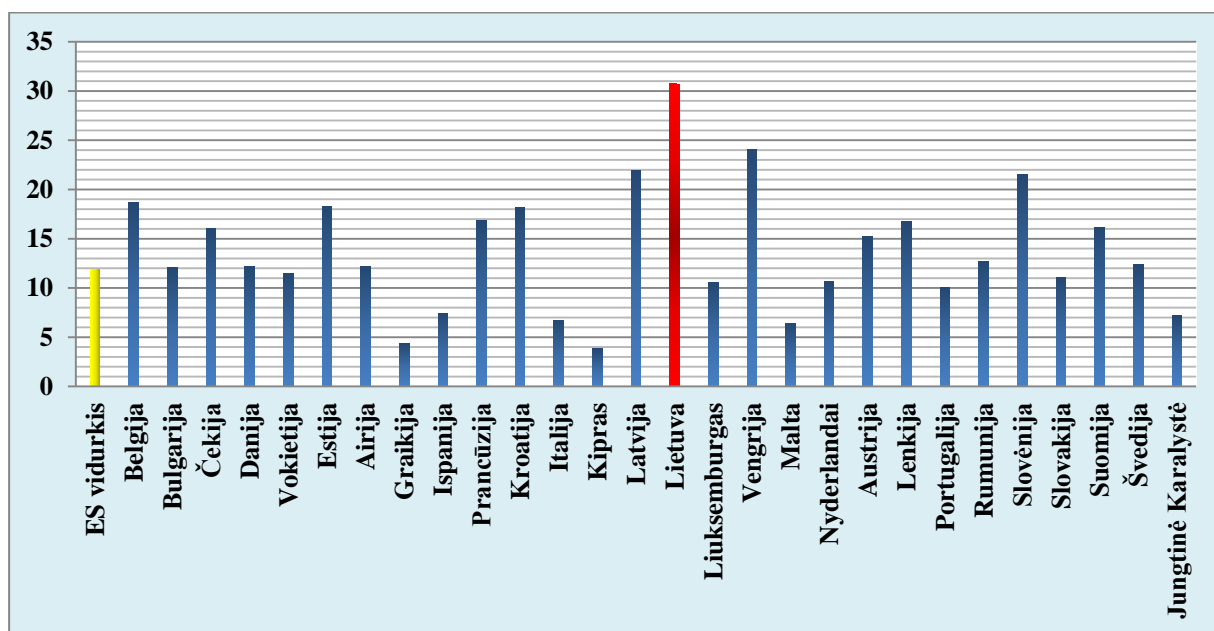
Šaltinis: Sudaryta darbo autoriaus, remiantis: HI Sveikatos informacijos centras, *Mirties priežastys 2014*, Vilnius: HI Sveikatos informacijos centras, 2015 <http://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=21712> , HI Sveikatos informacijos centras, *Mirties priežastys 2015*, Vilnius: HI Sveikatos informacijos centras 2015, http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys_2015.pdf Žiūrėta 2016 08 11

2014 metais 13-19 amžiaus savižudžių asmenų buvo 13,7 atv./100 000 gyventojų, o 2015 metais jaunų savižudžių 13-19 amžiaus asmenų skaičius siekė jau 16,2 atv./100 000 gyventojų, tačiau galima pasidžiaugti 75 metų ir vyresnių amžiaus asmenų savižudybių skaičiaus mažėjimu (2014 metais – 43,6 atv./100 000 gyventojų, 2015 metais – 38,7 atv./100 000 gyventojų). Iš pateiktų duomenų (2 pav.) matoma savižudybių augimo tendencija tarp 45-59 amžiaus asmenų (2014 metais – 41,5 atv./100 000 gyventojų, 2015 metais – 44,3 atv./100 000 gyventojų). Aiškus savižudybių skaičiaus mažėjimas pastebimas ir tarp 20-24 amžiaus asmenų, kai 2014 metais dažnis siekė 34,7 atv./100 000 gyventojų, o 2015 metais jau sumažėjo iki 22,3 atv./100 000 gyventojų. Nors ir pastebimas akivaizdus savižudybių skaičiaus mažėjimas tarp kai kurių amžiaus grupių asmenų, visgi bendras savižudybių skaičius Lietuvoje išlieka didelis – 30,8 atv./100 000 gyventojų (Iš viso: 896 nusižudžiusiųjų asmenų 2015 metais).

Kaip teigia Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO, *angl.* OECD), Lietuva, Vengrija, Slovėnija ir Latvija yra tos ES šalys kurios ženkliai viršija savižudybių ES vidurki.²⁷

²⁷ OECD, „*Health at a Glance: Europe 2014*“, (EU: 2014), 28.

3 pav. Savižudybės ES šalyse. Standartinis mirtingumo rodiklis 2012 m. (100 000 gyventojų).



Šaltinis: Sudaryta darbo autoriaus, remiantis: Eurostat statistiniai duomenys. *Mirties priežasčių statistika*. Žiūrėta 2016 08 11 http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/lt

Remiantis Eurostat statistiniais duomenimis (3 pav.), 2012 m. ES 28 vidutiniškai mirties nuo savižudybės atvejų buvo 11,9 (100 000 gyventojų). Mažiausiai savižudybių 2012 m. buvo Kipre (3,8 mirties atvejai 100 000 gyventojų) ir Graikijoje (4,4), taip pat palyginti nedaug (mažiau nei 8 mirties atvejai 100 000 gyventojų) – Maltoje, Italijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Ispanijoje. Lietuvos standartinis mirtingumo nuo savižudybių rodiklis 2,6 karto viršija ES 28 vidurkį (30,7 mirties atvejų 100 000 gyventojų, pagal naujausius duomenis Lietuva yra 30,8 atv./100 000 gyventojų), taip pat didelis (24,1 100 000 gyventojų – daugiau nei du kartus didesnis nei ES vidurkis) jis yra Vengrijoje.²⁸ Kaip teigia Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO), aukšti savižudybių rodikliai Lietuvoje yra susiję su padidintu psichologiniu ir socialiniu nesaugumu, staigiu socialiniu ir ekonominiu perėjimu (reforma) ir nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos nebuvimu.²⁹

Kiekvienoje šalyje savižudybių prevencija yra būtina. Ji turi būti įvairiapusė ir pirmiausia apie ją turi nuodugniai žinoti planuojantys sveikatos politiką. Svarbu suprasti kas yra prevencija ir kokius jos būdus galima aktyviai taikyti, padedant asmenims atsidūrusiems krizinėje situacijoje. Tikslios savižudybių prevencijos sampratos nėra, tačiau pats žodis **prevencija** paaiškinamas, kaip išankstinis įspėjimas, kontrolė, priežiūra, reguliavimas, režimas arba kelio užkirtimas.³⁰ Kanados savižudybių prevencijos asociacijos (CASP) internetinėje svetainėje nurodyta, kad savižudybių prevencija – tai yra kompleksinis darbas, kuris padeda mažinti savižudybių skaičių. Taip pat tai aukštas informatyvumo

²⁸ Eurostat statistiniai duomenys. *Mirties priežasčių statistika. Mažiausi standartiniai savižudybių rodikliai – Graikijoje ir Kipre*. Žiūrėta 2016 rugpjūčio 11d., http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/lt

²⁹ OECD, „Health at a Glance: Europe 2014“, (EU: 2014), 28.

³⁰ Valerija Vaitkevičiūtė, *Tarptautinių žodžių žodynas*. (Vilnius, Žodynas, 2001).

lygis, stigmos šalinimas, visapusiškas problemos suvokimas, kuriuos papildo intervencija ir postvencija.³¹

Amerikiečių psichologas G. Kaplan išskyrė tris prevencijos rūšis: pirminės, antrinės, tretinės prevencijos. Dabar šios prevencijos rūšys dažniau vadinamos prevencija, intervencija ir postvencija. *Prevencija* – tai rūpinamasis psichikos higiena. Tai įvairūs veiksmai, kurie užkerta kelią savižudybėms, kitaip, prevencija pagal G. Kaplan – tai švietimas, kuris gali padėti užkirsti kelią žmogaus gyvenimo sunkumams. *Intervencija* – tai gydymas ir priežiūra žmogaus, kuris išgyvena psichologinę krizę. Antrinė prevencija – tai įsikišimas į esamą savižudybės procesą. Būtina suprasti, kad tai ne vien medicinos problema, prie gyvybės išgelbėjimo gali prisidėti daugybė žmonių, nors svarbiausieji vaidmenys tenka specialistams – psichologams, psichiatrams, socialiniams darbuotojams, krizių centrų darbuotojams ir kt. *Postvencija* – tai kompleksinės priemonės, mažinančios žalą, kurią patiria mėginę nusižudyti arba nusižudžiusio žmogaus aplinkos asmenys.³²

Lietuvos mokslininkė D. Gailienė savižudybių prevenciją skiria į *netiesioginę* ir į *tiesioginę* prevenciją. *Netiesioginė* savižudybių prevencija – tai įvairios priemonės, kurios mažina „kvietimą“ savižudybei, slopina savižudybių skatinimą visuomenėje. D. Gailienės teigimu specialios suicidologinės žinios apie savižudybes yra būtinos ypač gydytojams, psichologams, socialiniams darbuotojams, taip pat ir pedagogams³³, nes Lietuvoje nuolat auga vaikų savižudybių skaičius. Lietuvoje kasmet nusižudo 50 – 60 vaikų ir jaunuolių nuo 10 iki 19 metų, vidutiniškai 6 – 7 iš šių nusižudžiusių būna vaikai iki 10 metų³⁴, todėl pedagogai turi mokėti atpažinti savižudybės rizikos ženklus ir gebėti tinkamai į jas reaguoti, bei suteikti nors minimalią psichologinę paramą (pagalbą) mokiniui išgyvenančiam psichologinę krizę. *Tiesioginė* savižudybių prevencija – tai didinančių savižudybės riziką sutrikimų diagnozavimas ir gydymas. Visų pirma tai depresijos, alkoholizmas ir kitos įvairios priklausomybės. Taip pat būtina teikti pagalbą asmenims su aukštais suicidinės rizikos rodikliais, kurie tam tikru momentu išgyvena psichologinę krizę, nes tokie asmenys gali lengvai ryžtis pražūtingam veiksmui. Tokią pagalbą teikia krizių įveikimo centrai, psichologinė pagalba telefonu (Lietuvoje tai veikiančios „Jaunimo linija“, „Vaikų linija“, „Linija Doverija“, „Pagalbos moterims linija“, „Vilties linija“). Kai kuriems asmenims reikalinga kompleksinė psichologinė pagalba, nes jų polinkis į savižudybę nuolat kinta. D. Gailienės teigimu, susikaupus keliems savižudybės rizikos faktoriams – depresija, alkoholizmas, sunki socialinė situacija, vienišumas, vientvė, sunkios ligos ir pan. – pagalba turi būti įvairiapusė. Kartais tam tikrus žmones su minėtais savižudybės rizikos

³¹ The Canadian Association for Suicide Prevention (CASP), „*What is Suicide Prevention, Intervention and Postvention?*“, Žiūrėta 2016 rugpjūčio 11 d., <http://suicideprevention.ca/understanding/what-is-suicide-prevention-intervention-and-postvention/>

³² Г. И. Каплан и Б. Дж. Сэдок, *Клиническая психиатрия*. (Москва: Медицина, 2002), 18

³³ Danutė Gailienė, *Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje*. (Vilnius: Tyto alba, 1998), 162-163.

³⁴ Ona Kristina Polukordienė, *Psichologinės krizės ir jų įveikimas*. (Vilnius: L. Senkaus personalinė įmonė „Heksagrama“, 2003), 18.

faktoriais būtina gydyti stacionaruose, kitu metu teikti psichoterapiją, psichologines konsultacijas ar socialinę paramą.³⁵

2016 metais spalio 7 dieną Vilniuje vykusioje tarptautinėje konferencijoje „Įrodymais grįsti savižudybių intervencijos metodai praktikoje“ buvo dalinamasi įvairių šalių patirtimi ir kalbama kokius moksliskai įrodytus metodus galima taikyti, stabdant savižudybių paplitimą ir stiprinant savižudybių prevenciją. Dalyvaujant konferencijoje (Priedas 8 – p.116), buvo išgristi užsienio šalių ekspertų pranešimai apie **CAMS**, **SafeTALK/ASIST** ir **ASSIP** metodus. Šiuo metu Lietuvoje šie metodai dar nėra taikomi, tačiau numatytą **SafeTALK/ASIST** savižudybių intervencijos programos finansavimą ir šios programos įgyvendinimą (kurios įgyvendinimas yra atidėtas iki 2020 m.) galima matyti Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plane 2016-2020 metams³⁶ ir Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2016 – 2019 metų strategijos įgyvendinimo priemonių plane 2016 metams.³⁷ Svarbu plačiau aprašyti šiuos įmanomus savižudybių intervencijos metodus ir remiantis šiuos metodus komentuojančių ekspertų kalbomis (dr. Vaiva Klimaitė/Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras, dr. Paulius Skruibis/VU, prof. Danutė Gailienė/VU), pagrįsti kodėl juos būtina taikyti Vilniuje, o su laiku ir visoje Lietuvoje.

- *Bendradarbiavimu grįstas savižudybių rizikos vertinimo ir valdymo modelis CAMS.* Šis savižudybių rizikos vertinimo ir valdymo modelis **CAMS** susideda iš 4 aspektų: psichoterapijos filosofijos, savižudybių rizikos tyrimų ir nuolatinio vertinimo, rizikos valdymo ir planuojamo gydymo strategijomis, atsakingu požiūriu į pacientą (klientą). **CAMS** yra bendras klinikinio gydymo ir įvertinimo procesas, kuris padeda pacientams, atsidūrusiems krizinėje situacijoje. Šio modelio privalumas yra tame, kad pacientai bendrauja su psichoterapeutu ne kaip su gydytoju, o kaip su artimu draugu, kai pacientas su psichoterapeutu yra bendra komanda, vyksta bendradarbiavimas. Taikant šį modelį, su pacientu yra dirbama ambulatoriškai, neguldant jo į ligoninę ir netaikant stacionarinio gydymo, nes stacionarinis gydymas dar tik labiau paskatina žmogų pakartotinai savižudybei. Taip pat kaskart seanso metu yra pildoma anketa (Priedas 9 – p.117), kurią pacientas pildo pats ir vertina savo būklę, tokiu būdu yra įvertinamas savižudybės rizikos lygis (žemas, vidutinis, aukštas) ir tik paskui yra dirbama su pačiu pacientu, taikant 6 mąstymo žingsnius. Dirbant su pacientu yra pasirašomos sutartys, todėl tiek pacientas, tiek psichoterapeutas būna teisiškai ir etiškai apsaugoti. **CAMS** modelis yra savanoriškas, čia negalima pacientą priversti bendrauti ir bendradarbiauti, bet tik tokiu būdu galima gražinti jo sąmoningumą

³⁵ Danutė Gailienė, *Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje.* (Vilnius: Tyto alba, 1998), 164.

³⁶ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2016 m. vasario 9 d. Nr. V-213 įsakymas „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano 2016-2020 metams patvirtinimo“, Nr. 3014, *Teisės aktų registras* (2016), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d690c350d58b11e583a295d9366c7ab3>

³⁷ Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2016 m. balandžio 19 d. Nr. 1-414 sprendimas „Dėl Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2016-2019 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių plano 2016 metams tvirtinimo“ <http://www.vilnius.lt/vaktai/Default.aspx?Id=3&DocId=30278491>

psichologiniu pokalbiu. Taip pat **CAMS** modelį gali taikyti tiek psichoterapeutai, tiek slaugytojai, tiek kiti sveikatos priežiūros specialistai.

Kodėl CAMS būtina taikyti Vilniuje? Programa yra paprasta, ją gali taikyti bet kas ir specialistų kiekį nereikėtų didinti (kas gali padėti sutaupyti lėšas), tinka savižudybės rizikos vertinimui. Ši programa naudinga, nes ji turi savo vertinimo būdą (Priedas 9 – p.117), kuris leistų gerai įvertinti savižudybės riziką. Gydomo planavimas prasideda tik nuo rizikos įvertinimo. Tuo pačiu šiame procese dalyvauja ir pats pacientas, nes pildo anketą asmeniškai, paciento klausama apie jo savijautą labai smulkiai, todėl čia vyksta tiek paciento, tiek ir paties specialisto abipusis darbas. Toks darbo procesas teikia vilties žmogui svarstyti apie tai dėl ko verta gyventi, taip žmogus imasi gydymo atsakomybės.

- *Savižudybių intervencijos programa „vartininkams“ (gatekeepers) SafeTALK/ASIST.* Šios programos yra apmokami „vartininkai“ tam, kad galėtų atlikti savižudybių rizikos skenavimą, atpažinti rizikos požymius. Praėjęs **SafeTALK** programos mokymus, asmuo geba atpažinti savižudybės riziką, išmoksta pastebėti žmones, kurie turi riziką ir gali išklausti juos, padėti jiems psichologiškai arba nukreipti ten kur žmogus ketinantis nusižudyti, gautų tinkamą emocinę pagalbą. Kiekvienas asmuo, praėjęs mokymus, gauna lipduką su užrašu „jei galvoji apie savižudybę, gali su manimi pasikalbėti“, kurį klijuoja matomoje vietoje (rankinė, portfelis, striukė ir pan.). Ši metodą galima taikyti net patiems taksi vairuotojams (jį galima taikyti nuo 15 m. ir vyresniems asmenims), kur praėję mokymus ir užsiklijavę lipduką mašinos priekiniame stikle gali sulaukti prašymo ir paramos iš asmenų, kurie sprendžia pasitraukti iš gyvenimo ir taip suteikti jiems pirmąją psichologinę pagalbą. **ASIST** – tai taikomasis savižudybių intervencinis mokymas. Mokymas skirtas nuo 16 metų ir vyresniems asmenims. Mokymų metu galima suprasti ir suvokti savo požiūrį į savižudybes, programos dalyviai supranta kokie yra poreikiai, kad svarbus yra bendravimas ir bendradarbiavimas. Per **ASIST** mokymus yra gaunama informacija kaip galima būtų padėti žmonėms, kurie ketina nusižudyti ir ar galima užtikrinti tinkamai žmogaus saugumą. 2016 metais birželio 20 dieną jau startavo **SafeTALK/ASIST** įvadiniai mokymai, tačiau kol kas pati programa nėra vykdoma.

Kodėl SafeTALK/ASIST būtina taikyti Vilniuje? Vienas iš svarbiausių savižudybių prevencijos tikslų nurodytų PSO rekomendacijose yra „vartininkų“ mokymai, dėl to šią programą būtina taikyti, nes **SafeTALK/ASIST** yra „vartininkų“ mokymai. Šie mokymai nėra sudėtingi ir užtrunka tik keletą dienų, todėl nebus sudėtinga apmokyti ir 100 žmonių. Svarbu, kad tai yra standartizuoti mokymai, nes „vartininkai“ turi gauti kokybišką ir efektyvų mokymą. Psichologinės pagalbos telefonu apmokyti savanoriai su **SafeTALK/ASIST** programa sumažintų savižudybės riziką tiems, kas kreiptųsi pagalbos. Taip galima būtų sumažinti mėginusiųjų žudytis asmenų patekimą į ligonines, nes stacionarinis gydymas nėra rekomenduotinas ketinusiems nusižudyti asmenims.

- *Efektyvi trumpoji terapija žmonėms mėginusiems nusižudyti ASSIP.* ASSIP terapija rekomenduojama visiems pacientams, kurie jau mėgino žudyti. Dažniausiai rizika išlieka ir po mėginimų žudyti pačiais pirmaisiais metais. ASSIP yra specifinė terapija, kurioje siekiama, kad pacientas suprastų apie savižudybės priežastis krizės fone ir tuo pačiu individualiai jam yra parengiamos saugos priemonės ateičiai. Tačiau ASSIP nepakeičia jokio kito rekomenduotino tolimesnio gydymo. Šeimos gydytojai dalyvauja paciento gydyme, nes jie būna informuoti apie teikiamas procedūras ir gauna viso gydymo istorijos kopiją. Ši trumpalaikė terapija susideda iš keturių sesijų, paskui seka susirašinėjimas laiškais su psichoterapeutu. *Pirmoje* sesijoje vyksta interviu pokalbis su pacientu, kuris neseniai mėgino žudyti. Šis interviu pokalbis yra įrašomas vaizdo medžiagai su paciento sutikimu. *Antroje* sesijoje vyksta vaizdo įrašo atkūrimas. Pacientas ir psichoterapeutas žiūri įrašytą interviu pokalbį kartu, vaizdo žiūrėjimas nuolat nutraukiamas dėl papildomos informacijos. Pacientas gauna papildomą mokomąją medžiagą namų darbams, kad galėtų skaityti ir komentuoti. *Trečioje* sesijoje pacientas rašo dienoraščio tipo laišką jau tuomet, kai yra atitolęs nuo krizinės būklės. Pacientui išduodamos individualios prevencinės rekomendacijos kreditinės kortelės dydžio, kad jis visuomet turėtų jas šalia. *Ketvirtoje* sesijoje vyksta mini-ekspozicija. Praktikuojama saugos strategija, naudojant įrašytą vaizdo interviu pokalbį. *Penktoje* sesijoje vyksta paciento ir psichoterapeuto susirašinėjimas laiškais, kuris tęsiasi 2 metus; pirmus 3 mėnesius pirmais metais ir 6 mėnesius antrais metais.

Kodėl ASSIP būtina taikyti Vilniuje? Tai labai žmogiškas metodas ir labai aiškus metodas specialistams, jis yra labai suprantamas. Tai nėra 5 metų terapija, o yra konkretūs tikslai, tai yra savotiška bejėgystės prevencija specialistui, nes yra instrumentas ir yra aiškiai nurodyta kaip kalbėtis, ką daryti. Laiškų metodas penktoje sesijoje padeda palaikyti žmones psichologiškai, kurie turėjo savižudybės bandymų, nes žmonėms tiesiog reikia palaikymo, paskatinimo ir žmogiško ryšio. Kai yra labai struktūruotas, aiškus intervencinis būdas, tai specialistams yra labai didelė atsvara ir savotiškas pagrindas po kojomis.

Labai svarbu teikti tinkamą ir ilgalaikę paramą ar pagalbą jau mėginusiems žudyti asmenims arba nusižudžiusių artimiesiems. Šiuo metu Lietuvoje neseniai (nuo 2015 metų rugsėjo 8 dienos) pradėjo veikti asociaciją „Artimiems“, kurios tikslas vienyti artimo savižudybę patyrusius asmenis, atstovauti jų interesams, šviesti visuomenę ir taip mažinti stigmą, susijusią su netektimi dėl artimo savižudybės.³⁸

PSO yra daugumai žmonių žinoma organizacija, kuri ragina skirti dėmesį savižudybių paplitimo problemoms įvairiose šalyse ir skatina sveikatos politikos formuotojus ir įgyvendintojus aktyviai imtis efektyvios savižudybių prevencijos savo šalyje, todėl formuojant savižudybių prevencijos politiką, rekomenduotina atkreipti dėmesį ir į PSO teikiamas naudingas rekomendacijas.

³⁸ Artimiems.lt Apie mus. <http://artimiems.lt/>

2015 metais vykusioje PSO konferencijoje apie savižudybių prevenciją, buvo išskirtos apibendrinančios rekomendacijos, kuriuose buvo akcentuojama savižudybių prevencijos svarba:

- Savižudybių prevencija ir suicidiniai bandymai reikalauja rimto visuomenės sveikatos dėmesio. Savižudybių našta yra tokia didelė, kad už tai turėtų būti atsakingi ne tik SAM, bet ir Vyriausybė.
- Savižudybių prevencijos strategijos yra būtinos. Juose turėtų būti apsvarstomi skirtingi savižudybių atvejai, priklausantys tam tikriems asmenims, turintiems skirtingus savižudybių rizikos faktorius, taip pat nurodyti įvairūs uždaviniai skirti atskiriems sektoriams (švietimo, darbo jėgos rinkos, socialinių reikalų ir t.t.), kurių veiksmų rezultatai nuolatos turėtų būti vertinami.
- Sveikatos priežiūros specialistai turėtų būti apmokomi atpažinti savižudybės riziką ir aktyviai bendradarbiauti su psichikos sveikatos įstaigomis, teikiančiomis psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.
- Tiek sveikatos priežiūros specialistus, tiek plačiąją visuomenę apie savižudybių prevencijos būdus reikia šviesti kuo anksčiau ir kreipti dėmesį į savižudybių rizikos faktorius ir apsaugą.
- Taip pat yra privalomi į politinius sprendimus orientuoti moksliniai tyrimai, susiję su savižudybių prevencijos strategijų vertinimu.
- Žiniasklaida turėtų būti įtraukta į savižudybių prevencijos mokymus tam, kad galėtų atsakingiau ruošti pranešimus apie įvykusias savižudybes.³⁹

Apibendrinant galima teigti, kad savižudybės yra globali problema beveik visose šalyse, kurią lemia ne tik socialiniai, bet ir biologiniai, kultūriniai veiksniai. Statistiniai duomenys rodo, kad Lietuvoje palaipsniui savižudžių amžius jaunėja ir Lietuvos savižudybių skaičius vis dar viršija ES vidurkį. Yra žinoma, kad savižudybių prevencijos pagalba galima sumažinti savižudybių skaičių, panaudojant įvairius intervencijos metodus, tokius, kaip pavyzdžiui jau minėtus CAMS, SafeTALK/ASIST, ASSIP, tačiau prie to turi prisidėti ir tam tikros šalies suinteresuoti politikai, kurie galės iniciatyviai imtis visiško savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo.

1.2. Savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas viešosios politikos analizės kontekste

1942 metais, Prancūzijos egzistencialistas filosofas A. Camus rašė: „Yra tik viena tikrai rimta filosofinė problema: savižudybė“⁴⁰. Jau ilgą laiką (daugiau nei 60 metų) psichiatrai domisi šiuo filosofinės problemos klausimu. Savižudybė yra mirtis ir psichiatrija, kaip medicinos atmaina, domisi savižudybėmis, kas vyksta po savižudybės bandymų, taip pat neatsiejamai domisi ir savižudybių prevencija. Tik savižudybių prevencija ir tinkamas jos valdymas gali padėti sumažinti savižudybių skaičių ir pagerinti kiekvienos šalies rodiklį. Tačiau, kai savižudybių prevencijos probleminis klausimas tampa viešas, reikia pripažinti, kad jis pradeda sietis ir su politiniais veiksmais, kitaip

³⁹ WHO European Ministerial Conference on Mental Health: facing the challenges, building solutions, Finland: Helsinki, 2005, 12-15 January <http://teach-vip.edc.org/documents/Suicide/WHOBriefingSuicidePrevent.pdf>

⁴⁰Albert Camus, *The Myth Of Sisyphus And Other Essays*, (First international edition, 1991), <http://www.dhsprory.org/kenny/PhilTexts/Camus/Myth%20of%20Sisyphus-.pdf>

savižudybių paplitimas tampa svarbu reiškiniu viešosios politikos proceso kontekste. Tam, kad būtų galima spręsti savižudybių prevencijos klausimą, būtina įsigilinti į viešosios politikos proceso analizę.

R. Vilpišausko ir V. Nakrošio teigimu, vienas populiariausių metodų analizuoti politikos procesą, yra to proceso suskirstymas į atskirus etapus nuo klausimo formulavimo iki problemos sprendimo rezultatų įvertinimo ir tolesnės politikos koregavimo.⁴¹ Kitaip toks metodas vadinamas procesiniu modeliu, kai vyksta nuoseklus procesas, kuris padeda spręsti problemas. Nors kritikai teigia, kad toks „stadijinis“ modelis teikia nenatūralų politinio proceso vaizdą, tačiau visgi „stadijinis“ modelis turi savo pranašumą, jis teikia racionalią struktūrą, kuri padeda įveikti realybės kompleksiskumą.⁴² Viešosios politikos skaidymas į vienas po kito einančius etapus, reiškia, kad primetame schemą realybei, kuri yra sudėtingesnė ir takesnė.⁴³ Taigi geriausias metodas, kuris leidžia tirti politikos piniavą yra vadinamasis „žingsnis po žingsnio“ (angl. *step-by-step*), kai viešosios politikos aktualios problemos išskyla į viešumą tuo pačiu pirmą kartą pasirodydami politinėje darbotvarkėje. Toliau analizuojama kaip politikos veikėjai formuoja politinės veiklos klausimus, kaip vyksta tolimesnis įstatymų arba kitų teisės aktų priėmimas, kaip galiausiai įgyvendina viešąją politiką ir kaip ji yra vertinama.⁴⁴ Nors kaip jau buvo minėta, šis viešosios politikos „stadijinis“ skaidymas yra kritikuojamas, tačiau R. Vilpišausko ir V. Nakrošio teigimu viešosios politikos proceso etapų skaidymas yra naudingas, nes:

- pagrindinis dėmesys skiriamas politikos įgyvendinimui, susidaro prielaida jog naudinga kalbėti apie politikos įgyvendinimą, kaip apie atskirą politinio proceso reiškinių;
- minėtas išskyrimas yra reikšmingas tiek analitiškai tiek praktiškai, nes leidžia suprasti kas už ką yra atsakingas. Taip pat toks požiūris suteikia galimybę atskirti įstatymų vykdomąją ir leidžiamąją institucijas, tuo pačiu nustatant galios ir atskaitomybės ryšius. Taikant šį tyrimo modelį, galima geriau paaiškinti politikos įgyvendinimo etapo ypatumus, juos įtakojančius veiksnius bei jų sąsajas su kitais politinio proceso etapais.⁴⁵

Skirtingi autoriai (R. Vilpišauskas ir R. Nakrošis, W. Parsons, E. Bardach, W. N. Dunn, J. E. Lane) viešosios politikos procesą apibūdina įvairiai. Išanalizavus skirtingų autorių siūlomus viešosios politikos proceso modelius, galima išskirti pagrindinius viešosios politikos formavimo etapus ir pritaikyti kaip pavyzdį – savižudybių prevencijos politiką.

1) *Problemos identifikavimas ir jos pripažinimo etapas*. Problemos identifikavimas ir jos suformulavimas yra labai svarbus žingsnis, iškelta problema leidžia ieškoti įrodymų.⁴⁶ Kaip teigia

⁴¹ Ramūnas Vilpišauskas ir Vitalis Nakrošis, *Politikos įgyvendinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungos įtaka*, (Vilnius: Eugrimas, 2003), 14.

⁴² Wayne Parsons, *Viešoji politika*, (Vilnius: Eugrimas, 2001), 85.

⁴³ Ten pat., 86.

⁴⁴ Charles E. Lindblom ir Edward J. Woodhouse, *Politikos formavimo procesas*, (Vilnius: Algarvė, 1999), 23.

⁴⁵ Ramūnas Vilpišauskas ir Vitalis Nakrošis, *Politikos įgyvendinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungos įtaka*, (Vilnius: Eugrimas, 2003), 16.

⁴⁶ Eugene Bardach, *Praktinis politikos analizės vadovas*, (Vilnius: Homo liber, 2006), 15.

W. N. Dunn, „problemos formulavimas yra pagrindinė valdymo sistema ir vairas, kuris lemia visų tolimesnių politikos analizės etapų sėkmę“⁴⁷. Tačiau anot W. Parsons daug kas priklauso nuo to kaip problema bus apibrėžiama ir kaip politikos formuotojai sieks pateikti tam tikrą reiškinį ar įvykį. Anot W. Parsons galima taikyti šią seką: reiškinys → problema → politika.⁴⁸ Šiuo atveju reiškinys – savižudybės ir jų aukšti rodikliai Lietuvoje. Galima identifikuoti daug problemų (alkoholio ir kt. psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, Lietuvos regionų socialiniai ir ekonominiai netolygumai, visuomenės raštingumo stoka ir pan.) kylančių iš minėto reiškinio, tačiau čia taikome tokią problemą – neaktyvi savižudybių prevencija.

- 2) *Darbotvarkės sudarymo etapas*. Konstruojant problemas yra siekiama, kad šios problemos patektų į politinę darbotvarkę. Į politinę darbotvarkę patenka aktualūs klausimai, kuriems vyriausybės ar nevyriausybės institucijos teikia rimtą dėmesį.⁴⁹ Šiuo atveju pasirinkamas savižudybių prevencijos klausimas (problema). Tačiau būtina žinoti tai, kad darbotvarkės gali būti sudaromos pagal jų rūšys (žiniasklaida, viešoji (sisteminė), politinė (institucinė)). *Žiniasklaidos* darbotvarkė gali problemą apibrėžti taip, kaip jai bus reikalinga, tačiau tuo pačiu ji gali iškelti savižudybių prevencijos klausimą, kurį galbūt politikai nelabai norėtų spręsti, nors visuomenei ir NVO tai gali būti labai svarbus klausimas. *Žiniasklaida* yra verslas ir žiniasklaidai svarbu pritraukti kuo daugiau žiūrovų, skaitytojų, klausytojų dėmesį, todėl siekiant pelno ji gali turėti ryšių su administraciniu elitu ir sukonstruoti problemą taip, kaip gali būti naudinga šiems elitams. *Viešoji (sisteminė)* darbotvarkė – tai viešosios valdžios veikla. Populiarūs politikai gali vien žodžiais paveikti visuomenę ir sumažinti susirūpinimą problema, paprasčiausiai nukreipti visuomenės dėmesį į kitus aktualius klausimus. *Politinė (institucinė)* darbotvarkė sąveikauja su viešąja nuomone ir valdžia. Jei problema patenka į viešąją (sisteminę) darbotvarkę, ji nebūtinai pateks į politinę, nes visuomenės susirūpinimas tam tikru klausimu ar problema nebūtinai gali reikšti tai, kad valdžia nutars spręsti atitinkamą klausimą ar problemą. Taip pat politinei darbotvarkei turi didelę įtaką politinės partijos, interesų grupės, nes jos spaudžia Vyriausybę spręsti aktualias problemas.
- 3) *Politikos formavimo ir sprendimų priėmimo etapas*. Šis etapas susideda iš dviejų dalių. Pirmiausia formuojama viešoji politika, kad būtų sprendžiamos problemos, paskui valdžią turinčios institucijos priima sprendimą dėl viešosios politikos įgyvendinimo. Tinkamai suformuluotas sprendimas leis sėkmingai įgyvendinti politiką. Taip pat šiame etape būtina nustatyti viešosios politikos tikslus, uždavinius, priemones taip ir finansavimo šaltinius.⁵⁰ Kaip pavyzdį galima pateikti savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programą. Ji buvo parengta, nes LR Seimas ir LR Vyriausybė susidomėjo savižudybių paplitimo reiškiniumi Lietuvoje. Nors šios programos

⁴⁷ William N. Dunn, *Viešosios politikos analizė*, (Vilnius: Homo liber, 2006), 83.

⁴⁸ Wayne Parsons, *Viešoji politika*, (Vilnius: Eugrimas, 2001), 90.

⁴⁹ Ramūnas Vilpišauskas ir Vitalis Nakrošis, *Politikos įgyvendinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungos įtaka*, (Vilnius: Eugrimas, 2003), 17.

⁵⁰ Ten pat., 17.

įgyvendinimą sunkino netinkamai apgalvotas finansavimas, visgi svarbu akcentuoti tai, kad „politikos formavimo lygiu buvo aktyviai siekiama įvardyti savižudybių reiškinį ne vien kaip medicininę psichiatrinę, bet visų pirma kaip visuomenės sveikatos problemą“⁵¹. Svarbu paminėti, kad tokie autoriai, kaip W. Parsons, E. Bardach⁵² sprendimo priėmimui dar analizuoja galimas alternatyvas, kurias išanalizavus ir įvertinus, pasirenkamas tinkamas sprendimas.

- 4) *Politikos įgyvendinimo etapas*. Šis etapas prasideda tuomet, kai yra patvirtintas viešosios politikos sprendimas. Norvegų mokslininkas J. E. Lane teigia, kad įgyvendinimo sąvoka yra kiek dviprasmiška. Pirmoji įgyvendinimo prasmė „sukelti praktines pasekmes“ ar „vykdyti“, o kita prasmė „įvykdyti“ arba „atlikti“. Taip įgyvendinimas gali būti apibrėžiamas dvejopai – „įgyvendinimas kaip galutinė būseną arba politikos tikslo pasiekimas“ ir „įgyvendinimas kaip procesas ar politikos vykdymas“⁵³. J. E. Lane teigimu, įgyvendinimo žaidime įvairių partijų naudojamas strategijas, taktikas, vilkinimo mechanizmus, kaip sprendimų parametą galima apibūdinti kaip politikos vykdymo tyrimą.⁵⁴ Vertinant įgyvendinimą, kaip rezultatą ar kaip tikslo pasiekimą, būtina kreipti dėmesį į viešosios politikos vykdymą ir jo rezultatus. Pagal J. E. Lane tyrimas apima tris atskiras tinkamai apgalvotas veiklas: „(a) esamų tikslų išsiaiškinimą (tikslų funkcija), (b) santykio tarp priemonių ir rezultatų, išreiškiamo priežastiniu efektyvumu, konstatavimą (priežastinė funkcija) ir (c) santykių tarp tikslų ir rezultatų išaiškinimą, siekiant patvirtinti tikslo pasiekimo mastą (įvykdymo funkcija)“⁵⁵. Įvairius įgyvendinimo modelius galima suskirstyti į dvi grupes. Viena grupė – tai modeliai „iš viršaus žemyn“ (angl. *top-down*), kurie yra paprastesni ir suprantamesni, tačiau jiems trūksta esminio patvirtinimo, taip pat „iš apačios aukštyn“ (angl. *bottom-up*) modeliai, kurių privalumai yra jų pačių realistiškumas ir pritaikomumas.⁵⁶ W. Parsons teigimu „iš apačios aukštyn (į viršų)“ modeliai pabrėžia tą faktą, jog žemutinės grandies vykdytojai, įgyvendindami tam tikrą politiką (šiuo darbe – savižudybių prevencijos politika), turi pakankamai kiek daugiau laisvės. Svarbų vaidmenį atlieka profesionalai: mokytojai, gydytojai, planuotojai, socialiniai darbuotojai ir pan.⁵⁷ Savižudybių prevencijos politikos atveju Lietuvoje, galima teigti, kad savižudybių prevencijos srityje daugiausia iniciatyvos yra rodoma iš žemutinės grandies vykdytojų. Kaip aktyviausius vykdytojus galime vadinti įvairių organizacijų (pvz. Lietuvos psichologų sąjungos) narius ir kitas įvairias nevyriausybinės organizacijas (pvz. Artimiems.lt, Jaunimo linija, VšĮ „Psichikos sveikatos perspektyvos“ ir t.t.).
- 5) *Politikos vertinimo etapas*. Įgyvendintus viešąją politiką yra analizuojami ir vertinami jos rezultatai.

⁵¹ Dainius Pūras et al., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką* (Vilnius: VUL, 2013), 21-22.

⁵² Eugene Bardach, *Praktinis politikos analizės vadovas*, (Vilnius: Homo liber, 2006), 28.

⁵³ Jean Erik Lane, *Viešasis sektorius*, (Vilnius: Margi raštai, 2001), 145.

⁵⁴ Ten pat, 145-146.

⁵⁵ Ten pat., 146.

⁵⁶ Ten pat., 158-159.

⁵⁷ Wayne Parsons, *Viešoji politika*, (Vilnius: Eugrimas, 2001), 419.

Vertindami politikos sėkmės ir nesėkmės, privaloma išsiaiškinti, ar aiškiai buvo suformuluojami tikslai ir uždaviniai, ar buvo planuojamos priemonės jiems pasiekti. Išanalizavus skirtingų autorių (R. Vilpišauskas ir V. Nakrošis, W. Dunn, J. E. Lane) vertinimo kriterijus, būtina išskirti pagrindinius kriterijus, tai: *tinkamumas* (ar rezultatai yra vertingi), *našumas* (finansiniai klausimai), efektyvumas (ar siekiamas rezultatas yra pasiektas), *teisingumas* (teisingas sąnaudų paskirstymas skirtingos grupėms), *tęstinumas* (viešosios politikos programos pasiekimų tęstinumo galimybė ateityje). Tęstinumo kriterijus šiuo atveju yra labai svarbus, o ypač nagrinėjant šio darbo problemą. Tam, kad vyktų nuolatinis tęstinumas, valstybė privalo nuolat vykdyti monitoringą ir stebėti šalyje vykstančius savižudybių rodiklių pokyčius. Juk esminis šalies sėkmingų rezultatų „variklis“ yra nuolatinis veiksmo planų, programų tobulinimas.

- 6) *Grižtamojo ryšio etapas*. Jei yra laikomasi procesinio modelio, tai vertinimas politikos procesui teikia „grįžtamojo ryšio“ informaciją. Politikos įgyvendinimo metu gautus rezultatus būtina politikos formuotojams panaudoti tolimesnės viešosios politikos tobulinimui, tačiau kaip teigia W. Parsons šis veiksmas yra kiek naivus, nes politinis procesas nėra racionali mašina ir „politikos pokyčiai retai kada gali būti paaiškinti kaip racionalaus vertinimo padariniai“⁵⁸.

Apibendrinant galima teigti, kad sėkmingas įgyvendinimas – tai pasiekti tikslai. Prieš įgyvendinant tam tikrą politiką būtina išsamiai susipažinti su esamu reiškiniu, iškelti reiškiniui problemą ir sudarant darbotvarkę, priiminėti sprendimus, siekti tam tikros politikos įgyvendinimo, akcentuojant tai, kad pasibaigus įgyvendinimo etapui būtina nuolatos vertinti ir tobulinti esamą politiką. Tam, kad šalyje savižudybių skaičius mažėtų, būtina imtis efektyvios savižudybių prevencinės veiklos, skleisti žinias apie įmanomas prevencijos būdus ir domėtis naudingais PSO teikiamomis politinėmis rekomendacijomis apie savižudybių prevencijos politikos formavimą ir įgyvendinimą.

1.3. PSO rekomendacijos veiksmingai savižudybių prevencijos politikai

PSO teigimu, savižudybės yra pagrindinė jaunų asmenų (15–44 metų amžiaus) mirties priežastis visame Europos regione. 2012 metų PSO duomenimis, Lietuva pagal savižudybių skaičių užėmė penktą vietą pasaulyje, dešimtoje vietoje buvo Kazachstanas⁵⁹, tačiau remiantis paskutiniais PGT (Pasaulio gyvenimo trukmė – World life expectancy) 2014 metų institucijos duomenimis, Lietuva užima ketvirtą vietą tarp savižudybių skaičių visame pasaulyje, trečią vietą užima Pietų Korėja, antrą vietą – Šiaurės Korėja ir pirmą vietą – Gajanos Respublika⁶⁰.

Psichikos sveikata yra svarbiu visos sveikatos gerovės komponentu, pagal PSO sveikatos apibrėžimą, sveikata yra visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būseną, o ne tik ligos nebuvimas, ji yra susijusi su sveikatos skatinimu, psichikos sveikatos sutrikimų prevencija bei gydymu

⁵⁸ Wayne Parsons, *Viešoji politika*, (Vilnius: Eugrimas, 2001), 503.

⁵⁹WHO, „First WHO report on suicide prevention“, Žiūrėta 2016 liepos 7 d., <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>

⁶⁰ WLE/Suicide Death Rate Per 100,000, Žiūrėta 2016 liepos 7 d., <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/suicide/by-country/>

ir rehabilitacija, kuri yra svarbi psichikos sveikatos sutrikimų turintiems asmenims. PSO didelį dėmesį skiria savižudybių prevencijai, jos skatinimui ir yra parengusi svarbias rekomendacijas ne tik įvairios srities specialistams (pedagogams, bendrosios praktikos gydytojams, žiniasklaidos atstovams ir t.t.), bet ir rekomendacijas sėkmingam savižudybių prevencijos politikos vykdymui valstybėse.

2005 metais lapkritį Europos Komisija paskelbė žaliąją knygą pavadinimu „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas“⁶¹. Tai buvo svarbus veiksmas atsiliepiant į Europai skirtą PSO psichikos sveikatos deklaraciją⁶². Šia žaliąja knyga siekta pradėti diskusijas su įvairiausiomis suinteresuotosiomis šalimis. Žaliojoje knygoje keliami tikslai – stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, vykdyti psichikos sveikatos sutrikimų prevenciją, stiprinti žmonių socialinę integraciją, gerbiant jų teises bei orumą, tuo pačiu gerinti ir tobulinti informacijos prieinamumą ir žinias apie visuomenės psichikos sveikatą. Joje taip pat nurodyta, kad pirmas svarbus veiksmingos savižudybių prevencijos veiksmas – tai teisinga ir kryptinga savižudybių prevencijos strategija, kai yra apribojamos visos įmanomos galimybės pasinaudoti savižudybės metodais, tikslingi sveikatos priežiūros darbuotojų mokymai ir ambulatorinio bei reabilitacinio gydymo darbuotojų bendradarbiavimas po asmens bandymo nusižudyti.⁶³

Po žaliosios knygos paskelbimo, 2008 metais birželio 13 dieną Europos Komisija su valstybių ES narių vyriausybėmis ir ekspertais paskelbė Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktą (angl. *European Pact for Mental Health and Well-being*), kurį rėmė ir PSO. Europos psichikos sveikatos ir gerovės pakte vienas iš nurodytų prioritetų buvo depresijos ir savižudybių prevencija. Politikai ir suinteresuotieji asmenys buvo kviečiami imtis tokių veiksmų veiksmingai depresijos ir savižudybių prevencijai, kaip:

- Gerinti sveikatos priežiūros specialistų ir pagrindinių socialinio sektoriaus veikėjų mokymus apie psichinę sveikatą;
- Apriboti prieigą prie potencialių savižudybės priemonių;
- Imtis priemonių didinti eilinių visuomenės narių, sveikatos specialistų ir kitų atitinkamų sektorių atstovų sąmoningumą psichinės sveikatos atžvilgiu;
- Imtis veiksmų, mažinant savižudybes sąlygojančius rizikos veiksnius tokius, kaip pavyzdžiui, piktnaudžiavimą alkoholiu, narkotikų vartojimą, socialinę atskirtį, depresiją ir stresą;
- Pasirūpinti pagalbos po mėginimų nusižudyti būdais pačioms savižudybių aukoms ir jų netekusiems žmonėms, pavyzdžiui, įvedant emocinės pagalbos telefono linijas.⁶⁴

⁶¹ Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas (2005/484/COM). http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_lt.pdf

⁶² PSO Europos ministrų konferencija. Psichikos sveikatos klausimais. Iššūkiai ir sprendimai. „Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija. Iššūkiai ir sprendimai“, (Helsinkis, Suomija, 2005) http://www.lspzgb.lt/naudinga/svarbus_dokumentai

⁶³ Žalioji knyga., *op cit.*, p. 10.

⁶⁴ Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktas, (Briuselis, 2008) 3-4. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_lt.pdf

2012 metais rugsėjo mėnesį penkiasdešimt trys Europos regiono šalys susirinko į PSO Europos regiono komiteto metinę sesiją ir patvirtino naują ir svarbią Europos sveikatos politikos strategiją „Sveikata 2020“. Šioje strategijoje akcentuojamos vidinės ir išorinės konsultacijos PSO regiono biure, joje taip pat didelis dėmesys skiriamas psichikos sveikatos gerinimui ir savižudybių prevencijai. Minėtoje strategijoje yra teigiama, kad nemažai mirties atvejų sudaro savižudybės ir nelaimingi atsitikimai ir beveik 10% 18 metų amžiaus Europos regione asmenų kenčia nuo depresijos. Siūloma kiekvienoje ugdymo įstaigoje vykdyti patyčių programą, būtina kovoti su visuomenės žalingais įpročiais (alkoholis, kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas), bedarbyste, socialine atskirtimi, virtualiomis priklausomybėmis (kompiuteriniai žaidimai ir pan.). Taip pat šioje strategijoje siekiant užtikrinti veiksmingą savižudybių prevenciją, rekomenduojama atkreipti dėmesį ir vykdyti tarpsektorinį bendradarbiavimą ir tokiu būdu aktyviai prisidėti prie savižudybių prevencijos gerinimo.⁶⁵

Savižudybių galima bus išvengti, jei valstybės politinė valdžia sugebės suvokti šios opios problemos mastus, jos padarinius ir sukurs tinkamą ilgalaikę savižudybių prevencijos strategiją. 2012 metais PSO išleido bendrųjų gairių dokumentą apie veiksmingos savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą valstybėse ir pateikė rekomendacijas, kurios gali būti aktualios kiekvienai valstybei, norint turėti veiksmingą savižudybių prevenciją. Bendrųjų gairių dokumentas yra grįstas 1996 metų JT (Jungtinių Tautų) dokumentu „Savižudybių prevencija: nacionalinių strategijų formavimo ir įgyvendinimo gairės“ (angl. *Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*), kuriame buvo akcentuojami tam tikros veiklos ir būdai, kurie turėtų būti nurodyti visose nacionalinėse savižudybių prevencijos strategijose:

- *Skatinti kuo anksčiau identifikuoti, įvertinti asmenys, kurie patenka į savižudybių rizikos grupę ir suteikti greitą specialistų pagalbą;*
- *Gerinti galimybes visuomenei ir profesionalams gauti tinkamos ir prieinamos informacijos, susijusios su keliamais savižudybių prevencijos klausimais;*
- *Sukurti integruotą duomenų rinkimo sistemą, kuri padėtų identifikuoti ne tik rizikos srityje atsidūrusias grupes, bet ir asmenis, situacijas;*
- *Skatinti visuomenės supratimą apie psichikos sveikatą, savižudiškas elgsenas, streso padarinius ir apie veiksmingą krizinių situacijų valdymą;*
- *Skatinti ir remti „vartininkų“ (pvz. policijos pareigūnai, pedagogai, psichikos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai) mokymus pagal atitinkamą mokymo programą;*
- *Priimti atitinkamas etikos taisykles dėl visuomenės informavimo apie tam tikrus savižudybių atvejus;*

⁶⁵ WHO, „*Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21 st century*“. (Copenhagen Ø, Denmark, 2013) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf

- *Užtikrinti didesnę prieinamumą gauti reikiamas paslaugas ne tik asmenims kurie yra linkę į savižudybes ar kurie jau bandė nusižudyti, bet ir jų artimiesiems;*
- *Teikti pagalbą ir reabilitacijos paslaugas nukentėjusiems po savižudybių arba asmenims, turintiems savižudišką elgseną;*
- *Mažinti priemonių, galinčių padėti atlikti savižudybę, pasiekiamumą, prieinamumą ir patrauklumą.*
- *Įsteigti institucijas ar agentūras, kurių siekis būtų skatinti ir koordinuoti su savižudišką elgseną susijusius tyrimus, mokymus ir paslaugas.⁶⁶*

Savižudybių prevencijos strategija turi turėti kiekviena valstybė, nes taip akcentuojamas ne tik savižudybių problemos mastas šalyje, bet ir reikšmė, taip pripažįstama, kad Vyriausybė yra pasiryžusi spręsti šią problemą, kuri priskiriama ne tik prie socialinių, bet ir prie sveikatos problemų. Taip pat savižudybių prevencijos strategijoje gali būti nurodoma kokios prevencijos priemonės yra veiksmingos, o kokios nėra efektyvios, joje nurodomos pagrindinės suinteresuotos pusės, kurios yra verčiamos prisiimti atsakomybę už kiekvieną savižudybių prevencijos priemonę, taip pat strategijos privalumas – tai nuolatiniai savižudiškos elgsenos moksliniai tyrimai.⁶⁷ Formuojant savižudybių prevencijos strategiją, didelis dėmesys turi būti skiriamas ne tik sveikatos apsaugos profesionalams ar įvairioms suinteresuotoms pusėms, tokioms kaip pvz. švietimo sektoriaus atstovams, teisėsaugos institucijų atstovams, parlamentarams, politikos formuotojams, bet ir NVO ir ne pelno siekiančioms organizacijoms, nes jos dažnai ne tik aktyviai vykdo savižudybių prevenciją, bet ir administruoja telefonų linijas, teikia konsultavimo paslaugas, vykdo tyrimus, įgyvendina švietimo programas, dažnai bendrauja su žiniasklaida.⁶⁸

Šiame PSO dokumente siūloma vykdyti ir padėties analizę, kuri padėtų nustatyti tam tikros geografinės zonos problemos mastą. Būtina pateikti apytikrius duomenis, kiek tam tikroje zonoje įvyksta savižudybių ar bandymų nusižudyti per metus, nustatant su tuo tiesiogiai susijusius struktūrinius ir klinikinius veiksnius, identifikuojant pačias pažeidžiamiausias gyventojų grupes. Būtina įvertinti ar buvo suteikiamos tam tikros paslaugos mėginusiems nusižudyti ir kiek buvo suteikta panašių paslaugų, koks tų paslaugų prieinamumas, nauda ir kokybė. Atliekant tokią išsamią analizę, siūloma atsižvelgti ir į esamą žalingo alkoholio vartojimo mažinimo politiką, kontroliuoti korektiškumą straipsniuose apie savižudybes, įvertinti savižudybių ir mėginimų nusižudyti statistikos kokybę, įvertinti savižudžių aplinkas ir panaikinti grėsmingas priemones (daugiaaukščiai pastatai su neapsaugotais stogais, tiltai su žemomis tvoromis), kurios gali pakenkti ir kitiems savižudybių rizikos grupėms. Taip pat būtina ne tik identifikuoti egzistuojančias kliūtytis, bet ir pateikti siūlymus, sprendimus, kurie padėtų vieną po kitos pašalinti. Neidentifikavus esamų kliūčių, bet kokia strategija

⁶⁶ WHO, *Public health action for the prevention of suicide* (Geneva, Switzerland, 2012), 5. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

⁶⁷ Ten pat., 7.

⁶⁸ Ten pat., 8-9.

gali likti neįgyvendinta, o likti tik paruošta popieriuje.⁶⁹

Formuojant ir įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką, politinės valios nebuvimas, jos stygius gali stipriai paveikti savižudybių prevencijos strategijos įgyvendinimą ir ji gali taip ir užsilikti stalčiuje. Todėl politinės valios užtikrinimui siūlomi tokie būdai, kaip:

- *Didinti informuotumą nacionaliniams ir savivaldos lyderiams;*
- *Dažnai skelbti straipsnius apie nuodugniais tyrimais grįstą savižudybių prevencijos politiką ir jos padėtį;*
- *Rasti politinių lyderių ar advokataujančių asmenų, kurie galėtų akcentuoti savižudybių problemos mastą ir kelti prevencijos politikos klausimą reikiamu lygiu (pvz. žmonės, kurių šeimoje ar iš jų pažįstamųjų rato kas nors mėgino nusižudyti arba nusižudė);*
- *Periodiškai apeliuoti žiniasklaidoje į savižudybes kaip į viešosios politikos problemą;*
- *Nuoseklus lobizmas tarp parlamentarų bei įvairių lygių Vyriausybės atstovų.⁷⁰*

Užtikrinti reikiamą politinę valią, kuri būtų tvari ir nepriklausytų nuo įvairių politinių pokyčių nėra taip lengva, nes tai kainuoja daug laiko ir pastangų, tačiau tai yra labai naudinga, ypač ilgalaikėje perspektyvoje. Politiniai įsipareigojimai galėtų pasireikšti įvairiais būdais, tarkim:

- *Peržiūrėti vykdomą atitinkamą politiką, galiojančius teisės aktus, kurie reikiama kryptimi keistų teisinės sistemos požiūri į savęs žalojimą ar savižudybę;*
- *Padidinti reikiamus išteklius ir užtikrinti ilgalaikį ir nuolatinį jų skyrimą;*
- *Skatinti duomenų rinkimą ir stebėjimą apie mėginimus nusižudyti ir savižudybes;*
- *Sustiprinti paramą viešojo sektoriaus darbuotojų mokymams, taip pat leidžiant jiems vykdyti savižudybių prevenciją;*
- *Būsimiems sveikatos ir socialinio sektoriaus specialistams įtraukti į mokymo programas informaciją apie savižudybės ir savižudybių prevenciją;*
- *Didinti valstybinių įstaigų ar institucijų pastangas, skirtas mažinti aplinkos, socioekonominių ir kitų rizikos veiksnių poveikį, taip pat užtikrinti geresnį teikiamų paslaugų prieinamumą.⁷¹*

Daugelyje šalių susiduriama su savižudybių stigmatizavimu. Žmonės, kurių artimieji nusižudė, ar tie kurie patys mėgino nusižudyti dažnai jaučia gėdos jausmą, jaučiasi nejaukiai savo bendruomenėse. Stigmatizavimas gali užkirsti kelią ieškoti pagalbos, gauti su savižudybių prevencija susijusias paslaugas tokias, kaip konsultacijas ar psichologinę pagalbą nusižudžius artimajam (postvencija) – tai ypač aktualu tose šalyse kuriose savižudybė ar savižudiški veiksmai užtraukia baudžiamąją atsakomybę. Todėl šiame PSO dokumente siūloma kovoti su stigmatizavimu, skatinant visuomenės supratimą ir keliant raštingumą įvairiais psichikos sveikatos klausimais, Vyriausybė ir

⁶⁹WHO, *Public health action for the prevention of suicide* (Geneva, Switzerland, 2012), 9. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

⁷⁰ Ten pat., 11.

⁷¹ Ten pat., 11.

kitos suinteresuotos pusės turėtų deramą dėmesį skirti šiai stigmatizavimo problemai ir imtis reikiamų veiksmų. Pastangos mažinti savižudiško elgesio stigmatizavimą gali būti veiksmingos tik tuomet, jeigu bus įtrauktos į bendrą, kur kas plačiau apimančią psichikos ligų destigmatizavimo procesą, tuo pačiu suvokiant, kad sėkmingai kovoti su neigiamomis visuomenės nuostatomis, gali prireikti ir kitų papildomų pastangų.⁷²

2014 metais PSO išleido ataskaitą „Savižudybių prevencija: globalus prioritetas“ (*angl. Preventing suicide: A global imperative*), kurioje buvo pateikiami ne tik savižudybių rizikos veiksniai, statistiniai duomenys, dabartiniai PSO pasiekimai savižudybių prevencijos srityje, bet ir rekomendacijos savižudybių prevencijos politikos srityje. Ataskaitoje teigiama, kad nuo Sveikatos apsaugos ministerijos ir kitų nacionalinio lygmens vadovų priklauso visas savižudybių prevencijos politikos likimas. Tam, kad galima būtų didžiuoti teigiamais ir visaverčiais rezultatais nacionalinės savižudybių prevencijos politikos srityje, būtina suprojektuoti tokius tikslus:

1. Patobulinti epidemiologinę priežiūrą ir atlikinėti naujus mokslinius tyrimus;
2. Identifikuoti ir nukreipti pažeidžiamas grupes;
3. Patobulinti savižudiško elgesio vertinimą ir valdymą;
4. Kontroliuoti aplinkos ir asmeninius apsauginius veiksnius;
5. Didinti visuomenės informuotumą per edukacines programas ar renginius;
6. Keisti palankia kryptimi visuomenės nuostatas ir požiūrį, šalinant stigmatizavimą ir neigiamą požiūrį į žmones, linkusius į savižudybes ar turinčius psichikos sveikatos sutrikimų;
7. Sumažinti prieinamumą prie priemonių galinančių privesti prie savižudybių;
8. Paraginti žiniasklaidą atsakingiau ruošti pranešimus apie įvykusias savižudybes;
9. Teikti visapusišką paramą ir pagalbą nusižudžiusiųjų artimiesiems.⁷³

Kaip jau buvo minėta, kiekvienai valstybei rekomenduojama turėti nacionalinę savižudybių prevencijos strategiją, nes tik su jos pagalba galima turėti pilną ilgalaikį planą, kurį bus privaloma įgyvendinti ir regionuose. 2014 metų PSO ataskaitoje yra pateikiami pagrindiniai nacionalinių savižudybių prevencijos strategijų komponentai, kurie privalo būti kiekvienoje strategijoje, siekiant veiksmingos savižudybių prevencijos (1 lentelė):

⁷²WHO, *Public health action for the prevention of suicide* (Geneva, Switzerland, 2012), 11. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

⁷³WHO, *Preventing suicide: A global imperative* (Luxembourg, 2014), 54. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

1 lentelė. Nacionalinių savižudybių prevencijos strategijų komponentai

Komponentai	Tikslai ir uždaviniai
Epidemiologinė priežiūra	Gerinti duomenų rinkimo kokybę ir skatinti jų savalaikiškumą. Sukurti integruotą duomenų rinkimo sistemą, kuri galėtų nustatyti pažeidžiamas grupes, individus ir savižudybių rizikos situacijas.
Prieinamumo prie savižudybės priemonių mažinimas	Sumažinti savižudybės priemonių (pvz. pesticidai, šaunamieji ginklai, daugiaaukščiai pastatai) prieinamumą, pasiekiamumą ir patrauklumą. Taip pat sumažinti turimų priemonių toksiškumą/mirtingumą.
Žiniasklaida	Visokeriopai prisidėti prie rekomendacijų rengimo žiniasklaidos specialistams, kurie skelbia informaciją apie savižudybes ne tik televizijoje, bet ir internete ar kitose masinėse informacijos priemonėse.
Paslaugų prieinamumas	Visokeriopai skatinti kompleksinių paslaugų prieinamumą į savižudybes linkusiems asmenims. Pašalinti visas esamas paslaugų prieinamumo kliūtis.
Mokymas ir kompetencijos tobulinimas	Parengti išsamias savižudybių prevencijos ir savižudybių rizikos identifikavimo mokymo programas „vartininkams“ (pvz. sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, policijos pareigūnai, pedagogai), kurių specialybės glaustai siejasi su savižudybių galimais atvejais. Patobulinti psichikos sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų kompetencijas, kurie su laiku gebėtų atpažinti asmenis, turinčius polinkį į savižudybę arba ketinančius nusizudyti.
Gydymas	Gerinti klinikinės priežiūros ir įrodymais grįstos klinikinės intervencijų kokybę, ypač skiriant dėmesį asmenims, kurie yra guldomi į ligonines po mėginimų nusizudyti. Patobulinti mokslinių tyrimų lygį ir veiksmingų intervencinių priemonių vertinimą.
Krizių intervencija	Užtikrinti, kad įvairios vietos bendruomenės turėtų pajėgumų reaguoti krizių atveju ir, kad asmenys krizinėje situacijoje turėtų prieinamumą ir pasiekiamumą gauti skubią psichikos sveikatos priežiūros pagalbą, įskaitant ir telefono pagalbos linijas ir pan.
Pagalba po savižudybės mėginimo (postvencija)	Pagerinti pagalbos teikimo kokybę asmenims, turintiems savižudiškas elgsenas ir asmenims, kurie jau turėjo savižudybės bandymų. Teikti pagalbą ir reabilitacijos paslaugas nukentėjusiems po savižudybių arba asmenims, turintiems savižudiškas elgsenas.
Informuotumas	Vykdyti visuomenės informavimo kampanijas, remiantis savižudybių prevencijos idėjomis. Didinti visuomenės ir profesionalų prieinamumą prie visos informacijos, susijusios su savižudybių prevencija.
Stigmos mažinimas	Skatinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat paslaugas, skirtas sergantiems priklausomybės ligomis ir savižudybių prevencijos paslaugas. Kovoti su asmenų diskriminacija, kurie kreipiasi dėl minėtų paslaugų.
Kontrolė ir koordinavimas	Įsteigti institucijas ar įstaigas, kurios skatintų ir koordinuotų mokslinius tyrimus, mokymus „vartininkams“ ir įvairias kitas paslaugas susijusias su savižudybių prevencija. Sustiprinti sveikatos apsaugos sistemos reagavimą, taip pat socialinę pagalbą savižudybių prevencijos srityje.

Šaltinis: WHO, „Preventing suicide: A global imperative“, Žiūrėta 2016 07 09

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf, 57.

Kuriant strategiją, būtina atsižvelgti ir į finansavimą, bei pačių išlaidų efektyvumą. Būtina numatyti išlaidas ir išteklių kiekį, taip pat teikti kokybišką informaciją tiek žiniasklaidai, tiek visuomenei apie savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo etapų sėkmes ir kliūtis, su kuriomis yra susiduriama. Atlikinėjant ekonominius vertinimus, būtina atsižvelgti į kultūrinį kontekstą ir praktinio įgyvendinimo sąlygas, nes kiekvienoje valstybėje vyrauja skirtinga ekonominė ir socialinė padėtis, todėl tinkamas ir tikslus lėšų paskirstymas kiekvienai priemonei nurodytai nacionalinėje savižudybių prevencijos strategijoje yra be galo svarbus, nes jis nulemia savižudybių prevencijos strategijos įgyvendinimą tam tikroje valstybėje.

Valstybės valdžios struktūroms patvirtinus savižudybių prevencijos strategiją su konkrečiais

veiksmų planais, programomis bei tinkamų lėšų paskirstymu įgyvendinimas bus tuo sėkmingesnis, kuo daugiau šiame procese dalyvaus suinteresuotų pusių. Už savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą tenka kolektyvinė atsakomybė, nes savižudybių prevencija yra kompleksinio pobūdžio, todėl svarbu, kad valdžios institucijos, taip pat ir pilietinė visuomenė inicijuotų atitinkamus veiksmus.

Apibendrinant skyrių galima teigti, kad savižudybė yra sudėtinga problema beveik visose šalyse, ji neturi kokios nors vienintelės priežasties ir ją dažniausiai sukelia ne tik socialinių, bet ir biologinių, kultūrinių, aplinkos veiksnių visuma. Analizuojant statistinius duomenis, paaiškėjo, kad Lietuvoje palaiapsniui savižudžių amžius jaunėja, taip pat Lietuvos savižudybių rodikliai vis dar viršija ES vidurkį, todėl būtina imtis efektyvios savižudybių prevencinės veiklos, ruošti taikyti įvairius intervencijos metodus, tokius kaip jau minėtus CAMS, SafeTALK/ASIST, ASSIP. Nagrinėjant savižudybių prevencijos politiką viešosios politikos teorijos kontekste paaiškėjo, kad viešosios politikos procesas yra ganėtinai sudėtingas. Šiame procese vyksta skirtingų etapų sąveikavimas, todėl nesureikšminus problemos masto, probleminis klausimas nepatekęs į politinę darbotvarkę, gali perimti status quo alternatyvą. Kovojant su savižudybių augimu, būtina remtis PSO politinėmis rekomendacijomis, kurios siūlo kiekvienai valstybei turėti savižudybių prevencijos strategiją, siūlo kovoti su stigmatizavimu, gerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, visuomenės informuotumą, mažinti savižudybės priemonių prieinamumą ir t.t.

2. SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS POLITIKA LIETUVOJE

2.1. Savižudybių prevencijos politikos įstatyminė bazė ir įgyvendinimo etapai

Savižudybių prevencija pirmą kartą buvo paminėta 1998 metais Lietuvos sveikatos programoje ir apie ją užsiminti privertė aukšti savižudybių rodikliai šalyje. Po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo savižudybių rodikliai sparčiai pradėjo kilti, 1991 – 1996 metais jie pakilo 75%, 1991 – 1996 metais šiek tiek krito – iki 42 šimtui tūkstančių, bet po 1996 metų jie vėl pradėjo staigiai kilti ir pakilo iki 44 šimtui tūkstančių, kai tuo metu Europos Sąjungos šalių rodiklių vidurkis siekė 20 šimtui tūkstančių.⁷⁴

1998 metų Lietuvos sveikatos programoje buvo pateikta savižudybių plitimo dinamika nuo 1990 metų ir šios programos vienas iš tikslų psichikos sveikatos srityje buvo „iki 2010 metų sumažinti savižudybių kiekį iki vidutinių Europos šalių rodiklių, t.y. iki 25 iš 100 000 gyventojų“⁷⁵. Šiam tikslui pasiekti buvo nurodyta: nuolatos bendradarbiauti įvairių sričių specialistams; daug dėmesio skirti bendradarbiavimui su bendrosios praktikos gydytojais; organizuoti tinkamą, prieinamą kiekvienam pacientui psichologinę pagalbą, linkusiems į savižudybę asmenims; teikti mokymus įvairių specialybių gydytojams, kad jie gebėtų atpažinti ir įvertinti savižudybės riziką bei gebėtų suteikti pirmąją psichologinę pagalbą; tobulinti ir gerinti psichikos sveikatos ligų gydymą ir užtikrinti tinkamą prevenciją; taikyti naujus diagnostikos metodus, atlikinėti tyrimus, plėsti psichoterapijos pagalbą; sukurti tinkamą reabilitacijos sistemą psichikos sveikatos sutrikimų turintiems asmenims; įtraukti į savižudybių prevencijos veiklą ir pagalbos teikimą socialinius darbuotojus tam, kad jie galėtų organizuoti psichologinę pagalbą nusižudžiusiųjų artimiesiems⁷⁶. Tačiau kaip teigiama 2014 – 2023 Lietuvos sveikatos programos projekte apie 1998 metų programoje esančius siekius – uždaviniai pačioje pirmoje Lietuvos sveikatos programoje nebuvo galutinai įvykdyti, nes sveikatos sektorius buvo susitelkęs į kovą su visuomenės sveikatos problemomis, trūko darnaus vystymosi supratimo, abipusio bendradarbiavimo, sprendžiant visuomenei grėšiančias problemas ir tai aiškiai buvo matyti iš gyventojų sveikatos rodiklių, kur iki šiol mūsų valstybė atsilieka nuo kitų alkoholio vartojimo srityje ir žinoma taip pat garsėja aukštu savižudybių rodikliu.⁷⁷

1998 metais šalyje buvo nutarta atkreipti dėmesį į savižudybių prevencijos strategijos kūrimą. LR Prezidentas Valdas Adamkus išreiškė didelį susirūpinimą dėl aukštų savižudybių rodiklių šalyje ir patvirtino būtinumą imtis veiksmingų priemonių.⁷⁸ 1999 metais Nacionalinė sveikatos taryba priėmė nutarimą Nr. 2 „Dėl psichikos sveikatos priežiūros ir psichikos sutrikimų prevencijos

⁷⁴ Danutė Gailienė, *Savižudybių prevencijos idėjos*. (Vilnius: Tyto Alba, 2001), 15.

⁷⁵ LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 64-1842. (1998), http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2=

⁷⁶ Ten pat.

⁷⁷ LR Seimo 2013 m. lapkričio 27 d. Nr. 1083 nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos Seimo nutarimo „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2023 metų programos patvirtinimo“ projekto pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“, *Valstybės žinios* Nr. 124-6296. (2013), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E716D80E9945>

⁷⁸ Danutė Gailienė, *op cit.*, p. 20.

strategijos“, kuriame siūlė Vyriausybei sudaryti ekspertų grupę strategijai parengti, neatidėliojant pradėti ją vykdyti iš Valstybinio sveikatos fondo lėšų ir kartu vykdyti neatidėliotinai svarbų savižudybių įveikimo Lietuvoje priemonių planą.⁷⁹ 2001 metais pavasarį buvo parengtas pirmasis savižudybių prevencijos strategijos projektas, kurį parengė grupė mokslininkų (D. Gailienė, D. Pūras ir K. O. Polukordienė). Šiame valstybinės savižudybių prevencijos strategijos projekte buvo pateikiamas trijų krypčių modelis: „1) *žinios ir nuostatos* – veikti prieš socialinę atskirtį ir bejėgiškumo tendencijas visoje visuomenėje ir atskirose socialinėse grupėse, taip pat veikti prieš pozityvių nuostatų savižudybės atžvilgiu, kaip suicidinio proceso katalizatoriaus, plitimą; 2) *pagalba padidėjusios suicidinės rizikos grupėms ir asmenims* – padidėjusios suicidinės rizikos grupių ir individų išaiškinimas ir efektyvi pagalba, kuri turi būti maksimaliai integruota į bendruomenės lygio sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės apsaugos ir teisėtvarkos struktūrų veiklą skatinant jų tarpusavio bendradarbiavimą; 3) *moksliniai tyrimai ir matavimai* – įvertinti prevencinių priemonių poreikį, pagrįsti jų pasirinkimą, įvertinti efektyvumą, gaunamų duomenų pagrindu tobulinti taikomas priemones“⁸⁰. Toliau valstybinės savižudybių prevencijos strategijos projekte buvo siūlyta parengti strategijos įgyvendinimo planą, nes rengiant šį planą buvo svarbu numatyti pagrindinius prioritetus, laiko trukmę, taip pat ir įgyvendinimo formas, tuo pačiu atsižvelgiant į efektyvumo įvertinimo kriterijus ir į finansavimo šaltinius.

2003 metais LR Vyriausybė balandžio 10 dieną priėmė nutarimą Nr. 451 „Dėl Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programos patvirtinimo“⁸¹, šios programos įsigaliojimas ir vykdymas prasidėjo nuo 2003 metų balandžio 17 dienos. Savižudybių prevencijos programos vienas iš pagrindinių tikslų buvo – sumažinti savižudybių iki vidutinio Europos rodiklio, taip pat šioje programoje buvo akcentuojama savižudybių problemos svarba, kurioje buvo teigiama, kad „Lietuvoje 2001 metais nusižudė 1535 asmenys. Lietuva 2001 metais pagal savižudybių skaičių 100 tūkstančių gyventojų Europoje pirmavo – 44,1 savižudybės, Latvijoje – 34, Estijoje – 33, Rusijoje – 39, Vengrijoje – 32 savižudybės“⁸², taip pat nurodyti: situacijos analizė; savižudybių prevencijos kryptys (panašias į 1999 metų valstybinės savižudybių prevencijos strategijos projekto trijų krypčių modelį, bet dėl problemos platumo patobulintos ir išplėtotos); atitiktis šakos strategijai ir prioritetams; programos tikslai; numatomi rezultatai; programos įgyvendinimas.

Kitas svarbus dokumentas, kuriame taip pat buvo minimas savižudybių problemos mastas Lietuvoje ir numatomi šios opios problemos sprendimo būdai – 2007 metais patvirtinta LR Seimo

⁷⁹ Nacionalinės sveikatos tarybos 1999 m. kovo 17 d. Nr. 2 nutarimas „Dėl psichikos sveikatos priežiūros ir psichikos sutrikimų prevencijos strategijos“, *Valstybės žinios*, Nr. 32-939 (1999), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DB7A7C490A74>

⁸⁰ Danutė Danutė Gailienė, *Savižudybių prevencijos idėjos*. (Vilnius: Tyto Alba, 2001), 21-29.

⁸¹ LR Vyriausybės 2003 m. balandžio 10 d. Nr. 451 nutarimas „Dėl Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 36-1575, (2003), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F963E0906BB8>

⁸² Ten pat, II problemos svarba.

psichikos sveikatos strategija⁸³, kurios tikslas buvo „sukurti Lietuvos Respublikoje tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teikti visapusišką pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms“⁸⁴. Patvirtintoje psichikos sveikatos strategijoje taip pat buvo akcentuojami aukšti savižudybių rodikliai Lietuvoje, iš pateikiamų strategijos uždavinių buvo siekiama stiprinti savižudybių prevenciją „plėtojant bendradarbiavimą su psichikos sveikatos sutrikimų turinčiais asmenimis, jų šeimomis, nevyriausybinėmis organizacijomis, įvairiomis suinteresuotomis institucijomis, taip užtikrinant nepavėluotą informaciją apie pagalbos teikimo bei psichikos sveikatos stiprinimo galimybes“⁸⁵. Vienas iš svarbių sėkmingų šios strategijos vertinimo kriterijų buvo siekimas savižudybių skaičiaus sumažėjimo iki 30 atv./100 000 gyventojų, kai 2005 metais savižudybių skaičius siekė 38,6 atv./100 000 gyventojų.⁸⁶ 2008 metais LR Vyriausybė nutarė imtis aktyvių veiksmų dėl kokybės psichikos sveikatos srityje ir birželio 18 dieną patvirtino kitą svarbų dokumentą Lietuvai – Valstybinę psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programą⁸⁷, kurioje taip pat buvo minima ir planuojama imtis visų įmanomų veiksmų ir prevencijos priemonių, kurie užkirstų kelią savižudybių plitimui šalyje ir tobulintų psichikos sveikatos priežiūros sistemą.

2010 metais kovo 19 dieną Seimo narė D. Mikutienė pasisakė dėl vykdomos savižudybių prevencijos politikos Lietuvoje⁸⁸, pareikšdama, kad Lietuvoje dažniau žudosi jaunimas ir vaikai, o Vyriausybės visos pastangos užkirsti kelią savižudybėms yra bevertės, neduoda siekiamų rezultatų, nes trūksta finansavimo, o turimi pinigai neefektyviai paskirstomi. Dėl minėtų priežasčių Seimo narė kreipėsi į Vyriausybę tam, kad būtų nurodyta kiek pareigūnų dirba atsakingų už vaikų ir paauglių savižudybių prevencijos vykdymą ir kiek jiems išlaikyti skiriama lėšų per metus, taip pat kiek lėšų buvo skiriama Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programos įgyvendinimui, kokie buvo pasiekti rezultatai ir ar vyko šios ir kitų savižudybių prevencijos programų efektyvumo tyrimai. Seimo narė prastą savižudybių prevencijos programų įgyvendinimą Lietuvoje argumentavo taip: „Būtina išsamiai analizuoti vaikų savižudybių priežastis, o jas nustačius – principingai šalinti ir reikalauti atsakomybės iš pareigūnų, tiesiogiai atsakingų už savižudybių prevencijos įgyvendinimą. Būtinai projektų tęstinumas, o ne vienkartinės akcijos ar epizodiški projektai. Prirašyta daug įvairių

⁸³ LR Seimo 2007 m. balandžio 3 d. Nr. X - 1070 nutarimas „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 42-1572. (2007), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.FB9ED006276A>

⁸⁴ Ten pat, IV strategijos tikslas ir prioritetinės kryptys.

⁸⁵ Ten pat, II psichikos sveikatos situacijos analizė.

⁸⁶ Ten pat, II psichikos sveikatos situacijos analizė.

⁸⁷ LR Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. Nr. 645 nutarimas „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 76-3014 (2008), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4B66C3F080EE>

⁸⁸ LR Seimo pareiškimai: 2010 m. kovo 19 d. Seimo narės D. Mikutienės pranešimas VIR: popierinė valdžios politika – tūkstančiai savižudybių, žiūrėta 2016 sausio 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=96307&p_k=1

dokumentų, strategijų bei programų, tačiau jų įgyvendinimui neskiriamas reikiamas finansavimas, atrodo, kad prasidėjus finansų krizei, savižudybių prevencija apskritai yra išbraukta iš šios Vyriausybės darbotvarkės⁸⁹.

Tais pačiais metais kovo 30 dieną LR Seime vyko plenarinis vakarinis posėdis, kuriame buvo pristatyta Nacionalinės sveikatos tarybos 2009 metų veiklos ataskaita⁹⁰, kurioje buvo akcentuojamos problemos psichikos sveikatos priežiūros sistemos srityje ir teigiama, kad itin mažai psichikos sveikatos priežiūros ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugų yra perkelta į bendruomenių lygį, silpnai bendradarbiauja tarpusavyje NVO, nėra teikiamos pagalbos krizių atvejų, neužtikrintas finansavimas nurodytas Psichikos sveikatos strategijos dokumente, kuris glaudžiai siejasi su prevencinėmis programomis⁹¹. LR Seimas, po Nacionalinės sveikatos tarybos 2009 metų veiklos ataskaitos išklauso, nutarė po svarstymo pritarti šios ataskaitos projektui, už kurį balsavo 71 Seimo narys, prieš – 1, susilaikė 17 Seimo narių. Nutarimo projektu buvo siūlyta Nacionalinei sveikatos tarybai nuolatos stebėti ir vertinti Lietuvos sveikatos programas bei kitų valstybinių sveikatos programų įgyvendinimą.

2010 metais Nacionalinė sveikatos taryba išleido metinį pranešimą⁹², kuriame taip pat didelis dėmesys buvo skiriamas savižudybių prevencinių programų įgyvendinimo spragoms, jame buvo nurodytos pagrindinės savižudybių prevencijos nesėkmių priežastys tokios, kaip: geros praktikos pavyzdžių ir programų tęstinumo trūkumas, nepakankamas finansavimas, projektams taikomų metodų neatitikimas, tarpinstitucinio ir tarpžinybinio bendradarbiavimo trūkumas. Šiame metiniame pranešime taip pat buvo pateikti siūlymai savižudybių prevencijos veiksmingumo tobulinimui ir pareikšta būtinai iš naujo atlikti visų valstybinių prevencinių programų vertinimą, atsisakyti nereikalingų programų, pasikartojančių priemonių ir užtikrinti tinkamą finansavimą. Taip pat užtikrinti prieinamą ir kompensuojamą gydymą vaikams, sergantiems hiperkineziniais sutrikimais bei įvairiomis priklausomybėmis, o Švietimo ir mokslo ministerijai atkreipti dėmesį į šios sistemos specialistų pasirengimą ir grįžti prie tradicinės mokyklos misijos – ugdyti mokinių vertybes, socialinę kompetenciją ir gebėjimą savarankiškai kurti savo tolimesnę gyvenimą.⁹³

Vienas iš svarbiausių psichikos sveikatos sistemos siekinių buvo paminėtas 2011 metų patvirtintame LR Seimo nutarime Nr. XI – 1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, kuriame buvo teigiama, kad būtina „įgyvendinti šiuolaikinėmis mokslo

⁸⁹ LR Seimo pareiškimai: 2010 m. kovo 19 d. Seimo narės D. Mikutienės pranešimas VIR: popierinė valdžios politika – tūkstančiai savižudybių, žiūrėta 2016 sausio 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=96307&p_k=1

⁹⁰ Seimas išklausė Nacionalinės sveikatos tarybos 2009 metų veiklos ataskaitą, 2010 m. kovo 30 d. pranešimas VIR (iš plenarinio posėdžio) http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4445&p_d=96768&p_k=1 [žiūrėta 2016 02 21]

⁹¹ Nacionalinės sveikatos tarybos veiklos ataskaita 2009-01-01 – 2009-12-31 Nr. XIP – 1827, žiūrėta 2016 vasario 21 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=365962&p_query=&p_tr2=

⁹² NST metinis pranešimas 2010 „Urbanizacija – nauji iššūkiai žmonių sveikatai“, žiūrėta 2016 vasario 21, http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1

⁹³ Ten pat, p. 26

žiniomis pagrįstus visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo, psichikos sutrikimų prevencijos metodus, siekiant užkirsti kelią *savižudybėms*, prievartai, psichologinėms krizėms⁹⁴. 2012 metais lapkričio 28 dieną LR Vyriausybė priėmė nutarimą Nr. 1482 „Dėl 2014-2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“, vienas iš siekinių šiame nutarime buvo „įgyvendinti visuomenės psichinės sveikatos stiprinimo, elgesio sutrikimų, psichikos ligų, *savižudybių* ir smurto prevencijos priemonės“⁹⁵.

2013 metais birželio 26 dieną Sveikatos reikalų komitetas, atsižvelgdamas į Lietuvos psichologų sąjungos, NVO bei psichikos sveikatos ekspertų kreipimusis, nagrinėjo psichikos sveikatos priežiūros sistemos trūkumus Lietuvoje. Šiame svarstyme buvo akcentuojamas savižudybių paplitimas Lietuvoje ir tai, kad Lietuvos savižudybių rodikliai jau daug metų išlieka vieni aukščiausių pasaulyje, 2007 metų Psichikos sveikatos strategija vis dar nėra įgyvendinta, o psichologinės paslaugos yra ganėtinai prasto prieinamumo, trūksta psichosocialinės reabilitacijos paslaugų. Taip pat buvo atkreiptas dėmesys į silpną tarpsektorinį valstybinių ir savivaldybių sektorių bei NVO bendradarbiavimą.⁹⁶ Tais pačiais metais liepos 3 dieną Sveikatos reikalų komitetas priėmė sprendimą Nr. 111-S-9 dėl Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo. Komitetas pasiūlė Vyriausybei ir Sveikatos apsaugos ministerijai įgyvendinti 2007 metais balandžio 3 dieną patvirtintą Psichikos sveikatos strategiją, taip pat paruošti ir patvirtinti nacionalinę savižudybių prevencijos programą, jos įgyvendinimui užtikrinant tinkamą finansavimą⁹⁷.

2013 metais rugpjūčio 12 dieną Seimo Pirmininko pavaduotojas K. Komskis viešosios informacijos rengėjams pasisakė dėl neefektyvios savižudybių prevencijos Lietuvoje ir pateikė savo siūlymus. Buvo kalbėta, kad Lietuvoje veikia 5 telefoninės psichologinės pagalbos linijos, tačiau veikia ne itin veiksmingai, nes tarnybų specialistai nepajėgia atsakyti į visus skambučius. Seimo Pirmininko pavaduotojas pasiūlė pagerinti pagalbos prieinamumą, įvedant vieną bendrą psichologinės pagalbos liniją trumpuoju, gerai įsimenamu telefonu⁹⁸. Tais pačiais metais rugpjūčio 14 dieną Seimo Pirmininko pavaduotojas K. Komskis pareiškė nesuprasdamas kodėl sveikatos apsaugos ministras nepritaria jo iniciatyvai „suburti darbo grupę, kuri imtųsi rimtos savižudybių prevencijos ir parengtų

⁹⁴ LR Seimo 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI – 1430 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 73 – 3498, (2011), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0E672DF64E70>

⁹⁵ LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. Nr. 1482 nutarimas „Dėl 2014-2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 144-7430, (2012), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.31A566B1512D>

⁹⁶ Seimo Sveikatos reikalų komitetas nagrinėjo psichikos sveikatos priežiūros sistemos trūkumus Lietuvoje, 2013 m. birželio 26 d. pranešimas VIR (iš komitetų, komisijų), žiūrėta vasario 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4463&p_d=137853&p_k=1

⁹⁷ Seimo Sveikatos reikalų komitetas priėmė sprendimą dėl Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo, 2013 m. liepos 3 d. pranešimas VIR (iš komitetų, komisijų), žiūrėta 2016 vasario 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4463&p_d=138264&p_k=1

⁹⁸ LR Seimo pareiškimai: 2013 m. rugpjūčio 12 d. Seimo Pirmininko pavaduotojo K. Komskio pranešimas VIR: parlamentaras imasi savižudybių prevencijos, žiūrėta 2016 vasario 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=138923&p_k=1

psichikos sveikatos gerinimo priemonių planą”⁹⁹. Jis pareiškė, kad sveikatos apsaugos ministro pozicija yra neargumentuota, neobjektyvi ir absoliučiai nenori bendradarbiauti ir siekti palankių rezultatų visuomenės labui¹⁰⁰. Seimo Pirmininko pavaduotojas K. Komskis dėl institucijų bendradarbiavimo svarbos link veiksmingos savižudybių prevencijos pareiškė, kad bet kokia palanki iniciatyva turi būti sveikinama, nes Lietuvos savižudybių rodiklis toks aukštas, kad būtina imtis bet kokių teigiamai apgalvotų priemonių ir tuo turi rūpintis ne vien SAM, bet ir kitos ministerijos, o svarbiausia šia problema turi rūpintis ir Vyriausybė. Taip pat jis paminėjo, kad ir LR Seimas turi pasirūpinti finansavimo skyrimu ir galutiniu sprendimu priėmimu.¹⁰¹ Seimo Pirmininko pavaduotojas pabrėžė, kad Sveikatos apsaugos ministerijoje suburta darbo grupė, kuri rūpinasi savižudybių prevencija veikia ne sistemingai, nes savižudybių rodikliai nesikeičia ir Lietuva vis dar akivaizdžiai pirmąja tarp kitų šalių.

2013 metais spalio 9 dieną LR Seimo LSDP frakcijos narė R. Šalaševičiūtė kartu su vaikų ir paauglių psichiatru, medicinos mokslų daktaru prof. D. Pūru, Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Planavimo ir veiklos stebėsenos skyriaus vedėja V. Šulskutė pasisakė viešosios informacijos rengėjams dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos problemų, kurios daro didelę įtaką vaikų ir paauglių savižudybėms. Dėl vaikų ir paauglių psichikos problemų Seimo LSDP frakcijos narė R. Šalaševičiūtė pareiškė, kad pagrindinė problema sietina su neapgalvotu finansavimu, nes Vyriausybės programoje nurodyti aiškūs įsipareigojimai psichikos sveikatos srityje, strategijos įgyvendinimo, psichikos sveikatos paslaugų plėtros, skiriamas dėmesys savižudybių prevencijai, bet trūksta ne lėšų, o jų tinkamo paskirstymo.¹⁰² Vaikų ir paauglių psichiatras, medicinos mokslų daktaras prof. D. Pūras patikslino vaikų ir paauglių psichikos sveikatos problemų mastą: „Iki šiol tarp Lietuvos paauglių ir jaunuolių išlieka aukšti savižudybių ir žmogžudysčių rodikliai. Mokslininkų tyrimai rodo, kad 41% moksleivių turi psichikos sveikatos problemų, o 13% – diagnozės lygį siekiančių psichikos sutrikimų. Tačiau veiksmingų ir lanksčių paslaugų vaikams ir paaugliams plėtra Lietuvoje buvo sustabdyta dar prieš 2000 m., ir iki šiol šios paslaugos neplėtojamos. Lietuvoje trūksta vaikų psichinės sveikatos paslaugų infrastruktūros“¹⁰³. Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Planavimo ir veiklos stebėsenos skyriaus vedėja V. Šulskutė pabrėžė, kad Lietuvos vaikų globos namuose trūksta kvalifikuotų darbuotojų, psichologų, nes ne visos savivaldybės skiria finansavimą,

⁹⁹ LR Seimo pareiškimai: 2013 m. rugpjūčio 14 d. Seimo Pirmininko pavaduotojo K. Komskio pranešimas VIR: nesuprantama, kodėl sveikatos apsaugos ministras nepritaria kovai su savižudybėmis, žiūrėta 2016 vasario 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=138943&p_k=1

¹⁰⁰ Ten pat.

¹⁰¹ Ten pat.

¹⁰² LR Seimo pareiškimai: 2013 m. spalio 9 d. Seimo LSDP frakcijos narės R. Šalaševičiūtės pranešimas VIR: „Jei laiku būtų sprendžiamos vaikų ir paauglių psichikos sveikatos problemos, būtų mažiau savižudybių ir žmogžudysčių“, žiūrėta 2016 vasario 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=140556&p_k=1

¹⁰³ Ten pat.

todėl vaikų psichinės problemos sunkėja.

2014 metais kovo 26 dieną LR Vyriausybė siekdama įgyvendinti 2014-2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontalųjį prioritetą „Sveikata visiems“, nutarė patvirtinti 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinį veiklos planą¹⁰⁴, kuriame buvo viena iš pagrindinių veiklos priemonių – finansuoti įvairias informacines ir socialines reklamos kompanijas, tikslines priemones ir svarbias iniciatyvas, kurios būtų skirtos gyventojų grupių sveikatos raštingumui didinti ir sveikatos išsaugojimui (sveikamityba, infekcinių ir neinfekcinių ligų profilaktika, fizinis aktyvumas, netyčinių sužalojimų, *savižudybių*, smurto, žalingų įpročių) ugdyti.

Svarbų įsakymą Nr. V-417 Lietuvai „Dėl psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano patvirtinimo“¹⁰⁵ 2014 metais kovo 28 dieną patvirtino Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras V. P. Andriukaitis. Šiame įsakyme 2014–2016 metams numatytos priemonės turėjo būti įgyvendinamos iš atitinkamoms institucijoms skirtų bendrųjų asignavimų ir kitų Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka gautų lėšų.

Kitas svarbus dokumentas, kuriame buvo akcentuojama savižudybių problemos mastai ir prevencija – tai 2014 metais birželio 26 dieną LR Seimo priimtas nutarimas Nr. XII – 964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“¹⁰⁶. Šiame dokumente minima, kad tarp ES valstybių narių Lietuvoje yra vienas aukščiausių savižudybių skaičius. Taip pat jame teigiama, kad 2013 metais Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos aplinkos ministerija, Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija užtikrino palankius pokyčius savižudybių prevencijos srityje, buvo investuota daug į socialinės paramos plėtrą, taip pat galima džiaugtis teigiamais rezultatais medikamentinio psichikos ligų gydymo srityje, pasiektu proveržiu patyčių mokyklose prevencijos srityje, tačiau problema tame, kad iki šiol trūksta politinio lyderio, kuris spręstų opią savižudybių problemą. Šioje programoje vykdant savižudybių prevenciją, buvo siūlyta užtikrinti saugią vaikystę, paauglystę, pilnametystę ir senatvę, užtikrinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą, daug dėmesio skirti sveikos jaunos asmenybės formavimui ir sudaryti tam reikiamas sąlygas, didinant mažai motyvuotų asmenų aktyvumą, taip pat dalyvavimą kultūrinėje veikloje; sumažinti gyventojų socialinę ir ekonominę atskirtį, stiprinti bendruomenių solidarumą ir

¹⁰⁴ LR Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. Nr. 293 nutarimas „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 4113. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/695afce0bbcc11e38766a859941f6073>

¹⁰⁵ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. kovo 28 d. Nr. V-417 įsakymas „Dėl psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 3985. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/658a1ab0ba4b11e38766a859941f6073>

¹⁰⁶ LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII – 964 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos patvirtinimo“//*Teisės aktų registras* Nr. 9403. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>

vienas iš svarbiausių siūlymų buvo vaikų psichikos sveikatos strategijos parengimas, kuris padėtų didinti psichologinių paslaugų plėtrą ir tų paslaugų prieinamumą. 2014 metais liepos 16 dieną buvo patvirtintas įsakymas Nr. V-817 „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gairių patvirtinimo“¹⁰⁷. Vienas iš pagrindinių gairių tikslų buvo „nustatyti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo veiksnių kryptis ir veiklas bei siekti politinio sutarimo jas įgyvendinant“¹⁰⁸. Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gairėse buvo paminėta vaikų ir paauglių savižudybių plitimas ir tai, kad Lietuvos vaikų savižudybių rodikliai yra vieni blogiausių tarp Europos šalių ir vis dar viršija ES vidurkį, todėl įgyvendinimui buvo siūlyta išplėtoti ne tik psichikos sutrikimų gydymo infrastruktūrą, bet ir įgyvendinti psichikos sveikatos gerinimo ir prevencijos programas.

Taip pat svarbus dokumentas Lietuvai, kuris apima daug įvairių sveikatos priežiūros sistemos sričių buvo patvirtintas 2014 metais liepos 16 dieną Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų planas“¹⁰⁹. Šiame dokumente taip pat buvo daug dėmesio skiriama savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimui Lietuvoje. Jame buvo pateiktos tokios savižudybių mažinimo įgyvendinimo priemonės, kaip: tyrimų atlikimas Lietuvos savivaldybėse dėl savižudybių skaičių; socialinės integracijos iniciatyvų rėmimas; psichologų/psichiatrų įvairių psichoterapijos modelių taikymo mokymai; telefoninės emocinės paramos paslaugų tiekimo užtikrinimas; visuomenės švietimas, kaip pagrindas, kuris galėtų formuoti palankias nuostatas į savižudybių prevenciją, programos rengimas ir t.t.

Didelis dėmesys Lietuvos pagyvenusių žmonių psichikos sveikatai ir pagyvenusių žmonių kovai su savižudybėmis skiriamas 2014 metų liepos 16 dieną priimtame įsakyme Nr. V-825 „Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“¹¹⁰, kur teigiama, kad pagyvenę žmonės dažniausiai serga depresija, o savižudybių dažnis yra didesnis tarp vyresnio amžiaus žmonių, jeigu lyginti su visos populiacijos rodikliais, todėl šiame plane siekiant sumažinti pagyvenusių žmonių savižudybių skaičių, buvo siūlyta „savivaldybių lygiu organizuoti psichikos sveikatos stiprinimo renginius (mokymai, seminarai) vyresniems nei 65 metų asmenims, šviečiamuosius renginius tokių asmenų artimiesiems ir globėjams, leisti informacinius leidinius; informuoti visuomenę apie psichikos sveikatą vyresniame amžiuje teigiamai veikiančius veiksniai,

¹⁰⁷ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-817 įsakymas „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gairių patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 10330. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/f22bcda00d7111e4adf3c8c5d7681e73>

¹⁰⁸ Ten pat.

¹⁰⁹ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-815 įsakymas „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 10332. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/682b6f200d7111e4adf3c8c5d7681e73>

¹¹⁰ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-825 įsakymas „Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 10374. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85fb0c200d7311e4adf3c8c5d7681e73>

depresijos vyresniame amžiuje atpažinimo svarbą, rizikos veiksnius bei pagalbos galimybes¹¹¹.

2014 metais lapkričio 11 dieną Seimo narys L. Kazlavickas pateikė pranešimą viešosios informacijos rengėjams apie emocinės pagalbos telefonų linijų iškeltas finansines problemas ir valstybės lėšų netinkamą paskirstymą. Menką emocinės pagalbos telefonų linijų finansavimą, netinkamą valstybės lėšų paskirstymą ir šios pagalbos svarbą Seimo narys L. Kazlavickas argumentavo taip: „Galvojant apie savižudybių Lietuvoje skaičių, valstybei jau seniai reikėjo susirūpinti nuoseklia savižudybių ir kitų visuomenės sveikatos problemų prevencija. Tačiau šis klausimas visuomet lieka realių politinių sprendimų paraštėse. Faktas, kad didelį prevencinį darbą atliekančios emocinės paramos tarnybos dėl ribotų išteklių negali atsiliiepti į kelis milijonus skambučių per metus, privalo keistis. Todėl 2015 metų biudžete siūlau numatyti trečdaliu, t. y. 200 tūkstančių litų, didesnę finansavimą Lietuvos emocinės paramos tarnybų asociacijai, atitinkamai sumažinant studijai skirtą finansavimą. Manau, tai būtų tikslingesnis ir tikrai prasmingesnis valstybės lėšų panaudojimas nei milžiniška suma, skirta tyrimui, kuris, kaip daugelis panašių, tiesiog gali nugulti stalčiuose¹¹². Taip pat buvo minėta, kad Sveikatos apsaugos ministerijos parengtame Psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos veiksnių 2014–2016 m. plane nebuvo minimas tinkamas emocinės pagalbos telefonų linijų finansavimas, o ir psichikos sveikatos ir žmogaus teisių ekspertai įtraukti į ministerijos sudarytą darbo grupę, viešai išplatinę laišką dėl tinkamo finansavimo, liko neišgirsti. Savo abejojimą dėl Psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos veiksnių 2014–2016 m. plano efektyvumo išreiškė ir „Jaunimo linijos“ vadovas P. Skruibis, teigdamas, kad jam neteko girdėti apie konkrečius šio plano vykdymo veiksmus, o ir pats plano kūrimas nebuvo skaidrus, nes kai kurios „milijoninės programos buvo įtrauktos be darbo grupės žinios“¹¹³.

2015 metų sausio 28 dieną Sveikatos reikalų komiteto pirmininkė D. Mikutienė susirūpino savižudybių problemomis Lietuvoje ir pateikė pranešimą viešosios informacijos rengėjams, kad vis dažniau žiniasklaidoje pateikiama apie įvykusias jaunų žmonių savižudybių atvejus, o nemažėjantis savižudybių skaičius leidžia teigti, kad iki šiol yra mažai dėmesio skiriama savižudybių problematikai Lietuvoje. Sveikatos reikalų komiteto pirmininkė D. Mikutienė pareiškė abejojanti Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksnių plano 2014–2016 m. skaidrumu ir paragino Seimo Sveikatos reikalų komitetą kreiptis į Sveikatos apsaugos ministeriją su prašymu pateikti informaciją apie šio veiksnių plano numatytų priemonių 2014 metams įgyvendinimą, taip pat pateikti konkrečią informaciją apie kiekvieną priemonę, nurodant konkrečius vykdytojus, skirtas lėšas.

¹¹¹ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-825 įsakymas „Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksnių plano patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 10374. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85fb0c200d7311e4adf3c8c5d7681e73>

¹¹² LR Seimo pareiškimai: 2014 m. lapkričio 11 d. Seimo nario K. Kazlavicko pranešimas VIR: „Ištikus emocinei krizei, pagalbos telefonu Lietuvoje gali tikėtis tik 8 procentai skambinančių“, žiūrėta 2016 vasario 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=152418&p_k=1

¹¹³ Ten pat.

Išreikšdama didelį susirūpinimą dėl savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemų, Sveikatos reikalų komiteto pirmininkė D. Mikutienė pareiškė, kad būtina vertinti kokios priemonės nėra efektyvios, keisti jas geresnėmis, vykdyti monitoringą, tuo pačiu įtraukti įvairių sričių specialistų ratą, NVO, savivaldos institucijas, nes visuomenė sunerimusi kodėl ši itin jautri problema metai iš metų nesprendžiama, o visas delsimas brangiai kainuoja, visai netoleruotina kaip valdininkai visiškai neneša jokios atsakomybės dėl netinkamai atliekamų pareigų, netinkamų teisės aktų, neefektyvių priemonių.¹¹⁴

2015 metais kovo 25 dieną Lietuvos Respublikos Vyriausybė Lietuvos Respublikos Seimui pateikė 2014 metų veiklos ataskaitą, kurioje buvo minima tai, kad daug dėmesio buvo skirta psichikos sveikatos problemoms spręsti: „sveikatos apsaugos ministras patvirtino Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gaires, Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014–2016 metams, integruotos vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros tvarkos aprašą“¹¹⁵. Taip pat joje buvo minimas vienas iš svarbesnių Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiksmų link savižudybių prevencijos, toks kaip pradedantis savo veiklą nuo 2015 metų Savižudybių prevencijos biuras, kuris jau yra įsteigtas Valstybiniame psichikos sveikatos centre.

2015 metais rugsėjo 9 dieną vyko Seimo LSDP frakcijos pranešimas viešosios informacijos rengėjams, kur apie savižudybių problemas Lietuvoje pasisakė Seimo LSDP frakcijos narė R. Šalaševičiūtė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (LSMU) Psichiatrijos klinikos vadovė, gydytoja psichiatrė prof. dr. V. Adomaitienė ir Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė O. Davidonienė. Šiame pranešime Lietuvos Respublikos Seimo LSDP frakcijos narė R. Šalaševičiūtė pareiškė, kad didėjantis darbo užmokestis ir mažėjantis nedarbas pagerina savižudybių rodiklius Lietuvoje. Taip pat ji akcentavo, kad Sveikatos apsaugos ministerija aktyviai įgyvendina Savižudybių prevencijos 2014–2016 metais planą, kuriame orientuojamasi į žmonių, turinčių priklausomybę nuo alkoholio ir narkotikų, gydymą, nes kaip rodo statistika net 80%, asmenų Lietuvoje nusižudo būdami apsvaigę nuo alkoholio ir panašių psichoaktyviųjų medžiagų. Tuo tarpu Lietuvos mokslų universiteto (LSMU) Psichiatrijos klinikos vadovė, gydytoja psichiatrė prof. dr. V. Adomaitienė pristatė tyrimą, kurio rezultatai parodė, kad „Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos apskrityse 2010–2014 metais savižudybių skaičius 100 tūkst. gyventojų buvo mažesnis nei Lietuvos rodiklis, o Alytaus, Marijampolės, Utenos ir Tauragės – nuolat gerokai viršydavo Lietuvos rodiklį. Vyrų Lietuvoje nusižudo 4–5 kartus daugiau nei

¹¹⁴ Seimo Sveikatos reikalų komiteto pirmininkė D. Mikutienė ragina Sveikatos apsaugos ministeriją nedelsiant spręsti savižudybių problemas, 2015 m. sausio 28 d. pranešimas VIR (iš komitetų, komisijų), žiūrėta 2016 vasario 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4463&p_d=154399&p_k=1

¹¹⁵ LR Vyriausybės 2015 m. Kovo 25 d. Nr. 298 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 metų veiklos ataskaitos pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui“, *Teisės aktų registras* Nr. 4887. (2015), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/499d6de0d84311e4894f9bde45468d3f>

moterų, o apie 65% visų nusižudžiusiųjų buvo 25–59 metų t.y., darbingo amžiaus žmonės¹¹⁶. Taip pat ji akcentavo, kad su savižudybių skaičiaus mažėjimu reikšmingai susiję: gydytojų psichiatrų ir šeimos gydytojų skaičiaus didėjimas, psichiatrinių stacionarių lovų skaičiaus didėjimas, savalaikis ir visavertis psichikos ir elgesio sutrikimų gydymas (diagnozavus sutrikimą), didėjantis darbo užmokestis ir gyventojų užimtumas bei didėjantis registruotų bedarbių skaičius. Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė O. Davidonienė pabrėžė, kad savižudybių prevencijoje labai svarbūs tokie veiksniai, kaip savižudybių rizikos atpažinimas, ankstyva psichikos sveikatos sutrikimų diagnostika, pačios visuomenės psichinė sveikata ir psichologinė atmosfera, socialiniai ir ekonominiai veiksniai.

2015 metais gruodžio 8 dieną buvo patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo“, kuriame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo pakeistas svarbus papunktis susijęs su savižudybių prevencija. Jame buvo siūlyta „parengti, išleisti ir išplatinti edukacines knygas vaikams ir metodines rekomendacijas tėvams pagal tikslines amžiaus grupes ir joms būdingiausių sužalojimų rūšis (5–9 metų amžiaus grupė – atsitiktinis paskendimas, transporto įvykiai, atsitiktiniai apsinuodijimai, 10–14 metų amžiaus grupė – transporto įvykiai, atsitiktinis paskendimas, *savižudybės*; 15–17 metų amžiaus grupė – transporto įvykiai, *savižudybės*, atsitiktinis paskendimas)“¹¹⁷.

Savižudybių problemos mastas Lietuvoje ir uždaviniai savižudybių prevencijos efektyvumui buvo nurodyti naujame 2015 metų gruodžio 9 dienos Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime Nr. 1291 „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016-2023 metų plėtros programos patvirtinimo“. Jame buvo paminėta, kad vis dar Lietuvoje savižudybių dažnis gerokai viršija ES vidurkį ir tarp 28 ES šalių Lietuva yra paskutinė. Vienas iš svarbiausių šios programos uždavinių yra nacionalinės savižudybių prevencijos programos rengimas ir įvairių sektorių, organizacijų, visuomenės, politikų ir žiniasklaidos atstovų informavimas apie šią aktualią problemą.¹¹⁸

2016 metais vasario 9 dieną buvo patvirtintas naujas svarbus įsakymas V-213 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano 2016-2020 metams patvirtinimo“. Šiame dokumente yra paskelbtos tolimesnės priemonės, kurios padės tobulinti psichikos

¹¹⁶ LR Seimo pareiškimai: 2015 m. rugsejo 9 d. Seimo LSDP frakcijos pranešimas VIR. R. Šalaševičiūtė: „Užimtumo ir darbo užmokesčio didėjimas mažina savižudybių skaičių“, žiūrėta 2016 vasario 30 d., http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=160495&p_k=1

¹¹⁷ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2015 m. gruodžio 8 d. Nr. V-1422 įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 19710. (2015), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/5a1705c0a00f11e58fd1fc0b9bba68a7>

¹¹⁸ LR Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. Nr. 1291 nutarimas „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016-2023 metų plėtros programos patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 19827. (2015), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/4d3dc740a3c411e58fd1fc0b9bba68a7>

sveikatos priežiūros sistemą ir siekti savižudybių prevencijos efektyvumo.¹¹⁹

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje vyko nuolatinis darbo procesas dėl savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo, buvo išleista ir patvirtinta daug teisės aktų, kuriuose buvo aiškiai kreipiamasis dėmesys į savižudybių problemos mastą, pateikiami uždaviniai ir priemonės savižudybių prevencijos veiksmingumo pasiekimui, tačiau pastebėta, kad dauguma politikų prieštaringai vertino savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą, teigdami, kad savižudybių prevencijos priemonės dalinai įgyvendinamos, savižudybių prevencijos veiksnių planams trūksta skaidrumo, kreipiama per mažai dėmesio šiai jautriai problemai, o ir lėšos savižudybių prevencijos priemonėms nėra tinkamai paskirstomos.

2.2. Savižudybių prevencijos politiką formuojančios ir įgyvendinančios institucijos

Lietuvos savižudybių prevencijos politikos formavimą ir koordinavimą vykdo LR Seimas, LR Vyriausybė, Nacionalinė sveikatos taryba prie LR Seimo, Sveikatos reikalų komitetas prie LR Seimo ir savivaldybių tarybos. Savižudybių prevencijos vykdymą atlieka ministerijos, valstybinės ir nevalstybinės mokslinius tyrimus ir studijas vykdančios institucijos, savivaldybių vykdomosios institucijos, universitetai, įvairios asociacijos, taip pat NVO.

LR Seimas svarsto dėl įstatymų projektų, priima, leidžia teisinius dokumentus, susijusius su psichikos sveikata ar visuomenės sveikata. Tai pavyzdžiui Psichikos sveikatos strategija, Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa, kurioje taip pat minimos psichikos sveikatos sistemos problemos, tarp jų – savižudybių paplitimas Lietuvoje. Taigi pagrindinė LR Seimo funkcija psichikos sveikatos ar visuomenės sveikatos srityje yra teisiųjų dokumentų leidyba.¹²⁰

LR Vyriausybė psichikos sveikatos srityje vykdo įstatymus ir Seimo nutarimus dėl įstatymų įgyvendinimo, taip pat koordinuoja ministerijų ir kitų Vyriausybės įstaigų veiklą. Pavyzdžiui savižudybių prevencijos srityje Vyriausybė gali koordinuoti Sveikatos apsaugos ministerijos, Švietimo ir mokslo ministerijos, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Vidaus reikalų ministerijos bei kitų institucijų susijusių su savižudybių prevencijos veiklos veiksmus¹²¹. Taip pat Vyriausybė turi šiuos įgaliojimus sveikatinimo reikalams tvarkyti: tvirtina ir užtikrina susijusių su psichikos sveikata, taip pat susijusių su savižudybių prevencija programų įgyvendinimą; nustato ministerijų, Vyriausybės įstaigų, kitų institucijų kompetenciją sveikatos klausimais, kaip pavyzdžiui Švietimo ir mokslo ministerijos kompetencijas savižudybių prevencijos srityje. Pagal savo kompetenciją taip pat rengia ir priima teisės aktus kitais sveikatinimo veiklos reguliavimo klausimais, kaip pavyzdžiui nutarimai dėl Valstybinės smurto artimoje aplinkoje prevencijos ir pagalbos teikimo nukentėjusiems asmenims. Taip

¹¹⁹ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2016 m. vasario 9 d. Nr. V-213 įsakymas „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksnių plano 2016-2020 metams patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 3014. (2016), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d690c350d58b11e583a295d9366c7ab3>

¹²⁰ LR Konstitucija, 1992 m. spalio 25 d. Nr. 33-1014, *Valstybės Žinios* 67, 69 str. <http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm>

¹²¹ Ten pat, 94 str.

pat steigia valstybines tarnybas ir inspekcijas ar kitas valstybės institucijas, kurios užsiima savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimo užtikrinimu, kaip pavyzdžiui VPSC.¹²²

Nacionalinė sveikatos taryba yra LR Seimui atskaitinga sveikatos politikos koordinavimo institucija, kurios viena iš koordinavimo sričių yra savižudybių prevencijos politika. Taip pat ji teikia išvadas dėl valstybės siekiamo sveikatos statistinių rodiklių, Lietuvos sveikatos programos ir kitų valstybinių sveikatos programų, šiuo atveju savižudybių prevencijos srityje, rengia ir kasmet teikia Seimui ataskaitas apie gyventojų sveikatos ir sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo būklę, kur taip pat nagrinėja savižudybių prevencinių programų įgyvendinimo spragas. Nacionalinės sveikatos tarybos sudėtyje yra 15 narių, iš kurių: „1/3 Lietuvos savivaldybių asociacijos deleguotų savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybos narių, 1/3 visuomeninių organizacijų atstovų, ginančių visuomenės sveikatos interesus, bei 1/3 visuomenės sveikatos specialistų“¹²³.

Sveikatos reikalų komitetas prie LR Seimo svarsto įstatymų, kitų Seimo priimamų teisės aktų projektus, su jais susijusias pataisas ir pasiūlymus, rengia išvadas dėl jų, taip pat prižiūri kaip yra įgyvendinamos visuomenės psichinės sveikatos gerinimo, elgesio sutrikimų, psichikos ligų, *savižudybių* ir smurto prevencijos priemonės, nagrinėja psichikos sveikatos priežiūros sistemos trūkumus Lietuvoje¹²⁴.

Valstybinė psichikos sveikatos komisija prie LR Vyriausybės užsiima Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklės analizavimu, psichikos sveikatos srities ir strategijos praktinio įgyvendinimo koordinavimu, teikia įvairius susijusius su psichikos sveikata siūlymus Vyriausybei ir Seimui dėl įstatymų ir kitų teisės aktų projektų, taip pat siūlymus Vyriausybei, ministerijoms, kitoms valstybės valdymo institucijoms dėl įvairių psichikos sveikatos problemų sprendimų, tarp jų yra ir savižudybių paplitimo Lietuvoje problema, taip pat užsiima vertinimu ir išvadų bei siūlymų teikimu dėl valstybinių ir kitų psichikos sveikatos programų projektų, pavyzdžiui tokių programų projektų, kaip savižudybių prevencijos programa. Valstybinė psichikos sveikatos komisija pagal kompetenciją užsiima gyventojų psichikos sveikatos ir jos kitimo tendencijų ryšio su valstybės raida ir valstybėje vykdomomis švietimo vertinimu, domisi socialinėmis bei ekonominėmis permainomis, taip pat periodiškai informuoja apie tai Seimą, Vyriausybę ir visuomenę, kasmet rengia ir teikia Seimui bei Vyriausybei pranešimą ar ataskaitą apie gyventojų psichikos sveikatos būklės pagerėjimą ar nuosmukį¹²⁵.

Savivaldybių tarybos tvirtina savivaldybių kompleksines programas, skiria šioms

¹²² LR sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, *Valstybės žinios* Nr. 63-1231, 60 str. (1994), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182>

¹²³ Ten pat, 67 str.

¹²⁴ LR Seimo statutas 1994 m. vasario 17 d. Nr. I-399, *Valstybės žinios* Nr. 15-249, 50 str. (1994), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.123B53F30F70>

¹²⁵ LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924, *Valstybės žinios* Nr. 53-1290, 38⁽¹⁾str. (1995), https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4043B97881A2/TAIS_259559

programoms finansavimą bei kontroliuoja jų įgyvendinimą. Jos taip pat nustato savivaldybės reguliavimo sričiai priskirtų įstaigų įgaliojimus, kurių funkcija saugoti ir stiprinti savivaldybės gyventojų sveikatą¹²⁶. Savivaldybių tarybos tvirtina visuomenės sveikatos rėmimo specialiąsias programas, viena iš jų gali būti neseniai Vilniaus mero R. Šimašiaus patvirtinta Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2016–2019 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių planas 2016 metams¹²⁷, kurį koordinuoja Socialinių reikalų ir sveikatos departamentas. Taip pat veiksmingam savižudybių prevencijos įgyvendinimui SAM teikia siūlymus savivaldybių taryboms strateginio planavimo dokumentuose, kuriuose siekiama numatyti reikiamas priemones, skirtas aktualiausiems psichikos sveikatos paslaugų teikimo klausimams spręsti (finansavimas, žmogiškieji ištekliai, bendradarbiavimas, specialistų kvalifikacijos kėlimas ir pan.)¹²⁸.

Pagal LR Vyriausybės suteiktus įgaliojimus, savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą organizuoja daug skirtingų ministerijų.

Pagal LR Vyriausybės patvirtintais nuostatais, *Sveikatos apsaugos ministerijos* veiklos tikslas visuomenės sveikatos priežiūros srityje, tuo pačiu savižudybių prevencijos politikos srityje yra formuoti Lietuvos visuomenės sveikatos priežiūros politiką bei organizuoti ir kontroliuoti jos įgyvendinimą. Taip pat pagal savo kompetenciją SAM užsiima Lietuvos Respublikos įstatymų, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų ir kitų teisės aktų projektų rengimu; skiria daug dėmesio gyventojų sveikatinimo veiklos poreikiams, sveikatos būklės ir jos prognozės analizavimu, rūpinasi sveikatos priežiūros ištekliais, sveikatos priežiūros priimtumu, prieinamumu bei tinkamumu ir valstybės lygmeniu aktyviai planuoja sveikatinimo veiklą; Taip pat SAM didelį dėmesį skiria pirminės sveikatinimo veiklos plėtojimo kryptių nustatymui; SAM kompetencijai priskiriamas planavimas ir vykdymas Lietuvos gyventojų sveikatinimo srityje, pasiūlymų teikimas dėl teisinių, socialinių ir ekonominių priemonių, kurie skatina sveikatos išsaugojimą, gražinimą ir stiprinimą, tuo pačiu SAM organizuoja tarpžinybinės ir tarpinstitucinės sveikatinimo veiklos koordinavimą per Lietuvos Respublikos Vyriausybės sudarytas komisijas; užsiima steigimu ir reorganizavimu bei likviduoja jai pavaldžias sveikatos priežiūros bei farmacijos įmones, įstaigas ar tarnybas ir vykdo jų steigėjo funkcijas, steigia įvairios sveikatinimo veiklos sąlygų kontrolės valstybines tarnybas bei valstybines inspekcijas; organizuoja ir kontroliuoja psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos veiksmų planų įgyvendinimą Lietuvoje; kontroliuoja, kaip įgyvendinama savižudybių prevencijos

¹²⁶ LR Sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, *Valstybės žinios* Nr. 63-1231, 63 str. (1994), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182>

¹²⁷ Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2016 m. balandžio 19 d. Nr. 1-414 sprendimas „Dėl Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2016-2019 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių plano 2016 metams tvirtinimo“ <http://www.vilnius.lt/vaktai/Default.aspx?Id=3&DocId=30278491>

¹²⁸ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2016 m. vasario 9 d. Nr. V-213 įsakymas „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano 2016-2020 metams patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 3014. (2016), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d690c350d58b11e583a295d9366c7ab3>

politika SAM pavaldžiose įstaigose. Taip pat SAM kompetencijai priklauso organizuoti savižudybių prevencijos žinių sklaidimą visuomenei per įvairias informacines priemones; dalyvauti tarptautinėse savižudybių prevencijos konferencijose; kartu su savivaldybėmis atlikti tyrimus apie tam tikro amžiaus žmonių psichikos sveikatos ypatumus; rengti ir tvirtinti psichologinių krizių ir savižudybių prevencijos ir postvencijos komandų paslaugų teikimo reikalavimų ir finansavimo tvarkos aprašus, ataskaitas ir t.t.¹²⁹

Socialinė apsaugos ir darbo ministerija taip pat dalyvauja savižudybių prevencijos politikos įgyvendinime. Pagal savo kompetenciją, ministerija rengia Lietuvos Respublikos įstatymų, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų ir kitų teisės aktų projektus, rūpinasi vaikų, jaunimo, šeimos, motinystės ir vaikystės socialinės apsaugos sistemos funkcionavimu, moterų ir vyrų lygių galimybių politikos įgyvendinimu socialinės apsaugos srityje, vadovauja profesijų klasifikatoriaus rengimui ir tvarkymui bei darbo rinkos profesinio mokymo programų registro tvarkymui ir t.t.¹³⁰ Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos siekiniai savižudybių prevencijos politikos srityje yra siekti vaiko ir šeimos gerovės, stiprinti ir saugoti visuomenės sveikatą; mažinti skurdo rizikos lygį valstybėje; didinti laisvų darbo vietų lygį; teikti finansavimą emocinėms (psichologinėms) pagalbos tarnyboms, kompleksinėms paslaugoms šeimoms ir vaikams; aktyviai plėtoti integralią pagalbą neįgaliesiems ir senyvo amžiaus asmenims; nuolatos rengti metodinę smurto prevencijos medžiagą.

Remiantis LR Vyriausybės patvirtintais nuostatais, **Švietimo ir mokslo ministerija** formuoja valstybės politiką, organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja jos įgyvendinimą. Švietimo ir mokslo ministerija, siekdama jai nustatytų veiklos tikslų kaupia, sistemina ir analizuoja informaciją vaikų ugdymo ir užimtumo klausimais; kartu su savivaldybių institucijomis rūpinasi mokyklų lankomumu, kuo didesniu ikimokyklinio ugdymo prieinamumu, teikiamų švietimo paslaugų kokybe, vaikų neformaliojo švietimo plėtojimu, pedagoginės psichologinės pagalbos vaikams prieinamumu; užtikrina švietimo priemonių, kuriomis siekiama apginti vaiką nuo visų formų fizinio ar psichologinio smurto, kitų vaiko teisių pažeidimų, įgyvendinimą; koordinuoja vaikų socializacijos centrų ir specialiųjų mokyklų veiklą.¹³¹ Savižudybių prevencijos srityje švietimo ir mokslo ministerija pagal kompetenciją turi dalyvauti tarptautiniuose projektuose, kuriuose sprendžiami psichikos sveikatos klausimai; rengti ir tvirtinti vaikų neformaliojo švietimo psichikos sveikatos klausimais programas; organizuoti

¹²⁹ LR Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. Nr. 926 nutarimas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 67-1961. (1998), https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C9F500A0ED72/TAIS_384000

¹³⁰ LR Vyriausybės 1998 m. liepos 17 d. Nr. 892 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 66-1916. (1998), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.A8031AAC2939>

¹³¹ LR Vyriausybės 1998 m. liepos 21 d. Nr. 914 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 67-1952. (1998), https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.A5D5139BA009/TAIS_384155

kasmetines mokslines praktines konferencijas aktualiais vaikų psichikos sveikatos klausimais;¹³² rengti ir leisti metodines priemones pedagogams apie vaikų ir paauglių savižudybių prevenciją (kaip atpažinti savižudybių rizikos grupei priklausančius moksleivius, teikiant jiems psichologinę paramą, bendradarbiaujant su jų šeima); rengti ir leisti psichologinės pagalbos (savižudybių prevencijos) rekomendacijas mokyklų psychologams, socialiniams darbuotojams, socialiniams pedagogams ir kitiems specialistams, kaip dirbti su patyrusių krizę vaikais, paaugliais ir jaunimu; nuolat mokyti savižudybių prevencijos įvairius specialistus – savanorius, pedagogus, medikus, moksleivius, studentus, tėvus ir visuomenės informavimo priemonių atstovus.¹³³ Taip pat tolimesni švietimo ir mokslo ministerijos veiksmai – organizuoti mokymus pedagogams savižudybių prevencijos programos taikymo klausimais; skirti didesnę dėmesį savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programos kūrimui, integruotą į įvairių įstaigos specialistų mokymo programas; parengti savižudybių prevencijos programą mokykloms.¹³⁴

Vidaus reikalų ministerija daro didelę įtaką savižudybių skaičių mažinimui teikdama valstybės institucijoms ir Lietuvos savivaldybėms pasiūlymus dėl regionų socialinių ir ekonominių skirtumų mažinimo programos ir kitų probleminių teritorijų plėtros programų įgyvendinimo.¹³⁵

Siaurąja prasme savižudybių prevencijos srityje vidaus reikalų ministerija pagal savo kompetencijas turi rengti ir tvirtinti vidaus tarnybos sistemos pareigūnams skirtą streso, nerimo, lėtinio nuovargio įveikimo programą ir stengtis ją įgyvendinti; rengti Privalomojo pirmosios pagalbos mokymo programos, patvirtintos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. V-69, pakeitimus psichikos sveikatos mokymo temomis statutiniams valstybės tarnautojams; kartu su Kalėjų departamentu prie Teisingumo ministerijos rūpintis psichikos sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikacijos kėlimo programos rengimu, „organizuoti policijos areštinių ir laisvės atėmimo vietų sveikatos priežiūros darbuotojų mokymą; rengti agresijos valdymo programas, organizuoti vidaus tarnybos sistemos ir laisvės atėmimo vietų darbuotojų, dirbančių su laisvės atėmimo vietose esančiais asmenimis, mokymą“¹³⁶.

Pagal savižudybių prevencijos galiojančią 2003 – 2005 metų programą, **Valstybinis psichikos sveikatos centras** taip pat dalyvauja savižudybių prevencijos politikos įgyvendinime. Remiantis LR

¹³² LR Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. Nr. 645 nutarimas „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 76-3014. (2008), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4B66C3F080EE>

¹³³ LR Vyriausybės 2003 m. balandžio 10 d. Nr. 451 nutarimas „Dėl Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 36-1575. (2003), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F963E0906BB8>

¹³⁴ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2016 m. vasario 9 d. Nr. V-213 įsakymas „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano 2016-2020 metams patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 3014. (2016), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d690c350d58b11e583a295d9366c7ab3>

¹³⁵ LR Vyriausybės 2001 m. kovo 14 d. Nr. 291 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 24-794. (2001), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4A0022815C12/ROSDRQhDDI>

¹³⁶ LR Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. Nr. 645 nutarimas „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 76-3014. (2008), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4B66C3F080EE>

sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintais nuostatais, Valstybinis psichikos sveikatos centro tikslas rūpintis visuomenės sveikatos priežiūra, taip mažinant gyventojų sergamumą įvairiomis psichikos sveikatos ligomis, stebėti savižudybių skaičių augimą, taip pat rūpintis visuomenės ir individo psichikos sveikatos gerinimu, mokyti visuomenę sveikos gyvensenos įgūdžių. Pagal savo kompetenciją Valstybinis psichikos sveikatos centras turi teisę dalyvauti Lietuvos sveikatos programos, psichikos sveikatos stiprinimo, savižudybių prevencijos ir psichikos sveikatos priežiūros įgyvendinime; teikti metodinę pagalbą visuomenės sveikatos priežiūros centrams, pirminės psichikos sveikatos priežiūros įstaigoms, priklausomybės ligų centrams, valstybės ir savivaldybių institucijoms, kur taip pat yra sprendžiami klausimai dėl gyventojų psichikos sveikatos ir savižudybių prevencijos efektyvumo; VPSC taip pat pagal savo kompetenciją gali analizuoti, apibendrinti informaciją apie savižudybes, savižudybių rizikos veiksnius; skelbti informaciją apie Lietuvoje ir užsienio šalyse vykdomus įvairius naudingus projektus ir programas, kurie siejasi su savižudybių prevencija; dažnai teikti informaciją visuomenei, įvairioms suinteresuotoms institucijoms ir Ministerijoms apie savižudybių paplitimą, rizikos veiksnius, prevenciją bei postvenciją; atlikinėti įvairius tyrimus, susijusius su psichikos sveikatos sutrikimais, ligų prevencija;¹³⁷ skaityti paskaitas įvairių sektorių ir institucijų darbuotojams; skleisti savižudybių prevencijos idėjas visuomenės informavimo priemonėmis; leisti informacinius lankstinukus, įvairius leidinius psichikos sveikatos centrų darbuotojams, bendrosios praktikos gydytojams, nusižudžiusiųjų asmenų artimiesiems.¹³⁸

Apibendrinant galima teigti, kad savižudybių prevencija – tai kompleksinis reiškinys, kuris apima labai daug gyvenimo sričių. Savižudybių prevencijos politiką formuoja ir jos įgyvendinime dalyvauja daug įvairių institucijų, nesusijusių su sveikatos priežiūros paslaugų organizavimu. Todėl siekiant sėkmingo ir veiksmingo savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo, būtina skatinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą įvairiais lygmenimis, taip pat nuolatos siekti ir koordinuoti įvairių sričių specialistus.

2.3. Savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas

1998 metų Lietuvos sveikatos programa¹³⁹ – tai pirmasis dokumentas, kuriame buvo nurodyti ne tik psichikos ligų ir savižudybių situacija, bet ir tikslai, priemonės savižudybių mažinimui ir psichikos sveikatos kokybės gerinimui Lietuvoje. Šioje programoje nurodytas savižudybių paplitimo mažinimo tikslas psichikos sveikatos 2.4. punkte buvo sumažinti savižudybių kiekį iki vidutinių Europos šalių rodiklių, taip pat nurodytos tokios savižudybių prevencijos įgyvendinimo priemonės,

¹³⁷ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. lapkričio 4 d. Nr. V-1137 įsakymas „Dėl Valstybinio psichikos sveikatos centro nuostatų patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 18270. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/a269294079211e49adea948c356b2ec>

¹³⁸ LR Vyriausybės 2003 m. balandžio 10 d. Nr. 451 nutarimas „Dėl Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 36-1575. (2003), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F963E0906BB8>

¹³⁹ LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 64-1842. (1998), http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2=

kaip:

- „<...> ilgalaikių psichikos ligų, priklausomybės ligų, pagalbos sergantiems silpnaprotyste, psichikos invalidų reabilitacijos bei reintegracijos, patikimos nuolatinės savižudybių ir mėginimų nusižudyti apskaitos sistemos ir kt. sritys.
- Koordinuotai bendradarbiauti įvairių sričių specialistams (ypač su bendrosios praktikos gydytojais) organizuojant prieinamą ir tinkamą pagalbą linkusiems į savižudybę (didelės rizikos) asmenims.
- Mokyti įvairių specialybių sveikatos priežiūros personalą atpažinti ir savižudybės riziką, psichikos sutrikimus bei mokyti juos savalaikės pagalbos suteikimo taktikos.
- Gerinti ligų gydymą, diegti naujus gydymo ir diagnostikos metodus, atlikti mokslinius savižudybių tyrimus, plėsti psichokorekcijos ir psichoterapijos bei socialinę pagalbą.
- Sukurti sergančiųjų afektiniais ir kitais psichikos sutrikimais reabilitacijos sistemą.
- Įtraukti socialinius darbuotojus organizuoti pagalbą šeimoms, kuriose įvyko savižudybė“¹⁴⁰.

2011 metais Nacionalinės sveikatos taryba išleido metinio pranešimo leidinį apie jau minėtą 1998 metų Lietuvos sveikatos programą.¹⁴¹ Šiame leidinyje buvo pateikti Lietuvos sveikatos programos įvairių sveikatos priežiūros sistemos sričių priemonių įgyvendinimo rezultatai ir išvados, taip pat ir rezultatai savižudybių prevencijos srityje. Nurodytos priemonės Lietuvos sveikatos programoje buvo dalinai įgyvendintos. Pateiktame Nacionalinės sveikatos tarybos leidinyje buvo teigiama, kad nuo 2002 iki 2008 metų savižudybių skaičius nuosekliai mažėjo ir jeigu ne ekonominis sunkmetis, mažėtų ir toliau. 2002 – 2007 metais Lietuvoje prasidėjo teigiami pokyčiai, buvo užfiksuotas didžiausias ekonomikos augimas, šiuo laikotarpiu Lietuvoje aktyviai pradėjo veikti visų Lietuvos savivaldybių psichikos sveikatos centrai ir dėl to pagėrėjo psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, savižudybių rodikliai tik gėrėjo. Taip pat psichikos sveikatos priežiūros sistemos srityje pagėrėjo diagnostika, atsirado nauji, modernūs, tyrimo metodai (kompiuterinė, magnetinio rezonanso tomografijos ir kt.), kurie leido žymiai greičiau ir tiksliau diagnozuoti organinius pokyčius galvos smegenyse. Nuo 1996 metų Lietuvoje pradėjo kurtis vis daugiau psichikos sveikatos centrų, o 2010 metais jų buvo jau 97.

Siekiant geresnio psichikos sveikatos priežiūros specialistų profesinio perkvalifikavimo tam, kad specialistai gebėtų dirbti su psichikos sveikatos sutrikimų turinčiais asmenimis, 2008 metais balandžio 25 dieną Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-334 buvo patvirtintos kvalifikacijos kėlimo programos priemonės, susijusios su sveikatos specialistais, kurie

¹⁴⁰ LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 64-1842. (1998), http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2=

¹⁴¹ NST metinis pranešimas 2011 „Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados“, žiūrėta 2016 balandžio 1 d., <http://www3.lrs.lt/docs2/PZACLURH.PDF>

prisideda prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo.¹⁴²

Po 1998 metų Lietuvos sveikatos programos, 2003 metais buvo patvirtintas aktualus dokumentas Lietuvai – Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programa. Šiuo dokumentu buvo siekiama sumažinti savižudybių iki vidutinio Europos rodiklio, taip pat pateiktos svarbios prevencijos priemonės programos tikslo įgyvendinimui. Būtent šioje programoje buvo numatyta 51 priemonė.¹⁴³ Valstybinio psichikos sveikatos centro ataskaitos duomenimis¹⁴⁴, iš išvardintų priemonių Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programoje buvo įgyvendintos tik kelios priemonės, tokios kaip: priemonė nr. **23** – „vykdyti savižudybių postvenciją (pagalba nusižudžiusių artimiesiems ir (ar) kitiems rizikos grupių asmenims)“¹⁴⁵ (priemonės įgyvendinimui buvo skirta 27,5 tūkst. Lt.), priemonė nr. **34** – „atlikti nusižudžiusių psichologinę autopsiją“¹⁴⁶ (priemonės įgyvendinimui buvo skirta 20,0 tūkst. Lt.), priemonė nr. **44** – „papildyti informacijos apie savižudybių prevenciją puslapį internete“¹⁴⁷ (priemonės įgyvendinimui buvo skirta 2,5 tūkst. Lt.). Priemonę nr. **23** vykdė Lietuvos suicidologijos asociacija kartu su Vilniaus universiteto Psichiatrijos klinika. Atliekant savižudybių postvenciją, buvo teikiama pagalba nusižudžiusių asmenų artimiesiems. Kaip teigiama Valstybinio psichikos sveikatos centro ataskaitoje, viso buvo konsultuota apie 300 žmonių, iš kurių 235 buvo suteikta vienkartinė konsultacija ir 45 žmonėms vyko dažnos konsultacijos nuo 2 iki 5 kartų. Taip pat vyko grupiniai užsiėmimai, kurių tikslas buvo suburti savipagalbos grupę. Priemonę nr. **34** taip pat vykdė Lietuvos suicidologijos asociacija kartu su Vilniaus universiteto Psichiatrijos klinika. Įgyvendinant šią priemonę buvo atlikta nusižudžiusių moterų Europoje analizė, pagrindinių mirties priežasčių Lietuvoje rodiklių standartizacija pagal Europos standartą, kurią atlikus paaiškėjo, kad 2000-2004 metais moterų savižudybės buvo 5 mirties priežastis po kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų, virškinimo ir kvėpavimo sistemos ligų. Taip pat 2003 metais buvo atlikta nusižudžiusių moterų psichologinė autopsija, kur buvo ištirta apie 285 nusižudžiusių moterų. Analizės rezultatai buvo paskelbti tokiose mokslo žurnaluose, kaip „Sveikatos mokslai“, „Medicinos teorija ir praktika“, „Neurologijos seminarai“, „Journal of Nordic Psychiatry“. Kitą priemonę nr. **44** vykdė Valstybinis psichikos sveikatos centras. Įgyvendinant šią priemonę Valstybinio psichikos sveikatos centro specialistai sukūrė naujus ir papildė ankstesnius internetinės svetainės www.savizudybes.lt¹⁴⁸ vidinius puslapius, kurių

¹⁴² LR sveikatos apsaugos ministerijos 2008 m. balandžio 25 d. Nr. V-334 įsakymas „Dėl Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo programos tvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 54-2002. (2008), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.893F2A4BF8E3>

¹⁴³ LR Vyriausybės 2003 m. balandžio 10 d. Nr. 451 nutarimas „Dėl Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 36-1575. (2003), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F963E0906BB8>

¹⁴⁴ Valstybinis psichikos sveikatos centras/programos: „Savižudybių prevencijos programos mokslinių-praktinių priemonių įgyvendinimo 2005 m. ataskaita“, žiūrėta 2016 balandžio 3 d., http://vpssc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16

¹⁴⁵ Ten pat.

¹⁴⁶ Ten pat.

¹⁴⁷ Ten pat

¹⁴⁸ Internetinė svetainė neveikia, žiūrėta 2016 balandžio 15 d.

papildymui buvo panaudoti mokinių fotografijų konkurso skirto savižudybių prevencijai „Dėl to ir verta gyventi...“ nuotraukos, taip pat išleistas 2006 metų sieninis kalendorius su tomis pačiomis mokinių konkurso nuotraukomis.

Kitas svarbus dokumentas, kuriame taip pat buvo numatomos ir savižudybių mažinimo priemonės – Valstybinė psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programa.¹⁴⁹ Šioje programoje iš visų pateiktų priemonių, yra svarbios tik tos, kurios glaudai susijusios su savižudybių mažinimu Lietuvoje, tai: Priemonė **2.2**, kurioje buvo nurodyta parengti ir įgyvendinti vidaus tarnybos pareigūnams psichologinės krizės ir valdymo streso programą (priemonei įgyvendinti numatytos lėšos siekė 40 tūkst. Lt.); Priemonė **2.9**, kurioje buvo akcentuojamas paslaugų teikimo reikalavimų ir apmokėjimo tvarkos aprašų pateikimas savižudybių prevencijos srityje (priemonei įgyvendinti numatytos lėšos siekė 30 tūkst. Lt.); Priemonė **2.10**, kurioje buvo nurodyta, kad po visų apibendrintų suicidologinių tyrimų, būtina atlikti galimybių studiją dėl savižudybių prevencijos programų poreikio ir diegimo galimybių (priemonei įgyvendinti numatytos lėšos siekė 70 tūkst. Lt.); Priemonė **2.11**, kurioje buvo nurodyta psichikos sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių įvairiose institucijose poreikio numatymas ir poreikio plano rengimas.¹⁵⁰

Remiantis atlikta 2013 metų mokslo studijoje¹⁵¹ pateikta analize, priemonės **2.2** įgyvendinimas buvo numatomas iki 2014 metų pabaigos, nes iki 2010 metų Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijai jos įgyvendinti nepavyko. 2015 metais kovo 10 dieną buvo išleista Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos 2014 metų veiklos ataskaita¹⁵², kurioje jau buvo teigiama, kad ši priemonė yra įgyvendinta.¹⁵³ Valstybinio psichikos sveikatos centro ataskaitoje¹⁵⁴ minima, kad dalinai įgyvendinant priemonę **2.9** buvo sudaryta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 metų gegužės 31 dienos įsakymu Nr. V-445 „Dėl darbo grupės naujoms psichikos sveikatos paslaugoms detalizuoti sudarymo“, parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 metų vasario 12 dienos įsakymu Nr. V-118 „Dėl Psichiatrinių krizių intervencijos stacionaro ir dienos stacionaro paslaugų teikimo suaugusiems tvarkos aprašo patvirtinimo (Žin., 2010, Nr. 22-1023)“¹⁵⁵, tačiau remiantis 2013 metų mokslo studijos analize¹⁵⁶, ši priemonė nebuvo įgyvendinta, nors jos įgyvendinimui buvo skirta pakankamai lėšų. Kaip nurodyta 2013 metų mokslo

¹⁴⁹ LR Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. Nr. 645 nutarimas „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios* Nr. 76-3014. (2008), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4B66C3F080EE>

¹⁵⁰ Ten pat.

¹⁵¹ Dainius Pūras et al., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką* (Vilnius: VUL, 2013), 45.

¹⁵² Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos 2014 metų ataskaita, Vilnius: 2015m. kovo 10 d. Nr. 1VN-3, žiūrėta 2016 balandžio 13 d., http://www.fntt.lt/uploads/docs/2014_VRM_ATASKAITA.pdf

¹⁵³ Ten pat, 55.

¹⁵⁴ Valstybinis psichikos sveikatos centras/programos: „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos, 2010 m. priemonių vykdymo“, Ataskaita 2011 02 10 Nr. 20V-66, žiūrėta 2016 balandžio 13 d., http://vpssc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16

¹⁵⁵ Ten pat, 4.

¹⁵⁶ Dainius Pūras et al., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką* (Vilnius: VUL, 2013), 45.

studijos analizėje¹⁵⁷, duomenys apie priemonės **2.10.** įgyvendinimą nėra viešai prieinami ir ši priemonė nėra įgyvendinta. Valstybinio psichikos sveikatos centro 2009 metų ataskaitoje teigiama, jog priemonė **2.11.** yra įvykdyta, įgyvendinant kitą programą „Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003 – 2020 metų programa“. Šioje ataskaitoje akcentuojama, kad įgyvendinant priemones, buvo atlikti tyrimai tam, kad būtų įmanoma nustatyti sveikatos priežiūros specialistų poreikį ir pasiūlą visoje Lietuvoje, tuo pačiu atsižvelgiant į gyventojų sergamumo, mirtingumo rodiklius, į sveikatos reformos kryptis. Taip pat joje teigiama, kad galutinai buvo parengtos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje dirbančių specialistų poreikio ir pasiūlos prognozės visos Lietuvos mastu, pagrindinės rekomendacijos bei parengtas sveikatos priežiūros specialistų pasiūlos ir poreikio planavimo modelis ir prognozės, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros sektoriaus reformą nuo kurios priklauso dirbančių specialistų skaičius¹⁵⁸.

2014 metais kovo 28 dieną buvo patvirtintas Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planas 2014 – 2016 metams¹⁵⁹, kuriame buvo numatytos ir savižudybių prevencijos priemonės. Įgyvendintos ir neįgyvendintos savižudybių prevencijos priemonės yra nurodytos 2 lentelėje.

2 lentelė. Savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas 2014-2016 metams

Priemonė	Ar įgyvendinta:		
	Taip	Ne	Pastabos:
Parengti pagalbos teikimo aprašą bandžiusiam nusižudyti asmeniui (nuo įvykio iki asmens sveikatos priežiūros paslaugų, psichosocialinės rehabilitacijos)		✘	<i>Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams.</i>
Parengti mobilių psichiatrinių krizių valdymo komandų paslaugų teikimo aprašą		✘	<i>Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai skelbiami.</i>
Sukurti savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programą, integruotą į įvairių įstaigų darbuotojų mokymo programas		✘	<i>Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams.</i>

2 lentelės tęsinys kitame puslapyje

¹⁵⁷ Ten pat., 45.

¹⁵⁸ Valstybinis psichikos sveikatos centras/programos: „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos priemonių, skirtų 2009 m., vykdymo“, Ataskaita 2010 03 16 Nr. 20V-96, žiūrėta 2016 balandžio 13 d., http://vpssc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16

¹⁵⁹ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. kovo 28 d. Nr. V-417 įsakymas „Dėl psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 3985. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/658a1ab0ba4b11e38766a859941f6073>

2 lentelės tęsinys

Priemonė	Ar įgyvendinta:		
	Taip	Ne	Pastabos:
Sukurti ir diegti šeimos gydytojų kvalifikacijos kėlimo programą, skirtą savižudybių prevencijos stiprinimui		x	Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams.
Parengti mokymo programą, skirtą psichologams, dirbantiems psichikos sveikatos centruose ir teikiantiems pagalbą nusižudyti mėginusiems asmenims		x	Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams.
Parengti visuomenės švietimo, formuojant savižudybių prevencijai palankias visuomenės nuostatas, programą, skirtą visuomenės sveikatos biurų bei psichikos sveikatos centrų specialistams		x	Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams.
Parengti savižudybių prevencijos programą mokykloms		x	Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams.
Vykdyti tarptautinę savižudybių prevencijos programą „Asist“		x	Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 4 000 000 Lt.
Trumpalaikės specializuotos psichologinės pagalbos teikimas mėginusiems nusižudyti asmenims, kurie patenka į sveikatos priežiūros įstaigas		x	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai skelbiami.
Įkurti mobiliąs psichiatrinį krizių valdymo komandas prie krizių intervencijos centrų (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje)		x	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai skelbiami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 1 980 000 Lt.
Išanalizavus esamą situaciją, savivaldybių planavimo dokumentuose numatyti priemonės, skirtas aktualiausiems psichikos sveikatos paslaugų teikimo klausimams spręsti (finansavimas, bendradarbiavimas, žmogiškieji ištekliai, specialistų kvalifikacija ir pan.)		x	Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams.
Parengti vieningą bandymų nusižudyti ir suteiktos pagalbos studiją		x	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai skelbiami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 550 000 Lt.
Vykdyti vaikų ir paauglių savižudybių nacionalinį kompleksinį psichologinių autopsijų tyrimą		x	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai skelbiami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 200 000 Lt.

2 lentelės tęsinys kitame puslapyje

2 lentelės tęsinys

Priemonė	Ar įgyvendinta:		
	Taip	Ne	Pastabos:
Atlikti telefoninės emocinės paramos paslaugų teikimo Lietuvoje efektyvumo studiją		✘	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai skelbiami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 450 000 Lt.
Organizuoti mokymus pedagogams savižudybių prevencijos programos taikymo klausimais		✘	Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2016-2020 metams.
Įsteigti savižudybių prevencijos biurą	✓		Nuo 2015 m. savo veiklą pradėjo SAM iniciatyva įkurtas Savižudybių prevencijos biuras. Savižudybių prevencijos biuro tikslas – „vykdyti savižudybių situacijos analizę, rizikos veiksmų nagrinėjimą, teikti informaciją visoms suinteresuotoms institucijoms apie savižudybių prevenciją, intervenciją ir postvenciją“. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 2 550 000 Lt.

Šaltinis: Sudaryta darbo autoriaus, remiantis šaltiniu: LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. kovo 28 d. Nr. V-417 įsakymas „Dėl psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano patvirtinimo“ (Eil. Nr. 7 – savižudybių prevencija), *Teisės aktų registras* Nr. 3985. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/658a1ab0ba4b11e38766a859941f6073>

Iš savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimo atliktos analizės matyti, kad iki 2016 metų buvo įgyvendinta tik viena priemonė – savižudybių prevencijos biuro įsteigimas. Kai kurių priemonių įgyvendinimas atidėtas ir nurodytas galiojančiame Psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos veiksmų plane 2016-2020 metams¹⁶⁰, o kitos likusios priemonės nėra įgyvendintos ir apie jų įgyvendinimą duomenys nėra viešai prieinami (t.y. institucijos atsakingos už priemonių įgyvendinimą savo internetinėse puslapiuose, oficialiose veiklos ataskaitose neskelbia informacijos apie tam tikrų priemonių įgyvendinimą).

Apibendrinant skyrių galima teigti, kad Lietuvoje sukurta palanki teisinė bazė savižudybių prevencijos politikos plėtojimui, bei jos įgyvendinimui. Po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo buvo priimta ir leista daug strateginių dokumentų, programų, veiksmų planų siekiant sumažinti savižudybių skaičių ir pagerinti šalies rodiklius, tačiau nagrinėjant savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą, buvo pastebėta, kad savižudybių prevencijos priemonės dalinai įgyvendinamos, savižudybių prevencijos veiksmų planams trūksta skaidrumo, teisingo lėšų paskirstymo. Pastebėta, kad savižudybių paplitimas – tai kompleksinė problema ir labai daug gyvenimo sričių apimantis reiškinys, kurios politiką formuoja ir jos įgyvendinime dalyvauja daug įvairių institucijų, nesusijusių su sveikatos priežiūros paslaugų organizavimu. Atlikus 2014 metų savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimo

¹⁶⁰ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2016 m. vasario 9 d. Nr. V-213 įsakymas „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano 2016-2020 metams patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 3014. (2016), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d690c350d58b11e583a295d9366c7ab3>

analizę paaiškėjo, kad daroma itin mažai prevencinių veiksmy tam, kad savižudybių skaičius Lietuvoje mažėtų ir šalies rodikliai gėrėtų, todėl kaip teigiama Psichikos sveikatos strategijoje – savižudybių prevencijos veiksmingumui būtina aktyviai plėtoti bendradarbiavimą su įvairiomis suinteresuotomis institucijomis, nevyriausybinėmis organizacijomis, taip mažinant savižudybių skaičių Lietuvoje.

3. LIETUVOS SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO KOKYBINIS TYRIMAS

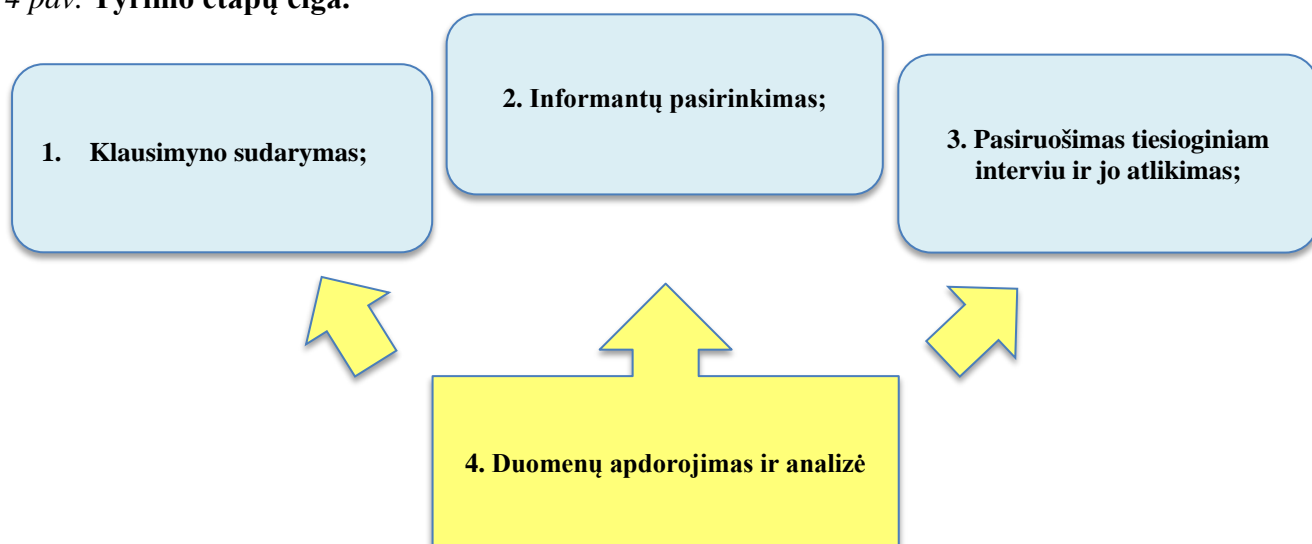
3.1. Tyrimo metodika ir organizavimas

Siekiant išsiaiškinti pagrindines savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemas Lietuvoje, buvo pasirinktas kokybinis tyrimas, nes kokybinis tyrimas leidžia „ne verifikuoti jau suformuluotus teiginius apie socialinę tikrovę, bet atlikti mokslinę žvalgybą, gauti duomenų apie mažai tirtą socialinį reiškinį“¹⁶¹. Kokybiniam tyrimui buvo pasirinktas struktūruotas ekspertų tiesioginis interviu. Remiantis I. Gaižauskaite et al., ekspertų interviu privalumai tame, kad tyrimo dalyviai būna savo srities profesionalai, žinovai, turintys išskirtinių (specifinių) žinių ir patirties savo srityje, todėl surenkama informacija tyrimo metu yra labai vertinga.¹⁶²

Interviu – tai tyrėjo pokalbis su tiriamuoju, kuriuo metu siekiama surinkti tyrimui kuo išsamesnės informacijos apie esamą problemą. Struktūruoto interviu siekiama gauti iš tyrimo dalyvių atsakymus į tuos pačius klausimus tokia pat tvarka. Klausimai ir visa procedūra planuojami iš anksto ir interviu metu mažai kas keičiama¹⁶³, tačiau nors ir stengiamasi laikytis struktūros interviu metu, visgi ji nėra tokia griežta, kaip atliekant, pavyzdžiui, kiekybinę apklausą.¹⁶⁴ Tiesioginis ekspertų interviu tai toks apklausos atlikimo būdas, kai interviuotojas su informantu bendrauja tiesiogiai/akivaizdžiai. Tiesioginio interviu privalumas tame, kad interviuotojas tiesiogiai kontaktuoja su informantu ir stebėdamas neverbalinę informaciją, dalyvauja pačiame duomenų rinkimo procese.

Lietuvos savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo kokybinį tyrimą galima skirstyti į 4 etapus (4 pav.):

4 pav. Tyrimo etapų eiga.



¹⁶¹ Bronislovas Bitinas et al., *Kokybinių tyrimų metodologija* (Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė, 2008), 39.

¹⁶² Inga Gaižauskatė ir Natalija Valavičienė, *Socialiniai tyrimų metodai: Kokybinis interviu* (Vilnius: VĮ Registrų centras, 2016), 212.

¹⁶³ Kęstutis Kardelis, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai* (Kaunas: Judex, 2002), 98.

¹⁶⁴ Inga Gaižauskatė ir Natalija Valavičienė, *op cit.*, p. 20.

Klausimyno sudarymas. Klausimyną sudarė 10 klausimų. Interviu klausimai buvo atviro tipo, aiškūs ir konkretūs. Informantai, reikšdami norą susipažinti su interviu klausimais, buvo supažindinami iš anksto su klausimais el. paštu prieš susitikimą arba susitikimo metu, pateikiant interviu klausimus lape. Visiems informantams buvo užduodami tie patys klausimai. Interviu buvo įrašinėjamas mobiliuoju telefonu su balso įrašymo funkcija (diktofonas). Prieš šį interviu fiksavimo būdą, interviuotoja gavo informantų sutikimą bei informavo apie konfidencialumą.

Klausimai, organizuojant tyrimą, buvo sudaryti remiantis iškeltu tyrimo tikslu ir uždaviniais (Priedas 1 – p.93). Tyrimo metu informantams buvo užduodami klausimai apie savižudybių priežastis/veiksnius ir situaciją Lietuvoje (1,2), aiškinamasi kokios šiuo metu savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetinės (3), su kokiomis problemomis susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką (4), taip pat buvo klausiama informantų apie savižudybių prevencijos veiksmų plano įgyvendinimą¹⁶⁵ (5,6), savižudybių prevencijos priemonių veiksmingumą (7) ir savižudybių prevencijos priemonių stoką, jų būtinumą (8), bei apie kitų šalių geruosius praktikos pavyzdžius, jų taikymą (9) ir galimus siūlymus savižudybių prevencijos gerinimui Lietuvoje (10).

Informantų pasirinkimas. Siekiant išsamiai ištirti ir atskleisti esamas savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemas, buvo nuspręsta kviesti dalyvauti tyrime informantus, kurie aktyviai domisi savižudybių prevencijos politika ir dalyvauja jos formavime bei įgyvendinime. Svarbu paminėti, kad vykdant tyrimą, interviuotoja nebuvo tiesiogiai pažįstama nei su vienu iš tyrime dalyvavusiu informantu, todėl informantų kontaktinius duomenis buvo ieškota interneto pagalba.

Tyrimo dalyvavo 6 informantai – 5 vyrai ir 1 moteris. Informantų amžiaus vidurkis 40 metų, jauniausiajam buvo 34, o vyriausiajam 50 metų. Prieš susitikimą su informantais buvo skambinama ar rašoma jiems el. paštu ir tariamasi dėl jiems patogaus susitikimo laiko ir vietos.

3 lentelė. Informantų užimamos pareigos ir institucijos/įstaigos

Nr.	Informantai	Užimamos pareigos	Institucija ar įstaiga
1.	A	LR Seimo narys	LR Seimas
2.	B	Vilniaus miesto tarybos narys	Vilniaus miesto savivaldybė
3.	C	LR sveikatos apsaugos ministro patarėjas, psichiatras, VU profesorius	SAM, Vilniaus miesto savivaldybės viešoji įstaiga
4.	D	Savižudybių prevencijos biuro vadovas	Savižudybių prevencijos biuras
5.	E	Savižudybių prevencijos įgyvendinimo Kupiškio rajone darbo grupės veiklos koordinatorė, medicinos psichologė	Privatus psichologo kabinetas Kupiškyje
6.	F	Tarptautinės savižudybių prevencijos asociacijos narys, medicinos psichologas, VU dėstytojas	VU, privatus psichologo kabinetas Vilniuje

¹⁶⁵ LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. kovo 28 d. Nr. V-417 įsakymas „Dėl psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano patvirtinimo“, *Teisės aktų registras* Nr. 3985. (2014), <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/658a1ab0ba4b11e38766a859941f6073>

Pasiruošimas tiesioginiam interviu ir jo atlikimas. Informantų apklausai buvo siekiama sukurti palankią aplinką. Šiam tikslui pasiekti buvo pasirenkamos pačių informantų tyrimo vietos ir laikas. Dažniausiai tai buvo informantų darbo vietos, kur buvo pasirenkama neutrali tyli aplinka, kad informantai nebūtų blaškomi ir galėtų susikaupę atsakinėti į klausimus. Pačioje tyrimo pradžioje interviuotoja prisistatydavo tiesiogiai, supažindindavo informantą su mokslinio darbo tema, tyrimo tikslu, jo reikšme bei svarba, taip pat prašydavo leidimo įrašinėti interviu mobiliuoju telefonu su balso įrašymo funkcija (diktofonas).

Tyrimas buvo vykdomas nuo 2016-06-03 iki 2016-07-01. Vidutinė interviu trukmė 21 min.

Duomenų apdorojimas ir analizė. Tyrimo duomenys sudaro 6 informantų atsakymai gauti tiesioginio interviu metu. Prieš duomenų apdorojimą buvo atliktas interviu transkribavimas į atskirą Microsoft Word dokumentą. Duomenų apdorojimui buvo taikomas turinio (content) analizės metodas. Naudojant šį metodą, interviu tekstas skaitomas daug kartų pasikartojančių „raktinių“ žodžių paieškai. Tuomet raktiniai žodžiai skirstomos į kategorijas ir skaidomos į subkategorijas; subkategorijos pagrindžiamos atlikto interviu tekstiniais įrodymais.

Tyrimo etika. Vykdam tyrimą buvo laikomasi šių socialinių tyrimų etikos principų:¹⁶⁶

- Informantai iš anksto buvo supažindinami su mokslinio darbo pobūdžiu ir tyrimo tikslu;
- Buvo užtikrinamas informantų anonimiškumas ir konfidencialumas;
- Interviu buvo planuojami tik tuomet, kai informantai sutikdavo dalyvauti tyrime;
- Kai kurių informantų pageidavimu buvo susitarta dėl grįžtamosios informacijos apie tyrimą.

3.2. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu rezultatų analizė

Pirmuoju klausimu („*Kokios priežastys/veiksniai gali įtakoti didelį savižudybių skaičių?*“) buvo siekta sužinoti informantų nuomonę kokios yra pagrindinės ir dažniausios savižudybių paplitimo priežastys. Analizuojant klausimo turinį, išskirta viena kokybinė kategorija: *savižudybių paplitimo priežastys/veiksniai*.

4 lentelė. Savižudybių paplitimui turintys įtakos priežastys/veiksniai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Savižudybių paplitimo priežastys/veiksniai	Piknaudžiavimas alkoholiu	„Aš manau, kad pagrindinė priežastis tai – alkoholis.“ „<...> yra dalis žmonių, kurie savižudybės vykdo dėl girtavimo, maždaug 70% visų nusizudžiusiųjų būna neblaivumo būsenoje.“ „Riziką didina alkoholio vartojimas.“ „Aišku savaime yra alkoholis <...>“

4 lentelės tęsinys kitame puslapyje

¹⁶⁶ Kęstutis Kardelis, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai* (Kaunas: Judex, 2002), 39-47.

4 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Savižudybių paplitimo priežastys/veiksniai	Politiniai ir socialiniai pokyčiai	<p>„Atkūrus nepriklausomybę, labai daug susikoncentravome tik į finansus, į ekonominius dalykus ir ekonominė gerovė tapo tuo pagrindiniu prioritetu ir tada žmogus, žmogaus tarpusavio santykiai <...> liko užribyje.“</p> <p>„Prieš 30 metų sugriuvusi ši totalitarinė sistema padarė taip, kad <...> žmonės turėjo rūpintis patys savimi, bet žmonės nebuvo pratę rūpintis savimi, tai buvo didelis stresas jiems, didelis išbandymas.“</p> <p>„ <...> ta santvarka, kuri tuo metu buvo, prisidėjo prie savižudybių skaičiaus augimo. <...> visuomenės tokie tarpusavio ryšiai būtent per tą laiką labai susilpnėjo ir tada susidūrus su didelėmis permainomis, kaip pavyzdžiui nepriklausomybės paskelbimu, ta situacija dar labiau suprastėjo.“</p>
	Psichologinės pagalbos ir jos prieinamumo stoka	<p>„<...>konkrečios ir kompleksinės pagalbos trūkumas.“</p> <p>„<...>kad neretai reikia laukti eilėse <...> pas psichikos sveikatos specialistus.“</p>
	Psichikos sveikatos sutrikimai	<p>„svarbus <...> yra žmogaus psichologinis individualus atsparumas ir iš dalies psichikos ligų nebuvimas, nes depresija yra susijusi su savižudybės didesne rizika ir tarp visų psichikos sveikatos sutrikimų labiausiai savižudybės rizika pasižymi žmonės sergantys bipoliniu sutrikimu.“</p> <p>„Mokslas nustatė, kad nemaža dalis, kurie nusižudė, turėjo vienokį ar kitokį psichikos sveikatos sutrikimą.“</p>
	Sunkios, neišgydomos ligos	<p>„<...>tai žmonės sergantys lėtinėmis progresuojančiomis ligomis, tokiomis, kaip onkologinės ligos, judėjimo, atamos, kuomet žmogus sunkiai juda, kada patiria skausmus.“</p>

4 lentelės tęsinys kitame puslapyje

4 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Savižudybių paplitimo priežastys/veiksniai	Socialinės problemos	„Yra didesnė rizika nusižudyti, jeigu esi netekęs savo artimojo, jeigu esi išgyvenęs vieną ar kitą labai didelį stresinį įvykį, tai tokį kaip pavyzdžiui, darbo netekimas.“ „Žmonės, kurie susiduria su pajamų, draugų, darbų praradimu <...>“ „Antroji priežastis yra nedarbas <...>“
	Kompleksinis ratas priežasčių	„Žinau, kad yra daug įvairių skirtingų priežasčių ir nėra vienos, labai aiškios <...>“ „Nėra vieno pagrindinio veiksnio ar priežasties, nes tada būtų labai lengva spręsti šią problemą.“ „Savižudybė yra daugelio rizikos faktorių derinys.“ „Ar galima rasti vieną priežastį? Tikriausiai, kad ne.“

Visi 6 informantai išvardino skirtingas priežastis, susijusias su dideliu savižudybių skaičiumi. Kaip pagrindinę savižudybių skaičiaus augimo priežastį, 4 informantai iš 6 išskyrė piktnaudžiavimą alkoholiu. Informantas C net pasidalino savo profesine patirtimi, teigdamas, kad: „*alkoholis yra depresogeninė medžiaga, jis sukelia depresiją <...>*“. 3 informantai iš 6 nurodė tokią svarbią savižudybių paplitimo priežastį, kaip politiniai ir socialiniai pokyčiai, teigdami, kad staigūs politiniai ir socialiniai pokyčiai gali visuomenei kelti daug streso vien jau todėl, kad visuomenė būna nepasiruošusi tokiems pokyčiams ir tai daro didelę įtaką jų emocinei ar psichinei sveikatai, kas sukelia psichologinio atsparumo trūkumą. Psichikos sveikatos sutrikimus kaip savižudybių paplitimo priežastį nurodė 2 informantai iš 6. Informantas C nurodė, kad labiausiai savižudybės riziką pasižymi žmonės, sergantys bipoliniais sutrikimais, teigdamas, kad: „*Jeigu jiems po pakilumo, po tos vadinamos manijos, hipomanijos fazės būna depresija, tai dažniausiai jų įvykdytos savižudybės baigiasi letaliai*“. Tai pat informantas C pabrėžė, kad: „*Tokie pacientai su bipoliniais sutrikimais turi gauti teisingą gydymą, teisingą informaciją, pagalbą esant krizinėms situacijoms, tada galima suvaldyti jų savižudybės riziką*“.

Apie tai, kad ne tik psichikos sveikatos sutrikimai, bet ir sunkios neišgydomos ligos verčia trauktis iš gyvenimo, nurodė tik 1 E informantas iš 6, teigdamas, kad: „*mes neturime aiškios skausmo valdymo sistemos Lietuvoje ir žmonės negalėdami išverti to nepakeliamo skausmo, nusižudo*“. 2 informantai iš 6 nurodė, kad kompleksinės psichologinės pagalbos ir jos prieinamumo stoka skatina žmones žudyti. Taip pat informantas E nurodė, kad žmonės mažai yra informuoti, jie yra pasimetę ir dažniausiai nežino kur galima būtų kreiptis pagalbos, o žinodami negali laiku jos gauti.

Savižudybių paplitimui gali turėti įtakos daug įvairių priežasčių. Dėl savižudybių paplitimo, kuris visgi apima kompleksinį ratą priežasčių pasisakė 4 informantai iš 6, teigdami, kad savižudybė – tai galutinis asmens nuosprendis, kurį sudaro įvairios priežastys, nes vien darbo netekimas negali žmogų paskatinti tokiam elgesiui, dažniausiai taip pasielgiama dėl susikaupusių neigiamų emocinių išgyvenimų žmogaus gyvenime.

Antrojo klausimo („*Dėl kokių priežasčių/veiksnių mūsų šalis savižudybių skaičiumi pirmauja Europoje?*“) tikslas buvo išsiaiškinti kokie yra Lietuvos pirmavimo priežastys/veiksniai savižudybių srityje tarp kitų Europos šalių. Išskirta viena kokybinė kategorija: *priežastys/veiksniai dėl kurių Lietuva pirmauja tarp kitų ES šalių.*

5 lentelė. Savižudybių pirmavimo priežastys Lietuvoje tarp kitų ES šalių

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Priežastys/veiksniai dėl kurių Lietuva pirmauja tarp kitų ES šalių	Medikamentinio gydymo taikymas	„Mūsų valstybė irgi žiūri į tai, kaip į tam tikrą problemą, kurią reikia gydyti senais metodais, dar sovietmečiu buvusiais – taikyti intervencinę (medikamentinę) mediciną, vietoj to, kad mes kurtume tarpusavio pagalbos sistemą.“
	Netinkama vaikų auklėjimo kultūra	„Berniukus auklėja tokiu modeliu „būk vyras, neverk, negražu“, mergaitėms irgi tam tikrą stereotipą taiko. Todėl turime tokią kartą, kuri skaito, kad tai yra silpnumo akimirkos, kurias turėtum pasilikti tik sau, negali jomis dalintis, negali su kuo nors kalbėtis.“
	Psichologinės pagalbos prieinamumo stoka	„Lietuva <...> – šalis, kur psichologinė pagalba yra sunkiai prieinama.“
	Savižudybių prevencinės kompleksinės programos trūkumas	„Mes iki šiol pirmaujame, nes ta problema nebuvo rimtai sprendžiama ir nebuvo niekada įgyvendinami veiksnių algoritmai, bendros kažkokios programos žmonių, kurie žalojasi ir žmonių, kurie turi minčių apie pasitraukimą iš gyvenimo“ „Mes nesame sukūrę kompleksinės pagalbos ketiniam, bandžiusiam žudyti ar asmenims patyrusiems savo artimo savižudybę.“
	Savižudybių prevencijos strateginių dokumentų nebuvimas	„Jokia savižudybių prevencijos strategija nebuvo įgyvendinta Lietuvoje.“

5 lentelės tęsinys kitame puslapyje

5 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Priežastys/veiksniai dėl kurių Lietuva pirmuoja tarp kitų ES šalių	Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka	„<...> pas mus nebendradarbiauja arba menkai bendradarbiauja pagalbą teikiančios institucijos tarpusavyje.“
	Neigiamos visuomenės nuostatos	„<...> mums nepasisekė, nes mes prisiėmėme tokią etiketę, kad esame savižudžių tauta ir tada tai savaime veikia žmonių nuostatas.“

Kiekvienas informantas nurodė skirtingas priežastis dėl ko Lietuva pirmuoja savižudybių skaičiumi tarp kitų ES šalių, kurios visos yra svarbios ir reikšmingos: tai ir netinkama vaikų auklėjimo kultūra, savižudybių prevencijos strateginių dokumentų nebuvimas, tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka, taip pat pasenusio medikamentinio gydymo taikymas ir atsisakymas ar nenoras taikyti psichoterapinį gydymą. Analizuojant klausimo turinį sutapo tik dvi tos pačios informantų nuomonės apie tai, kad Lietuvoje trūksta savižudybių prevencinės kompleksinės pagalbos ketinusiems, bandžiusiems žudyti ir asmenims, kurie yra patyrę artimo žmogaus savižudybę.

Apie tai, kad Lietuva pirmuoja savižudybių srityje dėl neigiamų visuomenės nuostatų pasisakė iš visų 6 informantų tik informantas F, teigdamas, kad Lietuvos situacija savižudybių srityje buvo panaši kaip ir Estijos, tačiau mums nepasisekė, nes visuomenė susitaikė su tuo, kad esame savižudžių tauta ir kaip teigia informantas F: „*Tokios nuostatos prideda bejėgiškumo, kad čia nieko nepadarysi tiek prevencijos prasme, tiek patiems žmonėms, kad mes tokie jau esame ir taip jau yra.*“

Trečiuoju klausimu („**Kokios savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetingos šiuo metu? Kas vykdoma?**“) buvo siekta išsiaiškinti kokios šiuo metu yra savižudybių prevencijos prioritetingos kryptys, kam skiriamas didelis dėmesys ir kas šiuo metu yra vykdoma ar planuojama vykdyti Lietuvoje savižudybių prevencijos srityje. Išskirta viena kokybinė kategorija: *prioritetingos kryptys*.

6 lentelė. Savižudybių prevencijos prioritetingos kryptys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Prioritetingos kryptys	Psichologinės pagalbos organizavimas ir jos prieinamumas	„Šiuo metu Vilniaus savivaldybės tikslas yra organizuoti skubiąją emocinę psichologinę pagalbą be išankstinės registracijos poliklinikose“ „<...> pagalbą iš tikrųjų reikia suteikti laiku.“ „<...> tiesiog norima sukurti sistemą, kuri jau užtikrintų kompleksinę pagalbą visoms tikslinėms grupėms.“

6 lentelės tęsinys kitame puslapyje

6 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Prioritetinės kryptys	Psichologinės pagalbos organizavimas ir jos prieinamumas	„Taip pat yra daug dėmesio skiriama psichologinių paslaugų prieinamumui.“
	Darbas su žiniasklaida	„Taip pat neseniai, šių metų vasario mėnesį buvo patvirtintas ir išleistas Lietuvos visuomenės informavimo etikos kodeksas, kuriame yra nurodymai ir patarimai žurnalistams kaip rašyti apie tokias įvykusias nelaimes, kaip pavyzdžiui – savižudybės.“ „Tai mes užsiimame žiniasklaidos monitoringu. Tai yra, jeigu skaitome delfi ir pamatome, kad ten ar kitame portale yra informacija, straipsnis apie savižudybes ir jei matome, kad jisai yra neteisingai parašytas, tai mes reaguojame ir tą galimybę mums suteikia naujoji visuomenės informavimo etikos kodekso redakcija.“
	Įvairių sričių specialistų apmokymai	„<...> greitosios medicinos pagalbos darbuotojų apmokymas kaip teisingai teikti tokią greitąją pagalbą, esant suicidinėms mintims arba mėginimams ir kaip toliau užtikrinti tą sąlygą, kad žmogus nedingtų iš horizonto.“ „Tai mūsų tikslas yra, kad mes apmokytume kuo daugiau „vartininkų“. Pradedant policininkais, gaisrininkais, pereinant prie gydytojų, mokytojų, universitetų grupių seniūnų.“ „Ten [kalbama apie Vilniaus miesto savižudybių prevencijos memorandumo priemones] yra aiškūs prioritetai, tokie kaip „vartininkų“ mokymai, kad gebėtų atpažinti savižudybės rizikos ženklus, žinotų ką toliau daryti ir tuos mokymus planuojama vykdyti remiantis tarptautine gerąją praktika.“
Psichologinės pagalbos centro įrengimas	„Dar planuojama šiais metais, liepos mėnesį atverti krizių įveikimo centro duris Antakalnyje, šiuo metu patalpos įrengiamos, vyksta procesas.“	

6 lentelės tęsinys kitame puslapyje

6 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Prioritetinės kryptys	Psichologinės pagalbos sistemos sukūrimas	<p>„Mes bandome sukurti algoritmus skirtingose savivaldybėse, dabar įgyvendiname vieną sukurtą algoritmą Kupiškio rajone.“</p> <p>„Tai jeigu mes kalbame kas yra prioritetas, mes pirmiausiai šnekame, kad turėtų būti parengti algoritmai, tai yra reagavimai į savižudybės riziką algoritmai, ką turi ir Kupiškis pasitvirtinęs rajono tarybos posėdyje.“</p> <p>„<...>kad vaistininkai <...> paklausintų jį ir pagal tam tikrą algoritmą tą riziką įvertintų, tai jau būtų irgi labai svarbus žingsnis, kuris padėtų išgelbėti žmogų nuo savižudybės.“</p>
	Moksliniai tyrimai	<p>„Trečia kryptis tai yra moksliniai tyrimai, nes mokslinių tyrimų mes turime tikrai gal du tokius centrus. Tai VU mokslininkų ir LSMU mokslininkų atlikti savižudybių tyrimai.“</p>

Dauguma (4 iš 6) informantų pasisakė, kad pagrindinė kryptis savižudybių prevencijos srityje yra psichologinės pagalbos organizavimas ir jos prieinamumas. Apie tai, kad psichologinės pagalbos prieinamumas ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose yra būtinas, pasisakė informantas F, teigdamas, kad: „<...> poliklinikose, žmonės, kurie turi minčių apie savižudybę, būtų priimami iš karto.“ 2 informantai iš 6 nurodė, kad viena iš prioritetinių kryptų savižudybių prevencijos srityje yra darbas su žiniasklaida. Apie artimiausius planus dėl darbo su žiniasklaida pasisakė informantas D: „Tai dabar mes planuojame jau netrukus monitoruoti ne tik nacionaliniu lygmeniu, bet ir regioninius laikraščius, kur redakcijos talpina savo informaciją internete, kad jie galėtų taip pat redaguoti ir taisyti atitinkamus straipsnius.“ Įvairių sričių specialistų apmokymą, kaip vieną iš svarbesnių savižudybių prevencijos prioritetinių kryptų nurodė 3 informantai iš 6. Kaip apie svarbų pagrindą savižudybių prevencijos srityje – sveikatos priežiūros specialistų mokymus, pasisakė informantas D, kuris pasidalino savo artimiausiais tikslais: „Taip pat mes norime, kad sveikatos priežiūros specialistai mokėtų proaktyviai pasiūlyti pagalbą, mokėtų identifikuoti žmogų su problema <...>.“ Informantas F paminėjo planuojamus psichologų mokymus, teigdamas, kad apmokyti psichologai „<...> galėtų teikti pagalbą jau mėginusiems nusižudyti, nes tokie asmenys priklauso didžiajai rizikos grupei.“ 1 informantas B iš 6 nurodė, kad yra įrengiamas patobulintas Vilniaus Krizių įveikimo centras Antakalnyje ir papildė, kad jau yra „<...> priimti 25 savanoriai, kurie teiks pagalbą žmonėms, atsidūrusiems krizinėje situacijoje.“ Taip pat informantas B pasidalino artimiausiais planais Vilniuje,

kurie siejasi su savižudybių prevencija: „*Taip pat planuojama išleisti vadovėlį – Knygą, kur būtų patalpinti nusižudžiusių artimųjų išgyvenimai, nes bet kokiam žmogui netekusiam savo artimojo, svarbu rasti paguodos ir nesijausti vienišam tokioje situacijoje.*“ Apie pagalbos sistemos sukūrimą kaip apie svarbią savižudybių prevencijos prioritetinę kryptį pasisakė 3 informantai iš 6. 1 informantas C iš 6 nurodė, kad tinkamai sukurti algoritmai padėtų atpažinti savižudybės riziką ne tik sveikatos priežiūros specialistams ar kitų sričių specialistams specialistams, bet ir vaistininkams: „*<...> vaistininkai, pavyzdžiui žino, kad kai žmogus perka didelį kiekį paracetamolio, jie negali parduoti paracetamolio dėl to, kad gali įtarti jog šis žmogus su suicidinėmis mintimis, ypač jei jie dar daugiau pakalbėtų su juo, paklausintų jį ir pagal tam tikrą algoritmą tą riziką įvertintų, tai jau būtų svarbus žingsnis, kuris padėtų išgelbėti žmogų nuo savižudybės.*“ Informantas D apie pagalbos sistemos įgyvendinimą, kūrimą ir jos plėtrą pasisakė taip: „*Taip pat mūsų biuras lyderiauja kurdamas savižudybių atvejo vadybos algoritmą Vilniaus mieste ir tikimės, kad per keletą metų tokie algoritmai bus sukurti visose Lietuvos savivaldybėse.*“ Tik 1 informantas C iš 6 kaip vieną iš svarbesnių savižudybių prevencijos prioritetinių krypčių nurodė mokslinių tyrimų atlikimą, teigdamas, kad: „*Labai svarbu būtų žinoti ne tik koks yra savižudybių paplitimas, bet būtent priežastis, būtent į ką būtų nukreiptos efektyvios intervencijos.*“

Ketvirtuoju klausimu („*Su kokiomis problemomis dažniausiai susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką mūsų valstybėje?*“) buvo siekta išsiaiškinti kokios yra dažniausios problemos (kliūtys), kurios trukdo visiškam savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimui. Išskirta viena kokybinė kategorija: *problemos savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo etape.*

7 lentelė. Problemos įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo etape	Politinės valios trūkumas	„ <i>Politikams atrodo, kad didelis savižudybių skaičius tai nėra pagrindinė prioritetinė problema. <..> žmonės, gyvenantys rajonuose, regionuose ir gyvenantys ten politikai labai retai tą problemą mato.</i> “ „ <i>Dažniausiai kalbama, kad reikia visuomenę šviesti, mažiau gerti, vietoje to, kad yra būtina imtis aktyvių priemonių, padėti žmonėms jau papuolusiems į nelaimę. Tokiu būdu institucijos stabdo progresą šitoje srityje, permesdamos atsakomybę ant kitų institucijų, pačios nesiimdamos atitinkamos veiklos.</i> “

7 lentelės tęsinys kitame puslapyje

7 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo etape	Politinės valios trūkumas	<p>„Pirmiausia – tai politinės valios trūkumas.“</p> <p>„<...> kartu siejasi ir atsakomybių nepasidalinimas arba neteisingas pasidalinimas, nežinojimas, neturėjimas labai aiškių funkcijų.“</p> <p>„Aš sakýčiau, kad trūksta kompetencijos, tiek specialistų, tiek politikų kompetencijos, supratimo kad tai yra problema ir, kad ją būtina spręsti.“</p> <p>„<...>tai yra visiškai nepatraukli tema politikams, jos niekas nenori imtis. <...> Tai yra rajonų vadovų ar savivaldybių tarybų nesuvokimas, nesupratimas ir nenoras imtis šios problemos sprendimo.“</p>
	Finansavimas	<p>„Trūksta finansavimo modelio, kad psichinei sveikatai eitų atskiri pinigai, o ne vien psichiatrijai.“</p> <p>„<...>visi sakýdavo „gerai, mes vykdysime“, bet finansavimo niekada neskýdavo.“</p> <p>„<...> nepakankamas biudžetas.“</p>

Visi 6 informantai nurodė, kad visiškam savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimui trūksta politinės valios. Apie prastą politikų iniciatyvą imtis savižudybių prevencinės veiklos ir apie politinės valios trūkumą pasisakė informantas A: „Jeigu kalbėti rimtai, tai tik penkios savivaldybės Lietuvoje pradės vykdyti savižudybių prevencinę pagalbą. Mes žinome kiek laiko reikėjo ir jas įtikinėti, kad tą dalyką reikėtų vykdyti, tai ką mes galime kalbėti apie likusias savivaldybes, kuriose niekas nevyksta, kad savižudybių skaičiai mažėtų.“ Informantas C nurodė, kad politikų iniciatyva ir politinė valia labiau priklauso nuo politikų asmeninių savybių, nuo to kaip jie giliai supranta šią problemą ir suvokia, kad savižudybės nėra vien socialinė problema: „Čia net ne nuo politinės partijos priklauso, čia priklauso nuo žmogaus. Jei tas žmogus jaunas, jis supranta, kad tai yra labai svarbi sveikatos problema, o tai yra **sveikatos** problema, nes daugelis politikų sako „prie ko čia sveikata?“, čia sako „socialinė problema“, arba pavyzdžiui sako „nu tai gydykite psichikos ligonius“. Tai mes juos gydome, vaistai yra kompensuojami, bet tai ko tada trūksta sistemoje, kad savižudybių skaičius nemažėja?!“ Kai kurie informantai (3 iš 6) išskyrė dar vieną problemą, su kuria dažniausiai yra susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką – netinkamą ir nepakankamą finansavimą.

2014 metais kovo 28 dieną LR sveikatos apsaugos ministro buvo patvirtintas Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planas 2014 – 2016 metams.

Atlikus šio dokumento analizę teorinėje darbo dalyje 2.3. poskyryje, paaiškėjo, kad iš šiame dokumente nurodytų 16 savižudybių prevencijos priemonių buvo įgyvendinta tik viena priemonė – savižudybių prevencijos biuro įsteigimas. Todėl penktuoju klausimu („*Kaip vertinate 2014 metais patvirtinta savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 m.?*“) buvo siekta išsiaiškinti kaip patys ekspertai (informantai) vertina šį savižudybių prevencijos veiksmų planą. Išskirta viena kokybinė kategorija: *savižudybių prevencijos veiksmo plano vertinimas*.

8 lentelė. Ekspertų nuomonė apie 2014 metais patvirtintą savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 metams

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Savižudybių prevencijos veiksmo plano vertinimas	Neatsakingai parengtas dokumentas	<p>„Mane tame plane nustebino tai, kad remiamasi yra senais duomenimis. <...> Tai pastebėta, kad net statistika, rodikliai rengiant šį planą nėra susižiūrėti, planas buvo rengiamas tik dėl plano.“</p> <p>„Dalis pačių veiklų yra jame tiktai parengtos ir ištrauktos iš sveikatos netolygumų mažinimo plano, tai buvo rengiamas planas tik dėl plano.“</p> <p>„<...> kad jis visai be aiškios krypties, yra kažkokie sumesti dalykai be aiškaus įsivaizdavimo koku būdu juos galima būtų įgyvendinti, visiškai ignoruojant psichikos sveikatos srities ekspertų nuomonę.“</p> <p>„Tame plane nebuvo numatyti aiškūs įgyvendinimo žingsniai, nebuvo aiškūs vertinimo kriterijai <...>. Planas buvo visiškai be konkrečios krypties.“</p>
	Neįgyvendintos priemonės plane	<p>„Nelabai mačiau, kad tos visos priemonės veiksmų plane būtų įgyvendintos, todėl man sunku jį vertinti kaip tokį veiksmų planą.“</p> <p>„<...> vis dėlto įgyvendinimo pradžia užstrigo, tai planas kalba pats už save iš tikrųjų.“</p> <p>„Aš vertinu jį prastai, nes jis nėra visai įgyvendintas ir tie uždaviniai jame yra per daug stambūs, netikslūs.“</p> <p>„Tai man atrodo vertinimas prasideda nuo to, kad jis nėra visai įgyvendintas. To plano pagrindinis trūkumas yra toks, kad jis nepradėtas net įgyvendinti.“</p>

8 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Savižudybių prevencijos veiksmo plano vertinimas	Neįgyvendintos priemonės plane	„Sudėtinga vertinti. <...> priemonės, kurios buvo nurodytos, nebuvo įgyvendintos.“

Analizuojant klausimo turinį, paaiškėjo, kad 4 informantai iš 6 nurodė, kad šis savižudybių prevencijos veiksmų planas buvo neatsakingai parengtas. Informantas A, teigdamas, kad net rodikliai buvo nesužiūrėti rengiant šį planą, pasisakė, kad: „Savižudybių prevencijos programa turėtų būti iš esmės kitokia. Ji turėtų būti tarpžinybinė, su naujomis priemonėmis, nes jei su šiomis priemonėmis nepavyko išspręsti šios problemos, tai tuomet yra būtina pergaltoti priemones.“ Kalbant apie savižudybių prevencijos biuro įsteigimą, informantas E atskleidė informaciją apie jį: „Dėl savižudybių prevencijos biuro įgyvendinimo šiame plane galiu pasakyti tik tai, kad ilgą laiką jis buvo keistoje situacijoje, nes jis buvo įkurtas, bet buvo visiškai ne aišku ką jis turi daryti, kokia yra jo paskirtis, ką veikia specialistai ir metus laiko realiai biuras neveikė. Jis veikė tiek, kad internetiniame puslapyje buvo talpinama informacija ir kai po keletą mėnesių buvo kalbinamas žurnalistų tuometinis direktorius Vaidotas Markevičius, tai jisai taip ir negalėjo atsakyti ką jie veikia.“ Iš informanto E pasisakymo galima teigti, kad nors ir biuras buvo įsteigtas 2015 metais, ilgą laiką jis neveikė ir niekas nematė savižudybių prevencijos biuro veiklos rezultatų.

Apie neįgyvendintas priemones savižudybių prevencijos veiksmų plane pasisakė 5 informantai. Informantas B nurodė vieną iš įmanomų priežasčių dėl ko tokio pobūdžio dokumentai dažniausiai lieka neįgyvendinti: „Veiksmų planų ir strategijų yra labai daug, bet dažniausiai tokiems planams, strategijoms nėra skiriamas tinkamai apgalvotas finansavimas, todėl ir pats planas ar strategija lieka neįgyvendinti.“ Remiantis informanto B teigimu galima teigti, kad dažniausiai tokie planai nėra įgyvendinami dėl neteisingo lėšų paskirstymo.

Remiantis jau minėtu Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planu 2014 – 2016 metams, šeštuoju klausimu („**Kas trukdo savižudybių prevencijos priemonių visapusiai įgyvendinimui?**“) buvo siekta išsamiau sužinoti kas gali trukdyti visapusiai savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimui. Analizuojant klausimo turinį, išskirta viena kokybinė kategorija: *savižudybių prevencijos priemonių visapusiai įgyvendinimo kliūtys*.

9 lentelė. Savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimo kliūtys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Savižudybių prevencijos priemonių visapusiai įgyvendinimo kliūtys	Bendro sutarimo nebuvimas valstybiniame lygmenyje	„Trūksta sutarimo, galbūt net tarppartinio susitarimo arba tiesiog labai sąmoningo ministro buvimas.“

9 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Savižudybių prevencijos priemonių visapusio įgyvendinimo kliūtys	Bendro sutarimo nebuvimas valstybiniame lygmenyje	<p>„Nėra valstybės sutarimo, kad tai yra svarbiau už mokesčių politiką. Kadangi nėra tokio supratimo ir sutarimo, visi atitinkami planai todėl ir stringa.“</p> <p>„Tad jeigu nacionaliniame lygmenyje nėra bendro sutarimo, jeigu tai nėra prioritetas tai savižudybių prevencijos priemonės negali būti įgyvendinamos.“</p> <p>„Viskas yra surašyta tik dėl to, kad būtų rengiami planai ar strategijos, bet iš tikrųjų dėl tokio atsainumo dažniausiai ir būna sunku kokią nors priemonę įgyvendinti, nes trūksta politikų supratimo, susitarimo ir pan.“</p>
	Kompetentingų specialistų stoka	<p>„Dažniausiai sako, kad pakaks psichologų, psichiatrų ir viskas veiks, bet nebūtinai. Tam, kad psichologas suteiktų tinkamą pagalbą jis turi turėti tam tikrų konkrečių žinių, kompetencijų ir įgūdžių ir didžioji dauguma neturi specializuotų įgūdžių.“</p> <p>„Tai problema tame, kad nėra specialistų pasirengimo, jie negali ir nesugeba įvertinti savižudybės riziką <...>“</p>

4 informantai iš 6 vieningai teigė, kad visapusiam savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimui trūksta bendro politikų sutarimo, supratimo valstybiniame lygmenyje. Kitaip sutarimo trūkumą galima priskirti prie politinės valios nebuvimo imtis savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimo. Savižudybių prevencijos priemonių visapusiam įgyvendinimui būtina, kad savižudybių paplitimo problemą būtų pasiryžę spręsti tiek politikai, tiek visuomenė. Būtent visuomenės, žiniasklaidos ir politikų suinteresuotumą pagrindžia informantas A: „Svarbu, kad įsitrauktų žiniasklaida, politikai ir bendruomenės, netgi tarpusavio šeimos bendruomenės, kad skatintų būti atsakingesniais, padėtų, gebėtų atpažinti tuos ženklus, nes valstybė turi užtikrinti tam tikras paslaugas ir tuo pačiu turi parodyti žmonėms, kad jiniai yra pasirengusi teikti pagalbą, bet ir pati visuomenė turi prie to prisidėti, kad tai yra svarbu ir, kad jie nori tai spręsti.“

2 informantai iš 6 papildomai nurodė, kad visapusiam savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimui trūksta ne tik politinės valios į kurią įeina sutarimo ir supratimo stoka valstybiniame lygmenyje, bet ir trūksta kompetentingų specialistų, kurie sugebėtų įvertinti savižudybės riziką.

Septintuoju klausimu („**Kokios savižudybių prevencijos priemonės gali būti**

veiksmingiausios ir efektyviausios mažinant savižudybių skaičių?“) buvo siekta sužinoti informantų nuomonę apie tai kokios gali būti efektyviausios ir veiksmingiausios savižudybių prevencijos priemonės, kurios padėtų ženkliai sumažinti savižudybių skaičių. Išskirta viena kokybinė kategorija: *efektyvios ir veiksmingos savižudybių prevencijos priemonės*.

10 lentelė. Savižudybių prevencijos priemonių veiksmingumas ir efektyvumas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Efektyvios ir veiksmingos savižudybių prevencijos priemonės	Psichologinės pagalbos prieinamumas	<p>„<...> veiksminga priemonė būtų paslaugų prieinamumas: psichologų prieinamumas, emocinės pagalbos linijos prieinamumas <...>“</p> <p>„Svarbu yra tinkamos ir prieinamos pagalbos užtikrinimas. Aišku ši priemonė nebus iki galo veiksminga, jeigu neturėsime užtikrintos prieinamos psichologų ir psichiatrų pagalbos sveikatos įstaigose.“</p> <p>„Efektyviausios savižudybių prevencijos priemonės yra gerai prieinama psichologinė pagalba krizės metu, taip pat savipagalba.“</p> <p>„Psichologinė pagalba turi būti prieinamesnė, negu dabar.“</p>
	Alkoholio vartojimo mažinimas ir gydymas	<p>„Pirma, nuo ko pradėčiau, tai nuo alkoholio ribojimo. Tai būtų viena iš pradinių priemonių.“</p> <p>„Svarbu, kad visa sistema būtų pasirengusi alkoholio gydymui.“</p>
	Psichologinės pagalbos teikimas psichikos sveikatos priežiūros specialistams	<p>„Nes ir specialistams reikia psichologinės pagalbos, čia irgi labai svarbus dalykas, tam, kad specialiai neperdegtų, kad liktų motyvuoti, aktyviai dirbtų, kad galėtų efektyviai teikti pagalbą.“</p>
	Savipagalbos grupės	<p>„Be abejo svarbios ir savitarpio pagalbos grupės, šiuo metu jų nėra pakankamai daug <...>“</p> <p>„Taip pat svarbu teikti paslaugas nusižudžiusių artimiesiems per savitarpio pagalbos grupes, visą tai yra privalomi dalykai.“</p> <p>„Savipagalbos grupės mechanizmas yra vienas iš efektyviausių ir veiksmingiausių priemonių.“</p>
	„Vartininkų“ mokymai	<p>„Tai į tai įeina „vartininkai“, kurie turi identifikuoti žmogų serganti depresija, užtikrinti pagalbą žmogui po mėginimų</p>

10 lentelės tęsinys kitame puslapyje

10 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Efektyvios ir veiksmingos savižudybių prevencijos priemonės	„Vartininkų“ mokymai	žudytis ir pan.“ „Tada labai svarbu, kad „vartininkų“ mokymai vyktų visoje Lietuvoje <...>“
	Sveikatos įstaigų bendradarbiavimas	„Taip pat yra svarbus įstaigų bendradarbiavimas, kad žmogus nebūtų paliktas likimo valiai po paguldymo į ligoninę.“
	Nuostatų keitimas	„Kitas bendras aspektas yra nuostatų į emocinę sveikatą, į depresiją, į savižudybes keitimas.“

Dauguma informantų (4 iš 6) nurodė, kad veiksmingiausia ir efektyviausia savižudybių prevencijos priemonė, kuri mažintų savižudybių skaičių, būtų psichologinės pagalbos prieinamumas. Papildomai informantai paminėjo alkoholio vartojimo mažinimą ir gydymą. Psichologinės pagalbos teikimą psichikos sveikatos priežiūros specialistams nurodė tik 1 informantas E teigdamas, kad: „Svarbu dar saugoti specialistus nuo perdegimo. Kai mes pradėjome dirbti, specialistai mūsų klausė - „tai gerai, jus sakote, kad teiksite pagalbą tiems žmonėms, o kas mums ją teiks?“, tai labai logiška.“ Už savipagalbos grupių būtinumą Lietuvoje pasisakė 3 informantai, už „vartininkų“ mokymus 2 informantai, už sveikatos įstaigų bendradarbiavimą 1 ir už nuostatų keitimą – 1 informantas. Apie tai, kad dauguma depresija sergančių žmonių gauna netinkamą pagalbą ir būtina tobulinti sveikatos specialistų kvalifikaciją, kad jie gebėtų atpažinti depresiją pirminiame lygmenyje ir skirti tinkamą gydymą nurodė informantas C: „Tik vienas iš dešimties žmonių sergančių depresija gauna tinkamą pagalbą, kuri jam padeda. Tai devyni iš dešimties arba išvis nieko negauna arba jie gauna netinkamą pagalbą. Kaip netinkamos pagalbos pavyzdys yra tai, kad šeimos gydytojas, pamatęs tokį žmogų, įtardamas, kad jam yra nemiga, kad jam yra kiti depresijos požymiai skiria raminamųjų – migdomųjų, kad geriau miegotų. O raminamieji – migdomieji depresijos negydo, jie yra skirti tikrai trumpalaikiam naudojimui ir atvirkščiai dabar bendrosios praktikos gydytojai sukuria didelę problemą, nes padaro žmones priklausomais nuo raminamųjų.“ Remiantis informanto C pagrindu galima teigti, kad vien gydymo vaistais nepakanka tam, kad žmogus pasveiktų, būtina taikyti ir psichoterapiją.

Aštuntuoju klausimu („**Kokių savižudybių prevencijos priemonių šiuo metu trūksta?**“) buvo siekta sužinoti kokios savižudybių prevencijos priemonės šiuo metu yra būtinos. Išskirta viena kokybinė kategorija: *būtinos savižudybių prevencijos priemonės*.

11 lentelė. Savijudybių prevencijos priemonės, kurių trūksta

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Būtinios savijudybių prevencijos priemonės	Psichologinės pagalbos prieinamumas	„Šiuo metu trūksta paprastos priemonės kaip pagalba telefonu, nes sudėtinga susisiekti.“ „<...> bendrai psichologinių paslaugų prieinamumo.“
	Psichologų skaičiaus didinimas	„Taip pat psichologų trūksta.“ „Taip pat pastebimas akivaizdus psichologų trūkumas.“
	Moksliniai tyrimai	„Trūksta tyrimų, efektyvumo vertinimo tyrimų, kad įvertinę situaciją, mes galėtume tobulėti ir siekti geresnių rezultatų psichikos sveikatos srityje.“ „Trūksta mokslinių tyrimų savijudybių prevencijos priemonių efektyvumui vertinti.“
	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas	„Blogai, kad nevyksta tarpusavio bendradarbiavimas, nors įstaigos kaip po vieną darniai yra, bet nėra bendradarbiavimo tinklo savivaldos lygmeniu.“ „Labiausiai trūksta bendradarbiavimo tarp įvairių institucijų, nes šią problemą sudėtinga spręsti tik savivaldybėms, turi vykti sistemingas bendradarbiavimas.“
	Savipagalbos grupės	„Trūksta pagalbos artimiesiems po savijudybių, kur juos būtų galima nukreipti, su kuo jie galėtų pabendrauti, savipagalbos grupių trūksta.“ „Labai trūksta artimųjų grupių <...>“ „<...> savitarpio pagalbos grupių <...>“
	„Vartininkų“ mokymai	„<...> kad trūksta „vartininkų“ mokymų <...>“
	Kompetentingi psichikos sveikatos priežiūros specialistai	„<...> trūksta kompetentingų psichologų, kurie gebėtų atpažinti savijudybės riziką <...>“ „<...> trūksta taip pat psichologų kompetencijų tobulinimo savijudybių intervencijų srityje.“
	Specializuotos programos	„<...> mums reikia ir proaktyvios ir reaktyvios pagalbos programų.“ „<...> specializuotų intervencinių programų specifinėms rizikos grupėms <...>“ „Taip pat trūksta savijudybės rizikos įvertinimo programos, kuri būtų integruota į įvairių įstaigų darbuotojų programas <...>“

Informantai išvardino daug skirtingų savižudybių prevencijos priemonių, kurių šiuo metu trūksta: tai ir psichologinės pagalbos prieinamumo stoka, tai pat būtinumas didinti psichologų skaičių, mokslinių tyrimų svarba ir aktyvaus tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas. Svarbu taip pat plėsti savipagalbos grupes, nes kol kas pastebimas akivaizdus tokių grupių trūkumas ir kaip teigia informantas C: „Šiuo metu Vilniuje susikūrė pirmoji žmonių grupė, kurie liko po savižudybės, po artimo žmogaus savižudybės psichologinės pagalbos grupė. Tai įsivaizduokite, per 25 – erius metus tokių grupių nebuvo, nes buvo didžiulė stigma, didžiulė baimė ir nenoras kažkam pasakyti, jog taip atsitiko.“ Remiantis informantu C pagrindimu galima teigti, kad šiuo metu situacija gerėja, mažėja stigmatizavimas, tačiau vis dar mūsų šalis yra tolima nuo kitų ES šalių, kur jau beveik nėra stigmatizacijos ir visuomenė į tokius dalykus žiūri palankiai ir yra motyvuota psichologinės pagalbos teikimui. Informantai taip pat nurodė, kad yra būtini „vartininčių“ mokymai, taip pat svarbu tobulinti psichikos sveikatos specialistų kompetencijas ir žinoma yra svarbios specializuotos pagalbos programos visoms rizikos grupėms. Informanto D teigimu yra būtina daugiau dėmesio skirti proaktyviai pagalbai: „Visi žino, kad įprastai pas gydytoją ateina pats pacientas, jam reikia ir jis ateina. Psichikos sveikatoje, ypatingai savižudybių prevencijoje yra labai svarbu sukurti atvirkštinę sistemą, net jeigu žmogus nenori tos pagalbos, pagalba turi būti pasiūlyta. Dažnai žmogus nemano, kad turi problemų, čia yra tokia bėda. Tai dėl to proaktyvios pagalbos nebuvimas užkerta kelią iš tikrųjų veiksmingai spręsti tą problemą.“

Devintu klausimu („Jūsų nuomone į kokias Europos šalis galima būtų lygiuoti savižudybių prevencijos srityje ir ką galima būtų iš jų perimti Lietuvai?“) buvo siekta išsiaiškinti kokius geruosius praktikos pavyzdžius galima būtų perimti Lietuvai iš kitų Europos šalių savižudybių prevencijos srityje. Kadangi kiekvienas informantas įvardindavo skirtingas šalis, analizuojant klausimo turinį išskirtos 2 kategorijos: *Skandinavijos šalių gerosios praktikos pavyzdžiai* ir *skirtingų ES šalių gerosios praktikos pavyzdžiai*.

12 lentelė. Kitų Europos šalių gerosios praktikos pavyzdžiai savižudybių prevencijos srityje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Skandinavijos šalių gerosios praktikos pavyzdžiai	Vaikų psichikos sveikatos stiprinimas	„Konkrečiai gal nepasakysiu, bet skandinavai tikriausiai yra pagal psichinę sveikatą, vaikų rengimą teigiamas pavyzdys <...>“ „<...> jie [kalbama apie Daniją] labai daug investavo į vaikų psichologinio atsparumo programas.“
	Ilgalaikės savižudybių prevencijos programos	„Aš manau, kad pirmiausia mes galime lygiuoti į Skandinavijos šalis ir tarkim Švedijoje, Norvegijoje tos savižudybių prevencijos programos,

12 lentelės tęsinys kitame puslapyje

12 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Skandinavijos šalių gerosios praktikos pavyzdžiai	Ilgalaikės savižudybių prevencijos programos	<i>kurios buvo vykdomos apie 30 metų tai jos labai iš tikrųjų pasiteisino.“</i>
Skirtingų ES šalių gerosios praktikos pavyzdžiai	Organizuota psichologinės pagalbos sistema	<i>„Jungtinė Karalystė, Vokietija, dabar ir Vengrijai šiuo metu neblogai sekasi. Šiose šalyse yra taip, kad ten nemažas kiekis žmonių geba identifikuoti savižudybės riziką ir moka nukreipti pagalbai gauti. Pagalbos teikėjai ten kuo greičiau tokį žmogų pasiima ir jam padeda.“</i>
	Moksliniai tyrimai	<i>„Čia mes galime orientuotis į tokią šalį, kaip į Estiją. Galėtume didesnę dėmesį skirti moksliniams tyrimams toje srityje, kaip yra daroma Estijoje.“</i>
	Savanorystės ir bendruomeniškumo skatinimas	<i>„I Vokietiją, Čekiją. Tų šalių esminis dalykas yra – savanorystės skatinimas ir savanorystė jungiasi kartu su valstybės institucijomis. Dar vienas dalykas, tai žmonių bendruomeniškumo skatinimas.“</i>

Apie tai, kad galima remtis Skandinavijos šalių gerosios praktikos pavyzdžiais nurodė 3 informantai. 2 informantų nuomonės sutapo, kad Skandinavijos šalyse daug dėmesio yra skiriama vaikų psichikos sveikatai. Tam, kad savižudybių skaičius mažėtų, prioritetas turėtų būti – vaikų psichikos sveikatos stiprinimas Lietuvoje, kaip teigia informantas C: *„Specifiškai mums irgi to trūksta, nes dabar kas vyksta šiuo metu mokyklose su patyčių prevencijos programa, tai yra gerai, bet tai yra tik pirmas žingsnis. Tai užkerta kelią patyčioms, bet žmogaus psichologiškai jauno tai gali nesustiprinti, o būtent yra skirtos tam tikros priemonės, kurios padeda pasitikėti savimi, juos sustiprina ir tada yra žymiai mažesnis savęs žalojimo elgesys.“* Taip pat mokyklose būtina daugiau skirti dėmesio paaugliams, nes tuo metu jaunas žmogaus ypač būna lengvai pažeidžiamas ir trapios psichikos, tačiau paaugliams būtų lengviau įveikti psichologines problemas, jei būtų vykdoma kokia nors vaikų psichikos sveikatos stiprinimo programa ir kaip teigia informantas C: *„Paauglystėje susidūrus su tam tikrais psichologiniais sunkumais jaunimui būtų lengviau viską įveikti, vykdant vaikų psichologinio atsparumo programą.“* Tačiau kaip priduria informantas C, ne vien SAM turėtų būti suinteresuota tokias programas vykdyti: *„<...> kad tai nėra vien sveikatos apsaugos ministerijos uždavinys. Tai yra kelių ministerijų uždavinys ir ypač svarbu, kad būtų nevyriausybinių organizacijų įtrauktos.“* Taip pat 1 informantas nurodė, kad Lietuvai būtina turėti ilgalaikę savižudybių prevencijos programą ir ją vykdyti, nes remiantis Skandinavijos šalių gerąją patirtimi, tokios ilgalaikės programos pasiteisino ir

tose šalyse ženkliai sumažėjo savižudybių skaičius. 3 informantai nurodė kitas ES šalis kaip gerosios praktikos pavyzdžius teigdami, kad mums trūksta organizuotos psichologinės pagalbos sistemos, mokslinių tyrimų, kurie sėkmingai atliekami Estijoje, taip pat būtina stiprinti savanorystę, skatinti bendruomeniškumą kaip tai sėkmingai vykdoma Vokietijoje ir Čekijoje, nes kaip teigia informantas E: „Pas mus savanorystė dar yra labai silpnai išvystyta ir jiniai neturi tamprių ryšių su valstybinėmis institucijomis. Tarkim, paimkime „Jaunimo linija“ arba „Vaikų linija“ puikiai veikiančias, bet mes girdime, kad jos tarsi atskira tokia respublika, jos nėra mūsų sistemos dalis. Tai aš noriu pasakyti, kad mes nebūtinai turime perimti kažkokios valstybės modelį, nes mūsų mentalitetas, kultūra yra visai skirtingi. Jeigu mes matome ką daro kitos valstybės, tai mes turime žinoti, kad turi būti savanorystė, turi būti skatinamas bendruomeniškumas ir turi būti valstybės politika.“ Tik 1 informantas B nenurodė jokios kitos šalies gerosios praktikos pavyzdžio, nes pagal jį mūsų šalis kol kas negali pasigirti gerėjančiais savižudybių rodikliais tarp kitų ES šalių ir Lietuvai pakaktų remtis kol kas tik PSO rekomendacijomis: „Žinau tai, kad Lietuva taip tragiškai atrodo tarptautinėje statistikoje, kad bet kokią kitą šalį paėmus, matysime, kad situacija yra daug geresnė. <...> vėl gi remčiausi PSO rekomendacijomis, kurios aiškiai teigia mažinti priemonių skatinančių savižudybes, prieinamumą, mokyti atpažinti tuos savižudybių rizikos veiksnius ir mokyti kaip kitaip žmonėms padėti.“

Dešimtu klausimu („Jūsų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui mūsų šalyje?“) buvo siekta sužinoti ekspertų (informantų) nuomonę, siūlymus kaip galima būtų patobulinti savižudybių prevenciją Lietuvoje. Išskirta viena kokybinė kategorija: *pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui*.

13 lentelė. Ekspertų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui Lietuvoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui	Skatinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą	„Svarbu, kad savivaldybės bendradarbiautų <...>“ „Mes turime suprasti, kad po vieną mes nieko nepadarysime, nei viena savivaldybė atskirai nepadarys, nei viena ministerija nieko nepadarys. Jeigu sveikatos apsaugos ministerija nebendradarbiaus ir neis iš viršaus į apačią, ji nieko nepadarys.“
	Remtis PSO rekomendacijomis	„<...> būtina skaityti Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas, kuri siūlo rengti savižudybių prevencijos mokymus „vartininkams“, kad jie galėtų atpažinti rizikos veiksnius, padėti žmonėms, kuriems reikia pagalbos.“

13 lentelės tęsinys kitame puslapyje

13 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui	Stiprinti vaikų psichikos sveikatą	„Tai manau labai svarbu yra dirbti būtent su vaikais ir su jaunais žmonėmis <...> Dirbant su mokyklinio amžiaus ar net ikimokyklinio amžiaus vaikais, stiprinant jų atsparumą, gebėjimus, yra pats efektyviausias darbo būdas.“
	Skatinti politikų supratimą apie laipsniškus rezultatus	„<...> turime suprasti, kad rezultatus mes matysime po 15 ar 20 metų.“ „<...> reikia tiesiog judėti tame linkme ir nesitikėti greitų rezultatų, viskas ateina palaipsniui, rezultatai matomi po tam tikro laiko tarpo.“ „Būtina skirti tam pakankamai laiko, nesitikėti, kad po dviejų ar trejų metų kažkas pasikeis.“
	Rengti nacionalinį savižudybių prevencijos strateginį dokumentą	„Tokia programa [kalba eina apie Vilniaus miesto savižudybių prevencijos memorandumą], kuri dabar yra Vilniuje, turėtų būti pritaikyta visos Lietuvos mastu.“
	Stiprinti politinę valią	„<...>kad savivaldybių politikai įsigilintų, suprastų ir palaikytų ne tik finansiškai.“
	Rengti psichologų įstatymą	„Aš manau, kad tikrai turėtų atsirasti psichologų, psichologų įstatymas pagal kurį psichologai galėtų dirbti ir galima būtų jų tą ratą plėsti.“ „Taip pat problema tame, kad per 26 metus nebuvo priimtas joks įstatymas, kuris reglamentuotų psichologo veiklą, todėl politikams būtina atkreipti į tai dėmesį ir pagaliau priimti tokį įstatymą.“

Svarbu suvokti, kad savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo teigiamas pasekmes galima matyti tik po ilgo laiko tarpo, nes tai yra ilgalaikis procesas. Būtent apie tai, kad būtina skatinti politikų supratimą apie laipsniškus rezultatus savižudybių prevencijos srityje pasisakė 3 informantai iš 6. Apie tai, kad būtina rengti psichologų veiklą reglamentuojantį įstatymą pasisakė 2 informantai. Dėl nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos rengimo pasisakė 1 informantas, taip pat politinės valios stiprinimo svarbą nurodė 1 informantas.

Savižudybių skaičius sumažės, jei bus rūpinamasi vaikų psichikos sveikata, nes vaikai – tai Lietuvos ateities karta. Tam, kad ateityje savižudybių skaičius mažėtų, būtina dirbti su vaikais,

skiriant daugiau dėmesio vaikų psichikos sveikatai ir kaip teigia informantas C: „<...> svarbu yra dirbti būtent su vaikais ir jaunais žmonėmis, nes iki kažkur jau 20 – ies ar 25 – erių metų susiformuoja asmenybė ir tada jau vėliau darbas su jais nėra toks produktyvus.“ Veiksmingai savižudybių prevencijai būtina skatinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Už tarpinstitucinio bendradarbiavimo skatinimą pasisakė 2 informantai iš 6. PSO rekomendacijų naudingumą, įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką nurodė 1 informantas.

Apibendrinant tyrimą galima teigti, kad dažniausiai savižudybes skatina alkoholio vartojimas, politiniai ir socialiniai pokyčiai, psichologinės pagalbos trūkumas, psichikos sveikatos sutrikimai, neišgydomos ligos, socialinės problemos. Lietuva, anot ekspertų (informantų) atsakymų, pirmauja savižudybių skaičiumi tarp kitų ES šalių dėl pasenusio medikamentinio gydymo, dėl netinkamo vaikų auklėjimo kultūros, psichologinės pagalbos prieinamumo stokos, savižudybių prevencinių programų ir dokumentų trūkumo, tarpinstitucinio bendradarbiavimo nebuvimo ir dėl neigiamų visuomenės nuostatų. Šiuo metu savižudybių prevencijos srityje yra orientuojamasi į psichologinės pagalbos organizavimą ir jos prieinamumą, į darbą su žiniasklaida, kur nuolat visi straipsniai susiję su savižudybių tema yra griežtai tikrinami, taip pat orientuojamasi į įvairių sričių specialistų apmokymus, psichologinės pagalbos sistemos sukūrimą, mokslinius tyrimus bei rūpinamasi psichologinės pagalbos centrų steigimu. Dauguma ekspertų (informantų) nurodė, kad savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo etape susiduriama su politinės valios trūkumu ir neskiriamu arba netinkamu finansavimu, dėl to iki šiol ji buvo įgyvendinama tik dalinai ir ne iki galo. Ekspertai (informantai) savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 metams vertina neigiamai, nes anot jų jis buvo neatsakingai parengtas ir liko neįgyvendintas. Paaiškėjo, kad savižudybių prevencijos priemonių visapusiškai įgyvendinimui trūksta bendro sutarimo valstybiniame lygmenyje ir kompetentingų specialistų, kurie galėtų tinkamai įvertinti savižudybės riziką ir padėti asmenims ketinantiems pasitraukti iš gyvenimo. Tam, kad šalyje savižudybių skaičius mažėtų, ekspertai (informantai) pažymėjo psichologinės pagalbos prieinamumo būtinumą, kovą su alkoholio vartojimu ir gydymą nuo alkoholio priklausomybės, psichologinės pagalbos teikimą psichikos sveikatos priežiūros specialistams, savipagalbos grupių būtinumą, „vartininkų“ mokymus, sveikatos įstaigų bendradarbiavimą ir nuostatų keitimą. Ekspertai (informantai) išskyrė, kad mes galime remtis kitų šalių patirtimi, tačiau turime atsižvelgti į tai, kas skiriasi mūsų mentalitetas ir finansinės galimybės. Dauguma ekspertų (informantų) nurodė, kad savižudybių prevencijos gerinimui būtina skatinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą, būtina remtis PSO rekomendacijomis, rūpintis vaikų psichikos sveikatos stiprinimu, skatinti politikų supratimą apie laipsniškus rezultatus, galiausiai turėti nacionalinį savižudybių prevencijos strateginį dokumentą, stiprinti politinę valią ir rengti psichologų įstatymą, kuris reglamentuotų psichologo veiklą.

IŠVADOS

1. Išanalizavus savižudybių prevencijos politikos teorinius aspektus paaiškėjo, kad savižudybės yra globali visuomenės sveikatos problema visame pasaulyje, kuri neturi vienos aiškios priežasties. Lietuvoje palaipsniui auga jaunų asmenų savižudybių skaičius ir Lietuva vis dar pirmauja savižudybių skaičiumi tarp kitų ES šalių. Įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką, susipažinus su esamu reiškiniu, būtina identifikuoti problemą ir sudarant darbotvarkę, priiminėti įmanomus sprendimus, siekiant visiško politikos įgyvendinimo. Tam, kad savižudybių skaičius mažėtų, būtina stiprinti savižudybių prevenciją, taikyti įvairius intervencijos metodus (pvz.: CAMS, SafeTALK/ASIST, ASSIP), remtis PSO politinėmis rekomendacijomis, kur viena iš pagrindinių PSO rekomendacijų – kiekvienai valstybei turėti aiškią savižudybių prevencijos strategiją.
2. Atlikus savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo analizę paaiškėjo, kad Lietuvoje vyko nuolatinis darbo procesas dėl savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo, buvo leidžiama ir patvirtinta daug teisinių dokumentų, kuriuose buvo kreipiamas dėmesys į šią opią visuomenės sveikatos problemą, tačiau kai kurie politikai neigiamai vertino savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą dėl nepakankamo finansavimo, tarpinstitucinio ir tarpžinybinio bendradarbiavimo stokos, programų tęstinumo trūkumo. Savižudybių prevencija yra kompleksinis reiškinys, todėl jos politikos formavime ir įgyvendinime dalyvauja institucijos, kurios ne visos yra siejamos su sveikatos priežiūros paslaugų organizavimu. Pastebėta, kad savižudybių prevencijos priemonės buvo įgyvendinamos tik dalinai, veiksmo planams trūko skaidrumo ir tinkamo lėšų paskirstymo. Savižudybių prevencijos veiksmų plane 2014 – 2016 metams nurodytos savižudybių prevencijos priemonės plane liko neįgyvendintos, iš to galima spręsti, kad Lietuvoje savižudybių paplitimo problema nėra prioritetinė.
3. Lietuvos savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo kokybinis tyrimas atskleidė, kad Lietuva pirmauja tarp kitų ES šalių dėl pasenusio medikamentinio gydymo, netinkamo vaikų auklėjimo kultūros, psichologinės pagalbos prieinamumo stokos, menko tarpinstitucinio bendradarbiavimo, dėl savižudybių prevencijos strateginio dokumento nebuvimo. Šiuo metu savižudybių prevencijos srityje yra orientuojamasi į psichologinės pagalbos organizavimą ir jos prieinamumą, į darbą su žiniasklaida, orientuojamasi į įvairių sričių specialistų apmokymus, psichologinės pagalbos sistemos sukūrimą, mokslinius tyrimus. Siekiant atskleisti pagrindines savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemas, paaiškėjo, kad iki šiol savižudybių prevencijos politika buvo įgyvendinama tik dalinai dėl politinės valios trūkumo, dėl neskiriamo arba netinkamai skirstomo finansavimo ir valdžios supratimo apie laipsniškus įgyvendinimo rezultatus. Galima daryti išvadą, kad vien teisės aktų leidybos nepakanka.

Darbe iškelta hipotezė patvirtino dalinai.

PASIŪLYMAI

- Rengti nacionalinę savižudybių prevencijos strategiją ir psichologų įstatymą, kuris reglamentuotų psichologo veiklą.
- Politinės valios stiprinimui būtina plėsti politinių lyderių ratą, kurie būtų suinteresuoti savižudybių problemos mastu ir keltų savižudybių prevencijos politikos probleminius klausimus reikiamu lygiu.
- Kadangi alkoholis pagilina depresiją ir skatina savižudybes, būtina peržiūrėti LR alkoholio kontrolės įstatymą, priimti atitinkamus sprendimus, tokius kaip pvz.: alkoholinių gėrimų reklamos visiškas ribojimas, alkoholinių gėrimų prekybos stabdymas sporto varžybų metu, masinių renginių metu, kaip tai jau ilgą laiką daroma Slovėnijoje, akcizų didinimas ir t.t.
- Tobulinti psichologinės pagalbos prieinamumą be išankstinės registracijos turintiems suicidalinių minčių, ketinantiems žudytis, mėginusiems nusižudyti asmenims bei nusižudžiusiųjų artimiesiems visose Lietuvos savivaldybėse pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ar Krizių įveikimo centruose.
- Remti ir didinti savitarpio pagalbos grupių skaičių Lietuvoje.
- Skatinti tarpinstitucinį ir tarpžinybinį bendradarbiavimą, įtraukiant NVO.
- Rengti vaikų psichologinio atsparumo programą, kurios dėka mokiniai mokyklose būtų mokomi streso valdymo ir taip pat būtų mokomi kaip atpažinti savižudybės riziką.
- Didinti psichologų skaičių įvairiose sveikatos priežiūros įstaigose.
- Tobulinant dirbančių psichologų profesines kompetencijas, orientuotis į savižudybių rizikos atpažinimo algoritmą, vaikų psichologinių krizių valdymą ir pagalbos suteikimą.
- Mokinių tėvams, mokytojams, klasės auklėtojams, socialiniams pedagogams ir psichologams organizuoti rekomendacines paskaitas apie vaikų psichologines krizes ir jų valdymą tam, kad būtų gebama atpažinti savižudybės riziką ir laiku suteikti tinkamą pagalbą.
- Būtina vykdyti įvykusių savižudybių skaidrų monitoringą per e.sveikatos sistemą, fiksuojant savižudybių priežastis, nuolat tobulinant savižudybės priemonių prieinamumo mažinimą.
- Kurti kiekvienai savivaldybei reagavimo į savižudybes riziką algoritmus, remiantis Kupiškio rajono savivaldybės gerosios praktikos pavyzdžiu.
- Teikti tam tikrą laiką konfidencialią psichologinę pagalbą mėginusiems nusižudyti asmenims po hospitalizavimo, stabdant pasikartojančias savižudybes.
- Kiekvienai Lietuvos savivaldybei greitai metu organizuoti CAMS, SafeTALK/ASIST, ASSIP mokymus „vartininkams“.
- Dalinti „vartininkams“, ypač policijos pareigūnams ir paramedikams informacines skrajutes ar lankstinukus su pirmosios psichologinės pagalbos informacija.
- Žiniasklaidoje ir kitose masinėse informacijos priemonėse dažnai akcentuoti savižudybių

prevencijos politikos problemas, skleisti informaciją apie esamą padėtį ir su kokiomis problemomis yra susiduriama savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo etape.

- Būsimiems sveikatos ir socialinio sektoriaus specialistams rengti mokymus apie galimus savižudybių prevencijos būdus ir pirmąją psichologinę pagalbą.
- Stigmos mažinimui šviesti visuomenę, supažindinti įvairių įstaigų darbuotojus su savižudybių prevencija, taip keičiant neigiamas nusistovėjusias visuomenės nuostatas apie savižudybes.
- Skleisti informaciją apie psichologinę pagalbą įvairiais būdais ir priemonėmis, kad minėta informacija būtų skelbiama sveikatos priežiūros įstaigose, viešosiose erdvėse (pvz. viešuosiuose transporto priemonėse) ir pan.
- Skatinti bendruomeniškumą tarp valstybės institucijų ir savanoriaujančių organizacijų, nes savanorystė privalo jungtis su valstybės institucijomis.
- Mokslo institucijoms atlikinėti efektyvumo vertinimo tyrimus savižudybių prevencijos srityje, nes tokie tyrimai leis nuolat tobulinti savižudybių prevenciją.
- Teikti psichologinę pagalbą psichikos sveikatos priežiūros specialistams, nes tai galės apsaugoti juos nuo perdegimo.
- Emocinės paramos prieinamumui pradėti skirti dėmesį m.sveikatai, kur turintiems suicidinių minčių, ketinantiems žudytis, mėginusiems nusižudyti asmenims bei nusižudžiusiųjų artimiesiems bet kuriuo metu per mobiliąją aplikaciją išmaniajame telefone galėtų būti teikiama galimybė tiek skambinti, tiek susirašinėti online su psichikos sveikatos specialistu ir matyti artimiausius psichikos sveikatos centrus, kur yra teikiama psichologinė pagalba.
- Įvairioms valstybinėms institucijoms, kuriuos formuoja ir įgyvendina savižudybių prevencijos politiką remtis PSO rekomendacijomis.

LITERATŪRA

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija 1992 m. spalio 25 d. Nr. 33-1014 *Valstybės Žinios*.
2. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924 *Valstybės žinios* Nr. 53-1290 (1995).
3. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 64-1842 (1998).
4. Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. Nr. X - 1070 nutarimas „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 42-1572 (2007).
5. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI – 1430 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 73 – 3498 (2011).
6. Lietuvos Respublikos Seimo 2013 m. lapkričio 27 d. Nr. 1083 nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos Seimo nutarimo „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2023 metų programos patvirtinimo“ projekto pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui.“ *Valstybės žinios* Nr. 124-6296 (2013).
7. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII – 964 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 9403 (2014).
8. Lietuvos Respublikos Seimo statutas 1994 m. vasario 17 d. Nr. I-399 *Valstybės žinios* Nr. 15-249 (1994).
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2008 m. balandžio 25 d. Nr. V-334 įsakymas „Dėl Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo programos tvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 54-2002 (2008).
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. kovo 28 d. Nr. V-417 įsakymas „Dėl psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 3985 (2014).
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. lapkričio 4 d. Nr. V-1137 įsakymas „Dėl Valstybinio psichikos sveikatos centro nuostatų patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 18270 (2014).
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-817 įsakymas „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gairių patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 10330 (2014).
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-815 įsakymas „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 10332 (2014).

14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-825 įsakymas „Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 10374 (2014).
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2015 m. gruodžio 8 d. Nr. V-1422 įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 19710 (2015).
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2016 m. vasario 9 d. Nr. V-213 įsakymas „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano 2016 – 2020 metams patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 3014 (2016).
17. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552 *Valstybės žinios* Nr. 63-1231 (1994).
18. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. Nr. 926 nutarimas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 67- 1961 (1998).
19. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 17 d. Nr. 892 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nuostatų patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 66-1916 (1998).
20. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 21 d. Nr. 914 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos nuostatų patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 67-1952 (1998).
21. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. kovo 14 d. Nr. 291 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos nuostatų patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 24-794 (2001).
22. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. balandžio 10 d. Nr. 451 nutarimas „Dėl Savižudybių prevencijos 2003 – 2005 metų programos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 36-1575 (2003).
23. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. Nr. 645 nutarimas „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 76-3014 (2008).
24. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. Nr. 1482 nutarimas „Dėl 2014 – 2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios* Nr. 144-7430 (2012).
25. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. Nr. 293 nutarimas „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 4113 (2014).
26. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. Nr. 1291 nutarimas „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016 – 2023 metų plėtros programos patvirtinimo.“ *Teisės aktų registras* Nr. 19827 (2015).

27. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. Kovo 25 d. Nr. 298 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 metų veiklos ataskaitos pateikimo Lietuvos Respublikos Seimui.“ *Teisės aktų registras* Nr. 4887 (2015).
28. Nacionalinės sveikatos tarybos 1999 m. kovo 17 d. Nr. 2 nutarimas „Dėl psichikos sveikatos priežiūros ir psichikos sutrikimų prevencijos strategijos.“ *Valstybės žinios* Nr. 32-939 (1999).
29. Vilniaus miesto savivaldybės tarybos 2016 m. balandžio 19 d. Nr. 1-414 sprendimas „Dėl Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2016-2019 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių plano 2016 metams tvirtinimo“.

Mokslo straipsniai, pranešimai, ataskaitos:

30. „Seimas išklaušė Nacionalinės sveikatos tarybos 2009 metų veiklos ataskaitą“, 2010 m. kovo 30 d. pranešimas VIR (iš plenarinio posėdžio). Žiūrėta 2016 02 21
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4445&p_d=96768&p_k=1
31. „Seimo Sveikatos reikalų komitetas nagrinėjo psichikos sveikatos priežiūros sistemos trūkumus Lietuvoje“, 2013 m. birželio 26 d. pranešimas VIR (iš komitetų, komisijų). Žiūrėta 2016 02 30
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4463&p_d=137853&p_k=1
32. „Seimo Sveikatos reikalų komitetas priėmė sprendimą dėl Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo“, 2013 m. liepos 3 d. pranešimas VIR (iš komitetų, komisijų). Žiūrėta 2016 02 30
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4463&p_d=138264&p_k=1
33. Bertolote, José M. „Suicide prevention: at what level does it work?“, *World psychiatry* 3, 3 (2004): 147-151.
34. Hegerl, Ulrich, „Prevention of suicidal behaviour“, *Dialogues of Clinical Neuroscience* 18, 2 (2016): 183
35. Leenaars, Antoon A. „Suicide and Human Rights: A Suicidologist's Perspective“, *Health and human rights* 6, 2 (2003): 148
36. Lietuvos Respublikos Seimo pareiškimai: 2010 m. kovo 19 d. Seimo narės D. Mikutienės pranešimas VIR: „popierinė valdžios politika – tūkstančiai savižudybių“ Žiūrėta 2016 01 30.
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=96307&p_k=1
37. Lietuvos Respublikos Seimo pareiškimai: 2013 m. rugpjūčio 12 d. Seimo Pirmininko pavaduotojo K. Komskio pranešimas VIR: „parlamentaras imasi savižudybių prevencijos“ Žiūrėta 2016 02 30
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=138923&p_k=1
38. Lietuvos Respublikos Seimo pareiškimai: 2013 m. rugpjūčio 14 d. Seimo Pirmininko pavaduotojo K. Komskio pranešimas VIR: „nesuprantama, kodėl sveikatos apsaugos ministras nepritaria kovai su savižudybėmis“ Žiūrėta 2016 02 30
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=138943&p_k=1

39. Lietuvos Respublikos Seimo pareiškimai: 2013 m. spalio 9 d. Seimo LSDP frakcijos narės R. Šalaševičiūtės pranešimas VIR: „Jei laiku būtų sprendžiamos vaikų ir paauglių psichikos sveikatos problemos, būtų mažiau savižudybių ir žmogžudysčių“ Žiūrėta 2016 02 30 http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=140556&p_k=1
40. Lietuvos Respublikos Seimo pareiškimai: 2014 m. lapkričio 11 d. Seimo nario K. Kazlavicko pranešimas VIR: „Ištikus emocinei krizei, pagalbos telefonu Lietuvoje gali tikėtis tik 8 procentai skambinančių“ Žiūrėta 2016 02 30 http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=152418&p_k=1
41. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos 2014 metų ataskaita. Vilnius: 2015m. kovo 10 d. Nr. 1VN-3. Žiūrėta 2016 04 13 http://www.fntt.lt/uploads/docs/2014_VRM_ATASKAITA.pdf
42. LR Seimo pareiškimai: 2015 m. rugsėjo 9 d. Seimo LSDP frakcijos pranešimas VIR. R. Šalaševičiūtė: „Užimtumo ir darbo užmokesčio didėjimas mažina savižudybių skaičių“ Žiūrėta 2016 02 30 http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=618&p_d=160495&p_k=1
43. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas 2010 „Urbanizacija – nauji iššūkiai žmonių sveikatai“ Žiūrėta 2016 02 21. http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1
44. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas 2011 „Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados“ Žiūrėta 2016 04 01 <http://www3.lrs.lt/docs2/PZACLURH.PDF>
45. Nacionalinės sveikatos tarybos veiklos ataskaita 2009-01-01 – 2009-12-31 Nr. XIP – 1827. Žiūrėta 2016 02 21 http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc?p_id=365962&p_query=&p_tr2=
46. Navickas, Alvydas. „Savižudžių prarasti gyvenimo metai“, *Psichiatrijos aktualijos* 2, 6 (2011): 18
47. PSO Europos ministrų konferencija. Psichikos sveikatos klausimais. Iššūkiai ir sprendimai. „Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija. Iššūkiai ir sprendimai“, Suomija: Helsinkis, 2005 sausio 12-15.
48. Seimo Sveikatos reikalų komiteto pirmininkė D. Mikutienė ragina Sveikatos apsaugos ministeriją nedelsiant spręsti savižudybių problemas, 2015 m. sausio 28 d. pranešimas VIR (iš komitetų, komisijų). Žiūrėta 2016 02 30 http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4463&p_d=154399&p_k=1
49. Valstybinis psichikos sveikatos centras/programos: „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos, 2010 m. priemonių vykdymo“. Ataskaita 2011 02 10 Nr. 20V-66. Žiūrėta 2016 04 13 http://vpssc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16
50. Valstybinis psichikos sveikatos centras/programos: „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos, 2010 m. priemonių vykdymo“. Ataskaita 2011 02 10 Nr. 20V-66. Žiūrėta 2016 04 13 http://vpssc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16

51. Valstybinis psichikos sveikatos centras/programos: „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008 – 2010 metų programos priemonių, skirtų 2009 m., vykdymo“. Ataskaita 2010 03 16 Nr. 20V-96. Žiūrėta 2016 04 13
http://vpssc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16
52. Valstybinis psichikos sveikatos centras/programos: „Savižudybių prevencijos programos mokslinių-praktinių priemonių įgyvendinimo 2005 m. ataskaita“ Žiūrėta 2016 04 03
http://vpssc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16
53. WHO European Ministerial Conference on Mental Health: facing the challenges, building solutions, Finland: Helsinki, 2005, January 12-15

Knygos, leidiniai:

54. Bardach, Eugene. *Praktinis politikos analizės vadovas*. Vilnius: Homo liber, 2006.
55. Bitinas, Bronislovas et al. *Kokybinių tyrimų metodologija*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė, 2008.
56. Camus, Albert. *The Myth Of Sisyphus And Other Essays*. First international edition, 1991.
57. Dunn, William N. *Viešosios politikos analizė*. Vilnius: Homo liber, 2006.
58. Durkheim, Émile. *Savižudybė*. Vilnius: Pradai, 2002.
59. Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktas. Briuselis, 2008.
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_lt.pdf
60. Gailienė, Danutė. *Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje*. Vilnius: Tyto alba, 1998.
61. Gailienė, Danutė. *Savižudybių prevencijos idėjos*. Vilnius: Tyto Alba, 2001.
62. Gaižauskatė, Inga, ir Natalija Valavičienė. *Socialiniai tyrimų metodai: Kokybinis interviu*. Vilnius: VĮ Registrų centras, 2016.
63. Govorin, N.V., and A.V. Sakharov. *Suicidal behavior: typology and factorial conditioning*. Chita: Ivan Fedorov, 2008.
64. Kardelis, Kęstutis. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: Judex, 2002.
65. Lane, Jean Erik. *Viešasis sektorius*. Vilnius: Margi raštai, 2001.
66. Lindblom, Charles E., ir Edward J. Woodhouse. *Politikos formavimo procesas*. Vilnius: Algarvė, 1999.
67. OECD. *Health at a Glance: Europe 2014*. EU: 2014.
68. Parsons, Wayne. *Viešoji politika*. Vilnius: Eugrimas, 2001.
69. Płużek, Zenomena. *Pastoracinė psichologija*. Vilnius: Amžius, 1996.
70. Polukordienė, Ona Kristina. *Psichologinės krizės ir jų įveikimas*. Vilnius: L. Senkaus personalinė įmonė „Heksagrama“, 2003.
71. Pūras, Dainius. *Apie proto sveikatą ir jos sutrikimus*. Vilnius: Jungtinės spaudos paslaugos, 2015.

72. Pūras, Dainius et al. *Iššūkiei įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*. Vilnius: VUL, 2013.
73. Scott, Ann, and Bing Guo. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen: WHO, 2012.
74. Vaitkevičiūtė, Valerija. *Tarptautinių žodžių žodynas*. Vilnius: Žodynas, 2001.
75. Vilpišauskas, Ramūnas, ir Vitalis Nakrošis. *Politikos įgyvendinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungos įtaka*, Vilnius: Eugrimas, 2003.
76. Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas (2005/484/COM). Žiūrėta 2016 04 13 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_lt.pdf
77. WHO. *First WHO report on suicide prevention*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>
78. WHO. *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21 st century*. Copenhagen Ø, Denmark, 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
79. WHO. *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: WHO, 2001.
80. WHO. *Preventing suicide: A global imperative*. Luxembourg, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
81. WHO. *Public health action for the prevention of suicide*. Geneva, Switzerland, 2012. Žiūrėta 2016 07 04 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
82. Каплан, Г. И. и Б. Дж. Сэдок, *Клиническая психиатрия*. Москва: Медицина, 2002.
83. Погодин, И. А. *Суицидальное поведение: психологические аспекты*. Москва: Флинта, 2011

Internetiniai šaltiniai:

84. Artimiems.lt *Apie mus*. <http://artimiems.lt/>
85. Eurostat statistiniai duomenys. Mirties priežasčių statistika. „Mažiausi standartiniai savižudybių rodikliai – Graikijoje ir Kipre“ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/Lt
86. HI Sveikatos informacijos centras. *Mirties priežastys 2014*. Vilnius: HI Sveikatos informacijos centras, 2015 <http://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=21712>
87. HI Sveikatos informacijos centras. *Mirties priežastys 2015*. Vilnius: HI Sveikatos informacijos centras 2015, 2016 http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priežastys_2015.pdf
88. The Canadian Association for Suicide Prevention (CASP), „*What is Suicide Prevention, Intervention and Postvention?*“, <http://suicideprevention.ca/understanding/what-is-suicide-prevention-intervention-and-postvention/> [žiūrėta 2016 08 11]

89. WLE/*Suicide Death Rate Per 100,000*, <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/suicide/by-country/>

Žugina J. Savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016. – 91 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe tiriamas savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje. Teorinėje darbo dalyje analizuojama savižudybių prevencijos samprata, prevencinės galimybės, savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas viešosios politikos analizės kontekste bei pateikiamos PSO rekomendacijos veiksmingam savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimui. Taip pat analizuojamas savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje, aptariama savižudybių prevencijos politiką formuojančių ir įgyvendinančių institucijų veikla ir analizuojamas savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas. Empirinėje darbo dalyje atliekama struktūruoto tiesioginio interviu analizė savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemų atskleidimui. Darbo gale pateikiami pasiūlymai efektyvesniam ir tvaresniam savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimui Lietuvoje.

Raktiniai žodžiai: savižudybių prevencijos politika, savižudybių prevencijos priemonės, savižudybių paplitimas, savižudybių prevencija, savižudybės.

Žugina J. Implementation of Suicide Prevention Policy in Lithuania / Master's Thesis in Health Policy and Management. Supervisor assoc. doc. dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2016. – 91 p.

ANNOTATION

The Master thesis focuses on the implementation of suicide prevention policy in Lithuania. The theoretical part of the work analyses the concept of suicide prevention, possibilities for applying preventive measures, implementation of suicide prevention policy in the context of public policy analysis and presents recommendation of WHO for efficient implementation of suicide prevention. Implementation of suicide prevention policy in Lithuania is analysed, the activities of institutions that shape and implement the suicide prevention policy are discussed and the analysis of use of preventive measures is conducted. The empirical part of the thesis focuses on the analysis of the structured face-to-face interview for identification of the problems faced implementing the suicide prevention policy. The final part of the thesis contains suggestions for more efficient and sustainable implementation of suicide prevention policy in Lithuania.

Keywords: suicide prevention policy, measures of suicide prevention, spread of suicides, suicide prevention, suicides.

Žugina J. Savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016. – 91 p.

SANTRAUKA

Savižudybės yra šių laikų tragedija, kuri paliečia daugelį žmonių. Daugiau nei 800 000 žmonių visame pasaulyje kiekvienais metais miršta nuo savižudybių. Lietuvoje savižudybių paplitimo problema buvo susirūpinta tik po 1991 metų, nes tik nuo 1991 metų Lietuvai atkūrus nepriklausomybę ir prasidėjus radikalioms reformoms buvo pastebėtas ryškus savižudybių rodiklio kilimas. Nuo pat 1999 metų Lietuvoje buvo leista daug teisinių dokumentų, kuriuose buvo minimi savižudybių problemos mastai, savižudybių paplitimo sprendimo būdai, nurodomos prevencijos priemonės, tačiau savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas nuolat strigo.

Tyrimo problema. Nors nuo pat 1998 metų Lietuvoje buvo pradėta kova su savižudybių skaičiaus augimu rengiant strategijas, veiksmo planus, programas, tačiau visi planuoti rezultatai ir tikslai, kurių buvo tikimasi liko nepasiekti.

Tyrimo objektas – savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimas Lietuvoje.

Darbo tikslas – ištirti savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimą Lietuvoje.

Darbo uždaviniai: Išanalizuoti savižudybių prevencijos politikos teorinius aspektus, pateikiant PSO rekomendacijas. Atlikti savižudybių prevencijos politikos ir savižudybių prevencinių priemonių įgyvendinimo analizę Lietuvoje. Atskleisti pagrindines savižudybių prevencijos politikos įgyvendinimo problemas.

Hipotezė. Savižudybių prevencijos politika pilnai neįgyvendinama Lietuvoje dėl politinės valios stokos ir nepakankamo finansavimo.

Darbo metodai. Duomenų analizės metodas, lyginamosios analizės metodas, apibendrinimo metodas ir kokybinis tyrimas – struktūruoto ekspertų tiesioginio interviu content analizės metodas.

Darbo struktūra. Darbą sudaro trys dalys. Pirmoje dalyje nagrinėjama savižudybių ir prevencijos samprata, savižudybių paplitimas, prevencinės galimybės, pateikiamos PSO rekomendacijos. Antroje dalyje analizuojama Lietuvos savižudybių prevencijos politika, apimant visą teisinį reglamentavimą, taip pat aptariama savižudybių prevencijos politiką formuojančių ir įgyvendinančių institucijų veikla ir analizuojamas savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas. Trečioje dalyje atliekama struktūruoto tiesioginio ekspertų interviu analizė.

Išvados. Darbo tyrimo rezultatai atskleidė, kad savižudybių prevencijos politika buvo įgyvendinama tik dalinai dėl politinės valios trūkumo, dėl neskiriamo arba netinkamai skirstomo finansavimo ir valdžios supratimo apie laipsniškus įgyvendinimo rezultatus.

Žugina J. Implementation of Suicide Prevention Policy in Lithuania / Master's Thesis in Health Policy and Management. Supervisor assoc. doc. dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2016. – 91 p.

SUMMARY

Suicides are perceived as a tragedy of our times, which affects a considerable number of people. More than 800 000 people all over the world commit suicides every year. The concern about the problem of suicide spread in Lithuania was expressed only after 1991, when the Restoration of the Independence of Lithuania resulted in radical reforms and led to a significant rise in the suicide rate. Since 1999 a big number of legal documents have been adopted, which have presented the extent of the problem of suicides, ways of solving the problem of the spread of suicides and have presented the applied preventive measures. However, the implementation of suicide prevention policy has been constantly hindered.

The research problem. Though the strategies, action plans and programmes for suicide prevention have been developed in Lithuania since 1998, all the expected and planned results and goals have not been achieved yet.

The object of the research: implementation of suicide prevention policy in Lithuania.

The aim of the thesis: to investigate implementation of suicide prevention policy in Lithuania.

The objectives of the work: To analyse theoretical aspects of suicide prevention policy presenting WHO recommendations. To carry out the analysis of implementation of suicide prevention policy and preventive measures in Lithuania. To reveal the main problems encountered implementing suicide prevention policy.

Hypothesis. The suicide prevention policy in Lithuania has not been fully implemented because of lack of political will and insufficient financing.

The research methods: method of data analysis, method of comparative analysis, method of generalisation and qualitative research: structured face-to-face interview of experts.

The structure of the thesis. The thesis consists of three parts. The first part analyses the concept of suicide prevention, the spread of suicides, possibilities for applying preventive measures and presents recommendations of WHO. The second part focuses on the suicide prevention policy in Lithuania including its legislative framework. The activities of institutions that shape and implement the suicide prevention policy are discussed and employment of suicide prevention measures is studied. The third part contains the analysis of the results of the conducted structured face-to-face expert interview.

Conclusions. The results of the thesis reveal that the suicide prevention policy has been only partially implemented due to the lack of political will, not allocated or inadequately allocated financing and failure of the government to understand that attainment of results in this sphere is a long-term process.

PRIEDAI

TYRIMO KLAUSIMAI

- 1. Kokios priežastys/veiksniai gali įtakoti didelį savižudybių skaičių?**
- 2. Dėl kokių priežasčių/veiksnių mūsų šalis savižudybių skaičiumi pirmauja Europoje?**
- 3. Kokios savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetinės šiuo metu? Kas vykdoma?**
- 4. Su kokiomis problemomis dažniausiai susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką mūsų valstybėje?**
- 5. Kaip vertinate 2014 metais patvirtinta savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 m.?**
- 6. Kas trukdo savižudybių prevencijos priemonių visapusiame įgyvendinimui?**
- 7. Kokios savižudybių prevencijos priemonės gali būti veiksmingiausios ir efektyviausios mažinant savižudybių skaičių?**
- 8. Kokių savižudybių prevencijos priemonių šiuo metu trūksta?**
- 9. Jūsų nuomone į kokias Europos šalis galima būtų lygiuoti savižudybių prevencijos srityje ir ką galima būtų iš jų perimti Lietuvai?**
- 10. Jūsų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui mūsų šalyje?**

INTERVIU SU „A“ EKSPERTU:

Interviu trukmė: 20 min.

Data: 2016 06 03

1. Kokios priežastys/veiksniai gali įtakoti didelį savižudybių skaičių?

Aš manau, kad pagrindinė priežastis tai – alkoholis. Antroji priežastis yra nedarbas, bet šiaip žmonės iš tikrųjų jaučiasi nusivylę, jaučiasi kiek apleisti, kad nėra su kuo pasikalbėti, psichologiškai susvetimėję tarpusavyje. Ar galima rasti vieną priežastį? Tikriausiai, kad ne. Atkūrus nepriklausomybę, labai daug susikoncentravome tik į finansus, į ekonominius dalykus ir ekonominė gerovė tapo tuo pagrindiniu prioritetu ir tada žmogus, kaip jis jaučiasi, žmogaus tokie tarpusavio santykiai, tai – pagalba šeimai, šeimos instituto stiprinimas liko užribyje. Šiandien turime tokią situaciją, kai užaugo kartos, kurios nenori imtis atsakomybės už senstančius tėvus, nenori imtis atsakomybės už kokį senstanti kaimyną, padėti jam, kitų žmonių problemos lieka tik tų žmonių problemomis.

2. Dėl kokių priežasčių/veiksnių mūsų šalis savižudybių skaičiumi pirmauja Europoje?

Savižudybių buvo daug ne tik nepriklausomybės laikotarpiu, jų buvo daug ir sovietų laikotarpiu, okupacijos laikotarpiu, tik tuo metu į jas buvo žiūrima kiek kitaip, nes tai yra nepageidaujamas reiškinys, kurį geriau nematyti, statistika buvo slepiama. Žmonės ir tuomet jautėsi pažeidžiami, tačiau išaugo visa karta, suaugusių žmonių karta, kurie dabar augina vaikus ir emocinę sveikatą nukelia į antrą planą. Berniukus auklėja tokiu modeliu, kad „būk vyras, neverk, negražu“, mergaitėms irgi tam tikrą stereotipą taiko. Todėl turime tokią kartą, kuriai emocinė sveikata nėra prioritetas, skaito, kad tai yra silpnumo akimirkos, kurias turėtum pasilikti tik sau, negali jomis dalintis, negali su kuo nors kalbėtis. Mūsų valstybė irgi žiūri į tai, kaip į tam tikrą problemą, kurią reikia gydyti senais metodais, dar sovietmečiu buvusiais – taikyti intervencinę mediciną, vietoj to, kad mes kurtume tarpusavio pagalbos sistemą.

3. Kokios savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetinės šiuo metu? Kas vykdoma?

Tai pagrindinė kryptis šiuo metu yra psichiatrinė pagalba, o psichinei sveikatai yra skiriama per mažai dėmesio. Iš esmės ta psichinė sveikata šiuo metu yra daugiau pačių nevyriausybinių, arba tam tikrų mokslininkų darbas, kurie mato, kad vis dėlto yra XXI amžius ir mes turime pereiti prie visai kitokios emocinės sveikatos.

4. Su kokiomis problemomis dažniausiai susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką mūsų valstybėje?

Tai pradžiai trūko ministro arba atsakingos institucijos vadovo, tiksliausiai sveikatos apsaugos ministro, kuris suprastų šią problemą. Tai šiai dienai galbūt jau tokį ministrą turime. Antras dalykas yra gerai parengtų specialistų trūkumas, taip pat trūksta finansavimo modelio, kad psichinei sveikatai

eitų atskiri pinigai, o ne vien tik psichiatrijai. Taip pat trūksta visuomenei suvokimo, kad tai yra problema, nes politikams atrodo, kad didelis savižudybių skaičius tai nėra pagrindinė prioritentinė problema. Mūsų atvejis toks, kad karo zonose per metus žūsta mažiau žmonių, nei Lietuvoje dėl savižudybių, bet žmonės gyvenantys rajonuose, regionuose ir gyvenantys ten politikai labai retai tą problemą mato. Jeigu kalbėti rimtai, tai tik penkios savivaldybės Lietuvoje pradės vykdyti savižudybių prevencinę pagalbą. Mes žinome kiek laiko reikėjo ir jas įtikinėti, kad tą dalyką reikėtų vykdyti, tai ką mes galime kalbėti apie likusias savivaldybes, kuriose niekas nevyksta, kad savižudybių skaičiai mažėtų.

5. Kaip vertinate 2014 metais patvirtinta savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 m.?

Mane tame plane labiausiai nustebino tai, kad remiamasi yra senais duomenimis. Pavyzdžiui, kai buvo planuojama kuriose dešimtyje savivaldybių bus investuojama į savižudybių prevencijos programas, tokia savivaldybė, kaip Varėna, kuri praėjusiais metais buvo daugiausiai besižudanti savivaldybė – nepakliuvo net į tų savivaldybių dešimtuką. Buvo imti 2008 – 2012 metų skaičiai, kai priemonės buvo planuojamos 2015 – 2016 metams. Tai pastebėta, kad net statistika, rodikliai rengiant šį planą nėra susižiūrėti, planas buvo rengiamas tik dėl plano, todėl šis veiksmo planas aktyviai buvo kritikuojamas nevyriausybinių organizacijų. Savižudybių prevencijos programa turėtų būti iš esmės kitokia. Ji turėtų būti tarpžinybinė, su naujomis priemonėmis, nes jei su šitomis priemonėmis nepavyko išspręsti šios problemos, tai tuomet yra būtina pergalvoti priemones.

6. Kas trukdo savižudybių prevencijos priemonių visapusiam įgyvendinimui?

Trūksta sutarimo, galbūt net tarppartinio susitarimo arba tiesiog labai sąmoningo ministro buvimas. Jeigu atsiranda Sveikatos apsaugos ministerijoje labai motyvuotas ministras, kuris būtų pasirengęs spręsti tą klausimą, geriausiai, kad ir premjeras būtų labai sąmoningas, tai tokiu atveju galima tai spręsti. Ar šį klausimą galėtų išspręsti vien tik sveikatos sektorius? Tikrai ne. Tai yra visuomenės kultūros, šeimos kultūros klausimai, yra labai daug sietinių dalykų, bet akivaizdu, kad šią problemą galima išspręsti, tik reikia pradėti. Būtina teigti, kad tai yra prioritetas, laiminga visuomenė – laimingi žmonės ir galima po truputi tuo keliu judėti. Svarbu, kad įsitrauktų žiniasklaida, politikai ir bendruomenės, netgi tarpusavio šeimos bendruomenės, kad skatintų būti atsakingesniais, padėtų, gebėtų atpažinti tuos ženklus, nes valstybė turi užtikrinti tam tikras paslaugas ir tuo pačiu turi parodyti žmonėms, kad jiniai yra pasirengusi teikti pagalbą, bet ir pati visuomenė turi prie to prisidėti, kad tai yra svarbu ir, kad jie nori tai spręsti.

7. Kokios savižudybių prevencijos priemonės gali būti veiksmingiausios ir efektyviausios mažinant savižudybių skaičių?

Pirma, nuo ko pradėčiau, tai nuo alkoholio ribojimo. Tai būtų viena iš pradinių priemonių. Kitos priemonės yra tai, ką pradėjo vykdyti savivaldybės, sutelkė esamus valstybės resursus, kad tarpusavyje

bendradarbiautų policijos pareigūnai, šeimos gydytojai, socialiniai darbuotojai, auklėtojai, kurie mato savo vaikus klasėse su tėvais, kad žinotų pas ką nukreipti, atsirastų galimybė net po darbo valandų kokiam psichologui paskambinti ir skirti laiko, nes tos savivaldybės, kurios pradėjo tarpusavyje bendradarbiauti, jos suprato, kad kaip tinklas jos neveikia, kaip institucijos irgi, tačiau kai tas pradeda veikti, pradedi jausti atsakomybę, kad pas tave atėjo tas žmogus ir yra savižudybės rizikos ženklai, tu gali nukreipti kam paskambinti, kad nesi vienas priešais tą žmogų, žinai, kad už tavęs stovi visas valstybės aparatas, kuris pasiruošęs padėti tau kaip specialistui ir ateiti į pagalbą. Kaip socialiniai darbuotojai sako - „mums labai svarbu, kad gavę kažkokį signalą žinome, kad policijos pareigūnai nepsakys, kad lai išsiblaivo tas žmogus, tada gal kitaip kalbės, o supranta, kad būtina skambinti šeimos gydytojui ir tas šeimos gydytojas paskambins tam žmogui arba pasikvies“. Taip galima būti užtikrintam, kad visi savivaldybėje esantys žmonės, bent jau tarnautojai į tai pažiūrės rimtai ir tai nebus kaip tik vieno tarnautojo darbas – padėti. Kita veiksminga priemonė būtų paslaugų prieinamumas: psichologų prieinamumas, emocinės pagalbos linijos prieinamumas, taip pat žiniasklaidos atsakingumas rengiant straipsnius apie įvykusias savižudybes.

8. Kokių savižudybių prevencijos priemonių šiuo metu trūksta?

Šiuo metu trūksta tokios paprastos priemonės kaip pagalba telefonu, nes sudėtinga yra susisiekti. Taip pat psichologų trūksta. Blogai tai, kad nevyksta tarpusavio bendradarbiavimas, nors įstaigos kaip po vieną darniai yra, bet nėra bendradarbiavimo tinklo savivaldos lygmeniu. Trūksta pagalbos artimiesiems po savižudybių, kur juos būtų galima nukreipti, su kuo jie galėtų pabendrauti, savipagalbos grupių trūksta. Čia net pradėjo kalbėti, kad net trūksta vadovėlio, kur galima būtų paskaityti kaip jautėsi žmonės po savo artimųjų savižudybių. Gal net svarbu tai, kaip laiku atpažinti ir laiku sureaguoti – tai yra viena kryptis, antra kryptis yra jau po savižudybių artimiesiems pagalba, trečia kryptis – darbas su vaikais, mokant juos emocinio raštingumo, kad jie užaugtų psichologiškai tvirti ir gebėtų tas emocines situacijas valdyti.

9. Jūsų nuomone į kokias Europos šalis galima būtų lygiuoti savižudybių prevencijos srityje ir ką galima būtų iš jų perimti Lietuvai?

Konkrečiai gal nepsakysiu, bet skandinavai tikriausiai yra pagal psichinę sveikatą, vaikų rengimą teigiamas pavyzdys, o sukurti savo pavyzdį manau nebūtų sunku neimant kitos šalies pavyzdžio. Tiesiog jeigu politikai labai aiškiai pasakytų, kad kiekvienas žmogus neturi likti užnugaryje, kai jis turi problemų, būtų svarbu išsiaiškinti kokios tos yra problemos. Reikėtų galvoti kokios tos problemos yra Lietuvoje. Jeigu tai yra alkoholis, reikėtų mažinti alkoholio prieinamumą, nes savižudybės turi labai skirtingų priežasčių, o metodą kaip dirbti tai irgi galima būtų suplanuoti. Jei yra bažnytinės bendruomenės, tai gal tuomet reikėtų jas stiprinti. Tam tikro recepto iš kitos šalies vargu ar įmanoma paimti, nebent gal galima būtų pasimokyti požiūrio į patį žmogų, į tą asmeninę nelaimę, galbūt išmokti skaičiuoti kiek kainuoja to žmogaus savižudybė valstybės ekonomikai, galbūt per tokią prizmę reikėtų

žiūrėti.

10. Jūsų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui mūsų šalyje?

Aš manau, kad tikrai turėtų atsirasti daugiau psichologų, psichologų įstatymas pagal kurį psichologai galėtų dirbti ir galima būtų jų tą ratą plėsti. Galėtų tie pasiūlymai, kurie buvo nevyriausybininkų surašyti, kaip pagrindinės priemonės būti įgyvendinami. Svarbu, kad savivaldybės bendradarbiautų, aktyvus visuomenės švietimas – tai jau žurnalistų darbas, o toliau mes, kai savivaldybės sutvarkys savo bendradarbiavimo mechanizmus, skirs bent kelis psichologus, turėsime pereiti prie tokių priemonių kaip šeimos gerovės įstatymas, kuris jau yra laukiamas, nes mes turime padėti jau ne toms šeimoms, kurios pakliuvo į krizę, bet galime padėti šeimoms būti laimingoms. Jei pavyzdžiui vaikas auga su raidos sutrikimais, tai yra svarbu tai, kad ir jis galėtų gauti taip pat tinkamos pagalbos. Jeigu vaikai augtų laimingose šeimose, jie išmoktų padėti vienas kitam kažko nesitikint, vienas kitą užjausti, vienas kitu rūpintis. Užaugę vaikai ir toliau stengtųsi taip elgtis, rūpintis savo senstančiais tėvais, kurie nebūtų vieniši užmiršti ir palikti kažkur tai sodybose ir pan. Po kokių 15 metų galima būtų tą visuomenę keisti ir vaikai užaugtų visai jau kitokie, ramesni, čia viskas juk tarpusavyje susiję. Jei būtų koks kryptingas įstatymas, kuris tai spręstų, jau seniai būtų viskas padaryta.

INTERVIU SU „B“ EKSPERTU:

Interviu trukmė: 18 min.

Data: 2016 06 07

1. Kokios priežastys/veiksniai gali įtakoti didelį savižudybių skaičių?

Žinau, kad yra daug įvairių skirtingų priežasčių ir nėra vienos, labai aiškios, kuri tai parodo, nes jei būtų viena ir labai aiški, tai turbūt jau būtume užsiėmę ir jau radę sprendimą. Akivaizdu, kad tai yra kompleksinis ratas priežasčių, kuris lemia mūsų tokią tragišką statistiką.

2. Dėl kokių priežasčių/veiksnių mūsų šalis savižudybių skaičiumi pirmauja Europoje?

Tai yra ekonominiai, socialiniai, istoriniai priežastys. Lietuva tai šalis, kurioje yra gili patyčių kultūra, šalis, kurioje yra suvartojama daugiausiai alkoholio, šalis kur psichologinė pagalba yra sunkiai prieinama.

3. Kokios savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetinės šiuo metu? Kas vykdoma?

Šiuo metu Vilniaus savivaldybės lygmeniu yra tikslas organizuoti skubiąją emocinę psichologinę pagalbą be išankstinės registracijos poliklinikose. Taip pat neseniai, šių metų, vasario mėnesį buvo patvirtintas ir išleistas etikos kodeksas, kuriame buvo nurodymai ir patarimai žurnalistams kaip rašyti apie tokias įvykusias nelaimes, kaip savižudybės. Dar planuojama šių metų liepos mėnesį atverti Vilniaus krizių įveikimo centro duris Antakalnyje, šiuo metų patalpos įrengiamos, vyksta procesas, taip pat priimti 25 savanoriai, kurie teiks pagalbą žmonėms, atsidūrusiems krizinėje situacijoje. Taip pat planuojama išleisti vadovėlį – Knygą, kur būtų patalpinti nusizudžiusiųjų artimųjų išgyvenimai, nes bet kokiam žmogui netekusiam savo artimojo, svarbu rasti paguodos ir nesijausti vienišam tokioje situacijoje.

4. Su kokiomis problemomis dažniausiai susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką mūsų valstybėje?

Dažniausiai kalbama, kad reikia visuomenę šviesti, mažiau gerti, vietoje to, kad yra būtina imtis aktyvių priemonių, padėti žmonėms jau papuolusiems į nelaimę. Tokiu būdu institucijos stabdo progresą šitoje srityje permesdamos atsakomybę ant kitų institucijų, pačios nesiimdamos atitinkamos veiklos.

5. Kaip vertinate 2014 metais patvirtinta savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 m.?

Nelabai mačiau, kad tos visos priemonės veiksmų plane būtų įgyvendintos, todėl man sunku jį vertinti, kaip tokį veiksmų planą. Veiksmų planų ir strategijų yra labai daug, bet dažniausiai tokiems planams, strategijoms nėra skiriamas tinkamai apgalvotas finansavimas, todėl ir pats planas ar strategija lieka neįgyvendinti.

6. Kas trukdo savižudybių prevencijos priemonių visapusiškai įgyvendinimui?

Nėra supratimo ir sutarimo, kad tai yra svarbi problema, jog tai yra valstybės prioritetas – užtikrinti. Žmonės norėtų gyventi, norėtų gyventi čia ir pasirūpinti tais kas pateko į bėdą. Nėra valstybės sutarimo, kad tai yra svarbiau už mokesčių politiką. Kadangi nėra tokio supratimo ir sutarimo, visi atitinkami planai todėl ir stringa.

7. Kokios savižudybių prevencijos priemonės gali būti veiksmingiausios ir efektyviausios mažinant savižudybių skaičių?

Svarbu yra tinkamos ir prieinamos pagalbos užtikrinimas. Aišku ši priemonė nebus iki galo veiksminga, jeigu neturėsime užtikrintos prieinamos psichologų ir psichiatrų pagalbos sveikatos įstaigose. Taip pat yra svarbus sveikatos įstaigų bendradarbiavimas, kad žmogus nebūtų paliktas likimo valiai po paguldymo į ligoninę. Be abejo svarbios yra ir savitarpio pagalbos grupės, šiuo metu jų nėra pakankamai daug, bet reikia tikėtis, kad artimiausiu metu jų gretos padidės ir mes galėsime aktyviau teikti pagalbą nusižudžiusiųjų artimiesiems.

8. Kokių savižudybių prevencijos priemonių šiuo metu trūksta?

Kaip jau ir minėjau trūksta visuomenės švietimo, trūksta kompetentingų psichologų, kurie gebėtų atpažinti savižudybės riziką, netgi trūksta vadovėlio, kad žmogus galėtų perskaityti kaip jautėsi kiti žmonės po savo artimųjų savižudybių ir galėtų nesijausti vienišas. Taip pat trūksta mokomosios medžiagos kaip galima būtų atpažinti savižudybės riziką. Labiausiai trūksta bendradarbiavimo tarp įvairių institucijų, nes šią problemą sudėtinga spręsti tik savivaldybėms, turi vykti sistemingas bendradarbiavimas. Trūksta tyrimų, efektyvumo vertinimo tyrimų, Vilniaus universiteto tyrimų, kad įvertinę situaciją, mes galėtume tobulėti ir siekti geresnių rezultatų psichikos sveikatos srityje.

9. Jūsų nuomone į kokias Europos šalis galima būtų lygiuoti savižudybių prevencijos srityje ir ką galima būtų iš jų perimti Lietuvai?

Žinau tai, kad Lietuva taip tragiškai atrodo tarptautinėje statistikoje, kad bet kokią kitą šalį paėmus, matysime, kad situacija yra daug geresnė. Tam gali būti daug kompleksinių priežasčių, vienos tokios paprastos neįvardinčiau, bet vėlgi remčiausi PSO rekomendacijomis, kurios aiškiai teigia mažinti priemonių skatinančių savižudybes, prieinamumą, mokyti atpažinti tuos savižudybių rizikos veiksnius ir mokyti kaip kitaip žmonėms padėti.

10. Jūsų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui mūsų šalyje?

Manau nereikia išradinėti dviračio, o būtina skaityti Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas, kuri ir siūlo rengti savižudybių prevencijos mokymus „vartininkams“, kad jie galėtų atpažinti rizikos veiksnius, padėti žmonėms, kuriems reikia pagalbos. Taip pat problema tame, kad per 26 metus nebuvo priimtas joks įstatymas, kuris reglamentuotų psichologo veiklą, todėl politikams būtina atkreipti į tai dėmesį ir pagaliau priimti tokį įstatymą, kad psichologai galėtų aktyviai dirbti ir teikti pagalbą ne tik ketinantiems žudytis, bet ir jau mėginusiems žudytis asmenims, bei jų artimiesiems.

INTERVIU SU „C“ EKSPERTU:

Interviu trukmė: 28 min.

Data: 2016 06 16

1. Kokios priežastys/veiksniai gali įtakoti didelį savižudybių skaičių?

Savižudybių paplitimas Lietuvoje yra didelis, tris kartus didesnis nei Europos Sąjungos vidurkis. Žinoma yra šalių, kurios taip pat pasižymi dideliu savižudybių skaičiumi. Tradiciškai tai Vengrija, Pietų Korėja, taip pat kai kurios Rusijos sritys. Kai kada statistikoje matėme Latvijos skaičius, kurie buvo didesni, taip pat Moldovos savižudybių rodiklis yra ne mažas. Tai visa tai gali būti susiję pirmiausiai su psichologiniais veiksniais ir psichiatrijos moksle mes vadiname tai psichologinio atsparumo trūkumu. Kas sukelia psichologinio atsparumo trūkumą? Tai psichologinio atsparumo trūkumą pirmiausia sukelia socialiniai pokyčiai. Lietuvoje kaip ir kitose posovietinėse šalyse įvyko labai greiti ekonominiai, politiniai ir socialiniai pokyčiai, kurie sąlygojo labai didelį žmonių nesaugumo jausmą. Tai žmonės, kurie prieš 25-ius metus, prieš 30 metų turėjo pakeisti viską savo gyvenime buvo priklausomi nuo valstybės, jie buvo priklausomi nuo komunistų partijos, komunistų partija jiems surasdavo būtą kur gyventi, surasdavo darbą, nes žmonės baigę aukštąsias mokyklas gaudavo paskyrimus į gamyklas, ligonines, viskas buvo centralizuota ir viskas buvo aišku. Prieš 30 metų sugriuvusi ši totalitarinė sistema padarė taip, kad iš tiesu tam tikras vakuumas atsirado, žmonės turėjo rūpintis patys savimi, bet žmonės nebuvo pratę rūpintis patys savimi, tai buvo didelis stresas jiems, didelis išbandymas, kartu prasidėjo tokie ekonominiai dalykai, kaip turto perskirstymas. Privatizacija palietė ne tik Lietuvą, vyko panašūs procesai ir Vakarų Europoje, kitur pasaulyje, kur po privatizacijos atsirado grupuotės visuomenėje, kurios užsiėmė reketu, kurios vykdė smurtinius veiksmus prieš kitus žmones ir dėl to padidėjo nusikaltimų banga. Taip pat iš dalies savižudybių statistika buvo netiksli, kadangi policijos darbas ne visai buvo tikslus, dalis žmogžudysčių atvejų, aišku ta dalis nėra labai didelė, galima skaičiuoti apie 5-10%, ne daugiau, patekdavo į savižudybių statistiką. Dabar mes jau apie maždaug 15 metų turime statistiką ir galima teigti, kad greičiausiai taip nėra, nes buvome klausę keletą kartų policijos ir vidaus reikalų ministerijos, tai policijos darbas nėra susietas su tuo, kad jeigu jie neištiria žmogžudystės, tai negauna pinigų. Galima teigti, kad jei policija neištiria bylą, susijusių su smurtinėm mirtim, tai aišku, kad tai nėra jų geras darbo rodiklis ir jei nesąžiningai tai daro tyrėjai, kartais gali nurašyti savižudybę, bet tai yra vienetiniai atvejai. Mūsų teismo medicinos ekspertai, kurie tvirtina žmonių mirusių ūmiai ar kitom neaiškiom aplinkybėm, jie rečiau nustato savižudybes. Netgi jeigu tai akivaizdūs savižudybės požymiai, jie dar kartą informaciją patikrina. Tad nėra taip, kad savižudybės tai yra kartu ir žmogžudystės, tačiau anksčiau buvo tokie duomenų iškraipymai ypač 1990 metų pradžioje, nes labai didėjo tuomet ir smurtinių nužudymų skaičius ir savižudybių skaičius. Kalbant apie savižudybių priežastys, ekonominės situacijos yra

svarbios, tačiau nemažiau svarbus yra klimatas žmogaus šeimoje, žmogaus psichologinis individualus atsparumas ir iš dalies psichikos ligų nebuvimas, nes depresija yra susijusi su savižudybės didesne rizika ir tarp visų psichikos sutrikimų labiausiai savižudybės rizika pasižymi žmonės sergantys bipoliniu sutrikimu. Jeigu jiems po pakilumo, po tos vadinamos manijos, hipomanijos fazės būna depresija, tai dažniausiai jų įvykdytos savižudybės baigiasi letaliai. Tokie pacientai su bipoliniais sutrikimais turi gauti teisingą gydymą, teisingą informaciją, pagalbą esant krizinėms situacijoms, tada galima suvaldyti jų savižudybės riziką. Taip pat yra dalis žmonių, kurie savižudybės vykdo dėl girtavimo, maždaug 70% visų nusižudžiusiųjų būna neblaivumo būsenoje. Ypač dabar matome, kad alkoholio suvartojimas labai didėja. Kuo daugiau žmonės suvartoja alkoholio, tuo savižudybių skaičius didėja. Žmonės, kurie susiduria su pajamų, draugų, darbu praradimu, alkoholis gali paskatinti savižudybei, tas yra įrodyta. Alkoholis yra depresogeninė medžiaga, jis sukelia depresiją, tai dėl to labai svarbu, kad į tas priežastis būtų atsižvelgiama ir valstybės politikoje.

2. Dėl kokių priežasčių/veiksnių mūsų šalis savižudybių skaičiumi pirmauja Europoje?

Labai svarbu kaip sveikatos apsaugos sistemoje ir kaip socialinės pagalbos sistemoje žmonės gauna psichologinę pagalbą. Mes iki šiol pirmaujame, nes ta problema nebuvo rimtai sprendžiama ir nebuvo niekada įgyvendinami veiksnių algoritmai, bendros kažkokios programos žmonių, kurie žalojasi ir žmonių, kurie turi minčių apie pasitraukimą iš gyvenimo. Tai yra dvi tokios ganėtinai skirtingos grupės visuomenėje ir su jomis sveikatos priežiūros specialistai arba socialinės pagalbos darbuotojai nelabai moka teisingai elgtis.

3. Kokios savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetinės šiuo metu? Kas vykdoma?

Šiuo metu sveikatos apsaugos ministerijoje rengiama darbo grupė, kuri ir turi nustatyti tas savižudybių prevencijos kryptis. Savižudybių prevencijos kryptys yra trys. Tai yra darbas su visuomene, žiniasklaida ir nuostatų keitimas. Taip pat į šį dalyką įeina ir alkoholio vartojimo mažinimas, toliau yra pagalbos sistemos sukūrimas ir psichologinės pagalbos, taip pat ir pagalbos ligoninėse arba greitosios medicinos pagalbos darbuotojų apmokymas kaip teisingai teikti tokią greitąją pagalbą, esant savižudybinėms mintims arba mėginimams ir kaip toliau užtikrinti tąsą, kad žmogus nedingtų iš horizonto. Dažniausiai žmonės nenori tos tąsos, jie sako „aš nenoriu psichiatro konsultacijos“, „aš nenoriu vaikščioti pas psichologą“, „man nereikia jokios pagalbos, pats susitvarkysiu“, bet čia labai svarbu, kad į tai nebūtų reaguojama pažodžiui. To žmogaus atsisakymas nereiškia, kad jisai visą laiką atsisakys ir galbūt bus momentas kada jam vėl prireiks tos pagalbos ir tą pagalbą iš tikrųjų reikia suteikti laiku. Trečia kryptis tai yra moksliniai tyrimai, nes mokslinių tyrimų mes turime tikrai gal du tokius centrus. Tai VU mokslininkų ir LSMU mokslininkų atlikti savižudybių tyrimai. Labai svarbu būtų žinoti ne tik koks yra paplitimas savižudybių, bet būtent priežastis, būtent į ką būtų nukreiptos efektyvios intervencijos. Yra įvairių būdų efektyvioms intervencijoms. Vienas iš efektyvių būdų kaip jus žinote yra pavyzdžiui vaistų išdavimo ribojimas. Ta prasme, kad vaistininkai, pavyzdžiui žino, kad kai

žmogus perka didelį kiekį paracetamolio, jie negali parduoti paracetamolio dėl to, kad gali įtarti jog šis žmogus su savižudybinėmis mintimis, ypač jei jie dar daugiau pakalbėtų su juo, paklausintų jį ir pagal tam tikrą algoritmą tą riziką įvertintų, tai jau būtų irgi labai svarbus žingsnis.

4. Su kokiomis problemomis dažniausiai susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką mūsų valstybėje?

Pirmiausia – tai politinės valios trūkumas. Per visą Lietuvos nepriklausomybės istoriją vienintelis kol kas rimtai politiškai žiūrėjęs į šią problemą – tai yra dabartinis sveikatos apsaugos ministras Juras Požėla. Visi kiti buvę politikai iš kitų institucijų tik tai palinguodavo galva, kai mes teikdavom pasiūlymus kaip mokslininkai, aš kaip psichiatras, kuriam teko dalyvauti irgi ruošiamame savižudybių prevencijos plano kūrime. Tai visi sakydavo „gerai, mes vykdysime“, bet finansavimo niekada neskirdavo. Tokie buvo trys bandymai tą daryti. Tai tik dabar susiklostė tokios palankios aplinkybės. Čia net ne nuo politinės partijos priklauso, čia priklauso nuo žmogaus. Jei tas žmogus jaunas, jis supranta, kad tai yra labai svarbi sveikatos problema, o tai yra sveikatos problema, nes daugelis politikų sako „prie ko čia sveikata?“, čia sako „socialinė problema“, arba pavyzdžiui sako „nu tai gydykite psichikos ligonius“. Tai mes juos gydome, vaistai yra kompensuojami, bet tai ko tada trūksta sistemoje, kad savižudybių skaičius nemažėja?!

5. Kaip vertinate 2014 metais patvirtinta savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 m.?

Man dabar yra sunku komentuoti, nes aš dabar dirbu ministerijoje ir pagal tam tikrą etiką negalėčiau išsamiai komentuoti. Iš principo tai buvo bandymas irgi parodyti politiniu lygmeniu, kad tai yra svarbi problema ir manau, kad pradžia gal buvo ir gera padaryta, bet tai, kad jisai nebuvo patvirtintas iki galo ir jis neįgavo savo tokio pavidalo, vis dėlto pati įgyvendinimo pradžia užstrigo, tai planas kalba pats už save iš tikrųjų.

6. Kas trukdo savižudybių prevencijos priemonių visapusišiam įgyvendinimui?

Pirmiausia tai, kad yra skirtingi administravimo lygmenys. Ministerija gali duoti tiesioginius nurodymus tiktai sau pavaldžioms įstaigoms. Ten kur ministerija yra steigėja, pavyzdžiui tam tikroms ligoninėms. Steigėja yra ministerija Santariškių ligoninės. Taip pat steigėja yra Vilniaus Respublikinės universitetinės ligoninės Lazdynuose, taip pat Kauno klinikų. Yra keletas Respublikinių pavaldumo įstaigų, kur ministerija yra steigėjas ir tiesiogiai gali nurodyti. Visom kitom ligoninėm ar įstaigom vadovauja savivaldybės. Čia savivaldybių gydytojai, tokie kaip savivaldybių vyr. gydytojai ir turi nustatyti tuos tokius politinius žingsnius. Ministerija ir turi ribotas galimybes tiesioginiam valdymui. Aišku mes galime tvirtinti tam tikrus teisės aktus, tam tikras strategijas, programas, veiksmų planus, kuriuos turėtų savivaldybės įgyvendinti ir atsižvelgti.

7. Kokios savižudybių prevencijos priemonės gali būti veiksmingiausios ir efektyviausios mažinant savižudybių skaičių?

Efektyviausios savižudybių prevencijos priemonės yra gerai prieinama psichologinė pagalba krizės metu, taip pat savipagalba. Tai reiškia žmonės, kurie įvykdė savižudybinį mėginimą arba turi kartais epizodiškai pasireiškiančio savęs žalojimo elgesio tendencijas, tai jie gali kitiems žmonėms labai efektyviai padėti, nes jų patirtis yra tokia, kaip pavyzdžiui ir kitose sveikatos srityse žmonių sergančių vėžių savipagalbos grupės, anoniminių alkoholikų pagalbos grupės. Savipagalbos grupės mechanizmas yra vienas iš efektyviausių ir veiksmingiausių priemonių. Taip pat aišku yra labai efektyvus depresijos atpažinimas pirminiame lygmenyje. Tik vienas iš dešimties žmonių sergančių depresija gauna tinkamą pagalbą, kuri jam padeda. Tai devyni iš dešimties arba išvis nieko negauna, arba jie gauna netinkamą pagalbą. Kaip netinkamos pagalbos pavyzdys yra tai, kad šeimos gydytojas, pamatęs tokį žmogų, įtardamas, kad jam yra nemiga, kad jam yra kiti depresijos požymiai skiria raminamųjų – migdomųjų, kad geriau miegotų. O raminamieji – migdomieji depresijos negydo, jie yra skirti tik tai trumpalaikiam naudojimui ir atvirkščiai dabar bendrosios praktikos gydytojai sukuria didelę problemą, nes padaro žmones priklausomais nuo raminamųjų. Antidepresantų jie gali išrašyti ir kai kurie BPG-istai išrašo antidepresantus, bet yra svarbu ne tik antidepresantai, bet pats derinys psichoterapijos ir antidepresantų. Šis efektyvus metodas yra mažai kur taikomas. Psichikos sveikatos centrai, kurių yra 108, yra labai įvairūs ir skirtingi. Tai tie didieji psichikos sveikatos centrai Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje, Šiauliuose jie tikrai tą daro ir labai profesionaliai, bet problema gali būti su mažesniais psichikos sveikatos centrais, nes ten neužtenka psichologų, gali būti, kad kvalifikacija kai kurių specialistų yra žema arba jie gali gydyti tik vaistais, o depresijos diagnostikoje svarbu, kad būtų įvertinamas ir depresijos sunkumo laipsnis. Jeigu depresija yra lengvo laipsnio, tai vaistų nereikia, pakanka tik psichoterapijos. Aišku sunkiai depresijai gydyti reikia jau ir vaistų, psichoterapijos ir psichosocialinės pagalbos. Gali būti, kad tokį pacientą reikia nukreipti jau ir į ligoninę, nes jam gali būti savižudybės rizika didesnė, jeigu per keletą savaičių jo būklė nesikeičia. Tai čia tie tokie efektyvūs pagalbos būdai.

8. Kokių savižudybių prevencijos priemonių šiuo metu trūksta?

Labai trūksta artimųjų grupių. Šiuo metu Vilniuje susikūrė pirmoji žmonių grupė, kurie liko po savižudybės, po artimo žmogaus savižudybės psichologinės pagalbos grupė. Tai įsivaizduokite, per 25-erius metus tokių grupių nebuvo, nes buvo didžiulė stigma, didžiulė baimė ir nenoras kažkam pasakyti, jog taip atsitiko. Dažniausiai šeimos meluoja kitiems žmonėms. Kartais tokios šeimos prisidengia medikais, sako, kad „jam širdis sustojo“ arba sako „nu jis naktį nebeatsikėlė“, nes tai jiems yra didžiulė gėda, bet tai yra suprantama. Visose šalyse taip yra. Portugalijoje, kur savižudybių statistika maža, manoma, kad vis dėlto yra daugiau, nes realiai tenai irgi ta statistika iškreipia tokie šeimų prašymai gydytojų nerašyti tam tikrų mirties priežasčių. Mano manymu labai svarbu, kad mes sveikatos sistemoje turėtume tikrą statistiką. Galima šeimai išrašyti mirties liudijimą ir pasakyti, kad žmogus mirė nuo širdies sustojimo, bet valstybėje statistika turi būti teisinga. Mes turime žinoti kas

darosi sveikatos sistemoje.

9. Jūsų nuomone į kokias Europos šalis galima būtų lygiuoti savižudybių prevencijos srityje ir ką galima būtų iš jų perimti Lietuvai?

Aš manau, kad pirmiausia mes galime lygiuoti į Skandinavijos šalis ir tarkim Švedijoje, Norvegijoje tos savižudybių prevencijos programos, kurios buvo vykdomos apie 30 metų tai jos labai iš tikrųjų pasiteisino. Danijoje savižudybių skaičius tarp moterų buvo tris kartus didesnis, negu dabar, nes tam irgi įtakoją toks psichologinis ir kultūrinis aspektas, jie labai daug investavo į vaikų psichologinio atsparumo programas. Specifiškai mums irgi to trūksta, nes dabar kas vyksta šiuo metu mokyklose su patyčių prevencijos programa, tai yra gerai, bet tai yra tik pirmas žingsnis. Tai užkerta kelią patyčioms, bet žmogaus psichologiškai jauno tai gali nesustiprinti, o būtent yra skirtos tam tikros priemonės, kurios padeda pasitikėti savimi, juos sustiprina ir tada yra žymiai mažesnis savęs žalojimo elgesys. Paauglystėje susidūrus su tam tikrais psichologiniais sunkumais jaunimui būtų lengviau viską įveikti, vykdant vaikų psichologinio atsparumo programą. Dar vienas svarbus yra dalykas tas, kad tai nėra vien sveikatos apsaugos ministerijos uždavinys tą daryti. Tai yra kelių ministerijų uždavinys ir ypač labai svarbų, kad būtų nevyriausybinės organizacijos įtrauktos.

10. Jūsų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui mūsų šalyje?

Prevencija jau yra tarsi truputi pavėluota, nes jau dalis žmonių patenka į tą rizikos grupę. Mes turėtume mažinti tuos veiksnius, kurie sukelia žmogaus polinkį į savižudybę. Tai manau labai svarbu yra dirbti būtent su vaikais ir su jaunais žmonėmis, nes iki kažkur jau 20-ies ar 25-erių metų susiformuoja asmenybė ir tada jau vėliau darbas su jais nėra jau toks produktyvus. Dirbant su mokyklinio amžiaus ar net ikimokyklinio amžiaus vaikais, stiprinant jų atsparumą, gebėjimus yra pats efektyviausias darbo būdas. Tik tai turime suprasti, kad rezultatus mes matysime po 15-os ar po 20 metų. Būtent dėl to nei vienas politikas nesupranta kodėl jam reikia čia ir dabar investuoti pinigų į šitą vat segmentą. Tai palinkėjimas būtų politikams, kad jie suprastų kokie tie efektyvūs būdai yra ir, kad jie yra labai veiksmingi.

INTERVIU SU „D“ EKSPERTU:

Interviu trukmė: 21 min.

Data: 2016 06 20

1. Kokios priežastys/veiksniai gali įtakoti didelį savižudybių skaičių?

Nėra vieno pagrindinio veiksnio ar priežasties, nes tada būtų labai lengva spręsti šią problemą. Mokslas nustatė, kad nemaža dalis, kurie nusižudė, turėjo vienokį ar kitokį psichikos sveikatos sutrikimą. Yra didesnė rizika nusižudyti, jeigu esi netekęs savo artimojo, jeigu esi išgyvenęs vieną ar kitą labai didelį stresinį įvykį, tai tokį kaip pavyzdžiui darbo netekimas. Riziką didina alkoholio vartojimas, taip pat riziką didina jeigu asmuo priklauso seksualinėms mažumoms, taip pat jei turi lengvą priėjimą prie ginklų ar prie kitų savižudybes skatinančių priemonių.

2. Dėl kokių priežasčių/veiksnių mūsų šalis savižudybių skaičiumi pirmauja Europoje?

Mes nesame sukūrę kompleksinės pagalbos ketinusiame, bandžiusiam žudyti ar asmenims patyrusiems savo artimo savižudybę. Čia turbūt tie pagrindiniai veiksniai ir yra.

3. Kokios savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetinės šiuo metu? Kas vykdoma?

Mes esame išskyrę tris pagrindines grupes. Mūsų tikslinės grupės yra ketinantis žudyti, mėginusieji ar bandžiusieji žudyti ir asmenys patyrę artimojo savižudybę. Nėra vienos krypties, kuri būtų prioritetinė, nes tiesiog norima sukurti sistemą, kuri jau užtikrintų kompleksinę savalaikę pagalbą visoms tikslinėms grupėms. Jau pradėta veikla, su kuria mes susieti labai specifiškai ir niekas kitas Lietuvoje neužsiima, tik mes. Tai mes užsiimame žiniasklaidos monitoringu. Tai yra jeigu skaitome delfi ir pamatome, kad ten ar kitame portale yra informacija, straipsnis apie savižudybes ir jei matome, kad jisai yra neteisingai parašytas, tai mes reaguojame ir tą galimybę mums suteikia naujoji visuomenės informavimo etikos kodekso redakcija. Ši redakcija buvo priimta šių metų vasarį, ji yra labai griežta, rimta. Mes jau imamės veiksmų ir didžioji dalis nacionalinių portalų pozityviai reaguoja ir pataiso dažniausiai tai, ką mes paprašome. Tai dabar mes planuojame jau netrukus monitoruoti ne tik nacionaliniu lygmeniu, bet ir regioninius laikraščius, kur redakcijos talpina savo informaciją internete, kad jie galėtų taip pat redaguoti ir taisyti atitinkamus straipsnius. Tai čia yra viena kryptis, kurioje mes dirbame. Jei kalbėti apie ankstyvąjį identifikavimą, tai nebūna kažkokia tai viena priežastis dėl kurios žmogus paimtu ir nusižudytu, dažniausiai tai yra kompleksas. Labai svarbu, kad mes pamatytume tą žmogų, kuriam yra blogai, kad jam padėtume ir tam reikia turėti labai daug žmonių. Tai mūsų tikslas yra, kad mes apmokytume kuo daugiau „vartininkų“. Pradedant policininkais, gaisrininkais, pereinant prie gydytojų, mokytojų, universitetų grupių seniūnių. Visi jie turi gebėti įvertinti savo šalia esančių žmonių riziką ir žinoti kur būtų galima juos nukreipti. Tai šiuo metu tai yra planuojama. Tada jeigu kalbėti toliau paruošti „vartininkai“ turi veikti tam tikroje veikiančioje sistemoje. Mes bandome sukurti algoritmus skirtingose savivaldybėse, dabar

įgyvendiname vieną sukurtą algoritmą Kupiškio rajone. Taip pat mūsų biuras lyderiauja kurdamas savižudybių atvejo vadybos algoritmą Vilniaus mieste ir tikimės, kad per keletą metų tokie algoritmai bus sukurti visose Lietuvos savivaldybėse. Tam, kad savivaldybės galėtų aktyviai valdyti savižudybes, jos turi turėti krizių ar savižudybių valdymo grupę su savo lyderiu, nes jos apmoko ir tada jos gali teikti pagalbą. Taip pat mes norime, kad sveikatos priežiūros specialistai mokėtų proaktyviai pasiūlyti pagalbą, mokėtų identifikuoti žmogų su problema ir pasakyti „žmogau, mes matome, kad tau yra blogai, tu netekai artimojo, mes norėtume tau padėti“. Jeigu kalbėti apie tuos bandžiusius žudytis, mes išvis norime sukurti sistemą ir dabar bandomė kurti Vilniuje ir kitose savivaldybėse. Visų pirmą, kai žmogus papuola pavyzdžiui susipjaustęs venas, iškart turėtų veikti toks paprastas algoritmas. Tokį žmogų turi informuoti gydantis gydytojas, kad pas jį tuoj ateis psichologas ar psichiatras ir jam atliks psichosocialinį įvertinimą, kur ne tik paklaus kokia jo emocinė būklė, bet ir paklaus kodėl jis taip pasielgė, įvertins jo savižudybės riziką. Tuomet įvertinus savižudybės riziką, galima numatyti tolimesnį gydymą ar kokią kitą pagalbą. Tai čia yra antras prioritetas. Paskui labai svarbu, kad bendruomenėje psichikos sveikatos centrai, šeimos gydytojai vėl gi žmogui pastoviai siūlytų savo pagalbą. Taip pat mes norime, kad policininkas atvažiuavęs į įvykio vietą, būtų visada pasiruošęs pakalbėti su tokiu žmogumi, nes jisai išgyvena tokią didelę netektį. Bent jau minimaliai padėdamas, duotų lankstinuką, pasakytų, kad „pagalba yra šalia tavęs“, taip pat, kad perduotų apie tą žmogų informaciją. Galvojome kelis modelius: arba, kad per tam tikrą laiką tas žmogus paskambintų šeimos gydytojui, arba, kad paskambintų į nusižudžiusiųjų organizaciją „Artimiems“.

4. Su kokiomis problemomis dažniausiai susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką mūsų valstybėje?

Nėra parengtos nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos. Tuomet kartu siejasi ir atsakomybių nepasidalinimas arba neteisingas pasidalinimas, nežinojimas, neturėjimas labai aiškių funkcijų, veiksmų, nepakankamas biudžetas.

5. Kaip vertinate 2014 metais patvirtinta savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 m.?

Aš vertinu jį prastai, nes jis nėra visai įgyvendintas ir tie uždaviniai jame yra per daug stambūs, netikslūs. Dalis pačių veiklų yra jame tikrai parengtos ir ištrauktos iš sveikatos netolygumų mažinimo plano, tai buvo rengiamas planas tik dėl plano. Mes pagal šitą planą nedirbame, nes tiesiog būtų sunku pagal jį dirbti. Ten kas yra surašyta nėra visiškai nesąmonė, bet mums jis yra tuščias, netikslus, nekonkretus ir mes turime užsirašę savo planą, pagal kurį orientuojamės.

6. Kas trukdo savižudybių prevencijos priemonių visapusiam įgyvendinimui?

Galbūt neskatina strateginio dokumento nebuvimas, iš centrinės valdžios nėra pakankamai politinės valios ir paramos. Mes turime labai gražų pavyzdį Vilniaus mieste, kai esant tam tikrom susiklosčiusiom palankiom aplinkybėm buvo priimti tam tikri sprendimai, kad šiemet Vilniaus miesto

taryba skyrė 300 000 eurų ir už šiuos pinigus yra daroma daug puikių veiklų skirtų savižudybių prevencijai. Tad jeigu nacionaliniame lygmenyje nėra bendro sutarimo, jeigu tai nėra prioritetas tai savižudybių prevencijos priemonės negali būti įgyvendinamos.

7. Kokios savižudybių prevencijos priemonės gali būti veiksmingiausios ir efektyviausios mažinant savižudybių skaičių?

Visas priemones, kurias buvau anksčiau įvardijęs ir yra veiksmingos. Jeigu kalbėti apie ketinusių žudyti tai tuos ketinimus reikia identifikuoti, vienas būdas yra per tuos minėtus „vartininkus“. Man atrodo svarbu mokėti teikti ne tik pirmąją medicinos pagalbą, bet ir mokėti suteikti žmogui psichologinę pagalbą. Tai į tai įeina „vartininkai“, šeimos gydytojai, kurie turi identifikuoti žmogų serganti depresija, užtikrinti pagalbą žmogui po mėginimų žudyti ir pan. Taip pat svarbu teikti paslaugas nusizudžiusiųjų artimiesiems, visą tai yra privalomi dalykai.

8. Kokių savižudybių prevencijos priemonių šiuo metu trūksta?

Mes neturime sukurtų kompleksinių priemonių ir mums reikia ir proaktyvios pagalbos ir reaktyvios pagalbos programų. Reaktyvu, kai yra tradicinė sistema – tau suskauda dantį, tu nueini pas odontologą, jis tau pagydo dantį ir tau nebeskauda. Visi žino, kad įprastai pas gydytoją ateina pats pacientas, jam reikia ir jis ateina. Psichikos sveikatoje, ypatingai savižudybių prevencijoje yra labai svarbu sukurti atvirkštinę sistemą, net jeigu žmogus nenori tos pagalbos, pagalba turi būti pasiūlyta. Dažnai žmogus nemano, kad turi problemų, čia yra tokia bėda. Tai dėl to proaktyvios pagalbos nebuvimas užkerta kelią iš tikrųjų veiksmingai spręsti tą problemą.

9. Jūsų nuomone į kokias Europos šalis galima būtų lygiuotis savižudybių prevencijos srityje ir ką galima būtų iš jų perimti Lietuvai?

Jungtinė Karalystė, Vokietija, dabar ir Vengrijai šiuo metu neblogai sekasi. Šiose šalyse yra taip, kad ten nemažas kiekis žmonių geba identifikuoti savižudybės riziką ir moka nukreipti pagalbai gauti. Pagalbos tiekėjai ten kuo greičiau tokį žmogų pasiima ir jam padeda.

10. Jūsų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui mūsų šalyje?

Jeigu mes kursime tokią sistemą kaip ir kitos minėtos šalys, kurios jau tokią sistemą turi, tai ir daugiau nieko nereikės, čia ne raketų mokslas, reikia tiesiog judėti tame linkme ir nesitikėti greitų rezultatų, viskas ateina palaipsniui, rezultatai matomi po tam tikro laiko tarpo.

INTERVIU SU „E“ EKSPERTU:

Interviu trukmė: 21 min.

Data: 2016 06 27

1. Kokios priežastys/veiksniai gali įtakoti didelį savižudybių skaičių?

Jeigu kalbant apie savižudybių statistiką Lietuvoje, prieš antrą pasaulinį karą savižudybių buvo mažiau negu 10/100 000 gyventojų, o dabar mes turime kiek daugiau nei 30/100 000 gyventojų. Nuo pat 1950-ųjų metų, kai jau pradėjo fiksuoti savižudybes, tie duomenys yra patikimi, tai savižudybių rodiklis nuolat augo iki pat perversmo laikų, jis taip pat augo Latvijoje, Estijoje lygiai tokiais pačiais tempais, reiškia mes galvoti, kad ta santvarka, kuri tuo metu buvo prisidėjo prie savižudybių skaičiaus augimo. Antras dalykas, kad visuomenės tokie tarpusavio ryšiai būtent per tą laiką labai susilpnėjo ir tada susidūrus su didelėmis permainomis kaip pavyzdžiui nepriklausomybės paskelbimu ta situacija dar labiau suprastėjo. Čia galima palyginti kaip pavyzdžiui žmogus sėdi kalėjime, jį išleidžia į laisvę ir kaip ir turėtų būti gerai, bet jam nėra gerai, nes jisai neturi socialinių įgūdžių ir gali dėl to kilti labai daug problemų. Kažkas panašaus vyko ir su mūsų visuomene. Kodėl paskutiniu metu savižudybių skaičius augo? Kame reikalas? Arba kodėl taip skiriasi statistika Latvijos, Estijos ir Lietuvos? Alkoholio vartojimas čia irgi prisidėjo ir jis taip pat kenkia, bet pavyzdžiui stojus į Europos Sąjungą sumažėjo akcizas alkoholiniam gėrimams ir alkoholinių psichozijų skaičius ženkliai išaugo. Tai tas išaugimas kelis metus tęsėsi. Tuo pat metu žiūrint į savižudybių skaičių, įstojimas į Europos Sąjungą turėjo labai teigiamą poveikį, savižudybių skaičius ženkliai sumažėjo. Tai dabar mes sakome, kad alkoholio vartojimas yra vienintelis pagrindinis veiksnys, tai kaip tai susiveda? Kodėl sprendimai, kurie turi neigiamą įtaką alkoholio vartojimo pasekmėms yra, o savižudybių situacija krypta į priešingą pusę? Yra didelę klaidą suvesti savižudybes vien tik į vieną priežastį, tuo, kad savižudybė tiek individualiam lygmenyje, tiek visuomenės lygmenyje nėra viena rizikos faktoriaus pasekmė. Savižudybė yra daugelio rizikos faktorių derinys. Todėl galima išskirti tokias priežastis, kaip alkoholis, visuomenės sutelktumo trūkumas, neigiamos nuostatos, žiniasklaida, konkrečios ir kompleksinės pagalbos trūkumas, čia yra daug įvairių aspektų.

2. Dėl kokių priežasčių/veiksnių mūsų šalis savižudybių skaičiumi pirmauja Europoje?

Tai tos priežastys, kurias minėjau ir plius, kad mes buvome panašioje situacijoje su Latvija ir Estija. Vienas dalykas, kad Estijoje bendros reformos buvo spartesnės ir sėkmingesnės ir jų rezultatas yra geresnis, o antras dalykas, kad mums nepasisekė, nes mes prisiėmėme tokia etiketę, kad esame savižudžių tauta ir tada tai savaimė veikia žmonių nuostatas. Tokios nuostatos prideda bejėgiškumo, kad čia nieko nepadarysi tiek prevencijos prasme, tiek patiems žmonėms, kad mes tokie jau esame ir taip jau yra.

3. Kokios savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetingos šiuo metu? Kas vykdoma?

Lietuvoje nėra iki šiol apsispręsta kokios turi būti prioritetinės kryptys. Mes kol kas tikrai galime kalbėti apie sėkmingą prevenciją, bent jau apie prevencinės iniciatyvas savivaldybių lygmenyse. Tai yra Kupiškių savivaldybėje tokia iniciatyva iš apačios ir Vilniaus savivaldybėje yra sėkmingiausia iniciatyva, nes ji yra su politikų palaikymu, yra skirtas realus biudžetas – 300 000 eurų, savivaldybės lygmeniu tai nėra menka suma. Ten yra labai aiškūs prioritetai, tokie kaip „vartininkų“ mokymai, kad gebėtų atpažinti savižudybės rizikos ženklus, žinotų ką toliau daryti ir tuos mokymus planuojama vykdyti remiantis tarptautine gerąja praktika. Taip pat yra daug dėmesio skiriama psichologinių paslaugų prieinamumui. Pavyzdžiui poliklinikose, žmonės, kurie turi minčių apie savižudybę, būtų priimami iš karto. Taip pat skiriamas prieinamumas tokiems specifinėms paslaugoms, kaip planuojamas psichologų mokymas, kad jie galėtų teikti pagalbą jau mėginusiems nusizudyti, nes tokie asmenys priklauso didžiajai rizikos grupei. Kol kas galime kalbėti tik apie savivaldybių iniciatyvas. Čia irgi toks paradoksas gaunasi, nes Vilniaus savivaldybė pasižymi bene mažiausiu savižudybės rodikliu visoje Lietuvoje, bet ir daugiausia resursų skiria šiai problemai spręsti.

4. Su kokiais problemomis dažniausiai susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką mūsų valstybėje?

Aš sakyčiau, kad trūksta kompetencijos, tiek specialistų, tiek politikų kompetencijos, supratimo kad tai yra problema ir, kad ją būtina spręsti. Ilgą laiką savižudybių problema buvo įtraukta į ekonominius dalykus, buvo laukiama kol ekonomika pagėrės ir situacija išsispręs. Ekonomika gerėjo, situacija neišsisprendė. Lietuvoje ilgą laiką sveikatos apsaugos sistemoje dominuoja biomedicininis modelis. Tai reiškia, kad paslaugos teikiamos dažniausiai didžiosiose įstaigose ir dažniausiai būtent medikamentiniu gydymu, o savižudybių prevencijos srityje medikamentinis gydymas yra svarbus, bet jo nepakanka. Labai svarbios yra psichosocialinės paslaugos, psichologų konsultacijos, socialinių darbuotojų pagalba ir pan. Dabar sveikatos apsaugos sistemoje yra daug pasipriešinimo, kad neduok dieve atsiras greitai kažkokių psichosocialinių prevencijų ir medicinos įstaigos neteks darbuotojų, sergančiųjų srautas mažės ir ligoninės dėl to kentės ir pan.

5. Kaip vertinate 2014 metais patvirtinta savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 m.?

Tai man atrodo vertinimas prasideda nuo to, kad jis nėra visai įgyvendintas. To plano pagrindinis trukumas yra toks, kad jisai nepradėtas net įgyvendinti. Kitas trukumas, kad jis visai be aiškios krypties, yra kažkokie sumesti dalykai be aiškaus įsivaizdavimo kokiu būdu juos galima būtų įgyvendinti, visiškai ignoruojant psichikos sveikatos srities ekspertų nuomonę. Tai tokie ir vertinimai.

6. Kas trukdo savižudybių prevencijos priemonių visapusiškai įgyvendinimui?

Neaiškios strategijos, neaiškūs veiksmų planai, neaiškūs biudžeto pasiskirstymas. Viskas yra surašyta tik dėl to, kad būtų rengiami planai ar strategijos, bet iš tikrųjų dėl tokio atsainumo ir dažniausiai būna sunku kokią nors priemonę įgyvendinti, nes trūksta politikų supratimo, susitarimo ir pan.

Dažniausiai sako, kad pakaks psichologų, psichiatrų ir viskas veiks, bet nebūtinai. Tam, kad psichologas suteiktų tinkamą pagalbą jis turi turėti tam tikrų konkrečių žinių, kompetencijų ir įgūdžių ir didžioji dauguma neturi specializuotų įgūdžių.

7. Kokios savižudybių prevencijos priemonės gali būti veiksmingiausios ir efektyviausios mažinant savižudybių skaičių?

Visų pirma tai yra „vartininkų“ mokymai kaip atpažinti savižudybių rizikos ženklus, suteikti pagalbą ir nukreipti pas specialistus. Tada labai svarbu, kad „vartininkų“ mokymai įvyktų visoje Lietuvoje, kad psichikos sveikatos sistema tuo metu būtų pasiruošusi padidėjusiam klientų srautui. Psichologinė pagalba turi būti prieinamesnė, negu yra dabar. Kitas su tuo susijęs dalykas yra, kad tie žmonės, kurie dirba psichikos sveikatos centruose, ligoninėse ir pan., jie turėtų turėti gilesnį supratimą apie savižudybės rizikos vertinimą ir apie trumpalaikės rizikos intervencijas. Trečias dalykas būtų tikslinės rizikos grupės, teikti pagalbą tai ką mėginusiems nusižudyti, taip pat teikti pagalbą žmonėms turintiems ribinius asmenybės sutrikimus, nusižudžiusiųjų artimiesiems ir t.t. Kitas bendras aspektas yra nuostatų į emocijų sveikatą, į depresiją, į savižudybes keitimas.

8. Kokių savižudybių prevencijos priemonių šiuo metu trūksta?

Tai gal pasikartosiu teigdamas, kad trūksta „vartininkų“ mokymų, specializuotų intervencinių programų specifinėms rizikos grupėms ir bendrai psichologinių paslaugų prieinamumo, taip pat psichologų kompetencijų tobulinimo savižudybių intervencijų srityje.

9. Jūsų nuomone į kokias Europos šalis galima būtų lygiuoti savižudybių prevencijos srityje ir ką galima būtų iš jų perimti Lietuvai?

Čia mes galime orientuotis į tokią šalį kaip į Estiją. Galėtume didesnę dėmesį skirti moksliniams tyrimams toje srityje, kaip yra daroma Estijoje. Kai Kupiškyje įgyvendinome savižudybių prevencijos projektą savanoriška visuomenine iniciatyva, tai iškilo poreikis vertinti kokios ten prevencinės priemonės veikia, kokios neveikia, kas keičiasi, kaip keičiasi ir pan. Tai pavyzdžiui estai tokius mokslinius tyrimus vykdo jau ilgą laiką ir intensyviai. Kitas ne itin specifinis dalykas yra toks, kad sveikatos sistemos reforma turėtų būti radikalesnė, nei yra dabar. Kaip ir kitos reformos Estijoje yra įvykusios. Čia jau ne specifinis toks savižudybių prevencijos dalykas, bet nuo to irgi priklauso.

10. Jūsų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui mūsų šalyje?

Tokia programa, kuri dabar yra Vilniuje, turėtų būti pritaikyta visos Lietuvos mastu. Būtina skirti tam pakankamai laiko, nesitikėti, kad po dviejų ar trejų metų kažkas pasikeis. Penkiems metams numatyti tam tikrus veiksmus, galbūt atsižvelgti į tai kas Vilniuje pavyko, kas nepavyko, taip pat kas Kupiškyje pavyko, kas nepavyko ir pasirinkant tinkamas priemones, stengtis jas įgyvendinti, na ir tada bus galima laukti teigiamų rezultatų.

INTERVIU SU „F“ EKSPERTU:

Interviu trukmė: 31 min.

Data: 2016 07 01

1. Kokios priežastys/veiksniai gali įtakoti didelį savižudybių skaičių?

Kaip ir teorija, tai taip ir praktika rodo, kad įtakoja žmonių vienišumas, negebėjimas spręsti krizinių situacijų, nežinojimas kur kreiptis pagalbos. Nors Lietuvoje yra pakankamai pagalbos institucijų žmonėms, tačiau žmonės vis dar nežino kokia yra kreipimosi tvarka, jeigu ir žino, tai susiduria su kita problema, kad neretai reikia laukti eilėse, tarkim patekimo pas įvairius specialistus, tame tarpe ir psichikos sveikatos specialistus. Aišku savaime yra alkoholis, bedarbystė. Yra dar toks labai svarbus dalykas, apie kurį yra mažai kalbama teorijoje, bet mes susiduriame praktikoje, tai žmonės sergantys lėtinėmis progresuojančiomis ligomis, tokiomis, kaip onkologinės ligos, judėjimo, atamos, kuomet žmogus sunkiai juda, kada patyria skausmus. Mes neturime aiškios skausmo valdymo sistemos Lietuvoje ir žmonės negalėdami išverti to nepakeliamo skausmo, nusižudo. Tai čia būtų ko gero pagrindinės tokios priežastys.

2. Dėl kokių priežasčių/veiksnių mūsų šalis savižudybių skaičiumi pirmauja Europoje?

Mes neturime sistemos, mes neturime aiškios politikos. Jokia savižudybių prevencijos strategija nebuvo įgyvendinama Lietuvoje, buvo pradedama, bet niekada nebuvo matuojamas joks efektyvumas, mes, galima sakyti, neturime aiškios politikos. Tai būtų pirma priežastis. Antra priežastis, kad pas mus nebendradarbiauja arba menkai bendradarbiauja pagalbą teikiančios institucijos tarpusavyje. Pavyzdžiui jeigu žmogus po mėginimų žudytis yra paguldomas į ligoninę, po dviejų savaičių jis išleidžiamas, grįžta namo ir toliau niekas juo nesirūpina. Mes žinome, kad ligoninė neišsprendžia problemų, kurios privedė žmogų prie savižudybės ir toliau tas žmogus nežino nei kur jisai turi kreiptis, nei kas juo turi rūpintis, jis yra paleidžiamas tiesiog. Jeigu žmogus tik ketino žudytis, tai paprastai atvažiuoja policija ir paklausia „Ar tu važiuosi į ligoninę?“, žmogus sako pavyzdžiui „ne“ ir jis yra paliekamas.

3. Kokios savižudybių prevencijos kryptys yra prioritetinės šiuo metu? Kas vykdoma?

Aš pati dirbu Kupiškėje, mes pirmieji Lietuvoje, pasitelkė žymiausius Lietuvos suicidologus, psichiatrus, psichologus, tokius, kaip tarkime Paulius Skruibis, profesorė Danutė Gailienė, profesorius Arūnas Germanavičius, Aurelijus Veryga, Nida Žemaitienė, pradėjome Kupiškėje įgyvendinti savižudybių prevenciją patys. Kadangi nėra valstybinio lygmens, mes pabandėme tą padaryti savivaldybės lygmeniu. Dabar mes turime labai daug pasekėjų. Tai yra tokie rajonai, kaip Kaišiadorys, Rietavas, Varėna, Joniškis, Šakiuose buvome, Šiaulių apskritis, Marijampolė kvietė, Klaipėda. Esmė yra ta, kad dabar matydami specialistai, jog nėra aiškios ir vieningos politikos valstybėje, pradeda patys iš apačios tą daryti. Viena vertus galima sakyti, kad tai yra gerai, bet kas

atsitiko? Kai mes pradėjome dirbti Kupiškyje, pradėjome sakyti žmonėms, kad „nebijokite, kreipkitės pagalbos“, kad jie važiuotų į bendruomenes, į seniūnijas, pas mus „užsikimšo“ sistema, nes besikreipiančių buvo tiek, kad nebebuvo kam teikti pagalbos. Jeigu poliklinikoje dirba psichologas dvi dienas per savaitę, o nuo pagalbos algoritmo įgyvendinimo praėjus keturiems mėnesiams beveik tris kartus padidėjo besikreipiančių skaičius, nes buvo apmokyti specialistai kaip atpažinti savižudybių riziką, tai tada kyla klausimas – ką daryti? Mes juk dvejus metus šitaip gyvename ir valstybė mums visiškai nepadedą. Mes informavę esame sveikatos apsaugos ministrus ir vieną ir kitą, Prezidentūra žino apie šią situaciją, ligonių kasų vadovas, bet viskas nėra sprendžiama. Šiuo metu privačios iniciatyvos pagalba, yra mokama už konsultacijas psichologams, nors taip neturėtų būti, turėtų mokėti valstybė. Tai jeigu mes kalbame kas yra prioritetas, mes pirmiausiai šnekame, kad turėtų būti parengti algoritmai, tai yra reagavimai į savižudybės riziką algoritmai, ką turi ir Kupiškis pasitvirtinęs rajono tarybos posėdyje. Turi būti labai aiškūs žingsniai, kas ir kaip teikia pagalbą žmogui, kai yra ketinimas žudytis, kai yra mėginimas žudytis ir kai yra savižudybė. Tai mes tuos algoritmus turime, mes pagal juos dirbame ir kitos savivaldybės norėtų irgi tokius turėti. Mes kalbame pirmiausiai, kad prioritetas yra sistema įvesti, pagalbos sistemą, kad žmogus nebūtų pamestas ir paliktas likimo valiai.

4. Su kokiomis problemomis dažniausiai susiduriama įgyvendinant savižudybių prevencijos politiką mūsų valstybėje?

Mes negalime sakyti, kad tai yra tik finansinis klausimas arba etatų klausimas. Aš kaip visada sakiau ir sakau, kad turi būti sistemiškumas, bendradarbiavimas, pradedant ministerijų lygmenyje, jos turėtų suprasti kokia tai yra problema. Kitas dalykas, visi turėtų suprasti, kad rezultato greito nebus. Kodėl pas mus nėra sistemos? Kodėl pas mus savižudybių prevencija yra apleista? Dėl to, kad politikai pas mus dažniausiai gyvena nuo rinkimų iki rinkimų. Visi nori turėti gerą rezultatą kitiems rinkimams. Tai savižudybių prevencija nėra ta sritis kur tu gausi greitą rezultatą. Todėl tai yra visiškai nepatraukli tema politikams, jos niekas nenori imtis. Mes po dviejų metų siaubingo darbo Kupiškyje, dabar turime antrą mėnesį be savižudybių. Problemos yra tokios, kad žmonės nesupranta problemos masto, nesupranta sprendimo etapų, neįsigilina kokios yra pagalbos, kad dešimtmečiais nėra spręsta problema, negali būti išspręsta per metus. Aišku yra resursų klausimas, yra bendradarbiavimo klausimas. Aš kai klausiausi seniau, prieš porą metų profesorės Danutės Gailienės, ji sakė Lietuva neturi politinės valios, aš nesupratau ką ji turi omenyje, nu kažką tai supratau. Dabar aš suprantu tikrai. Tai yra rajonų vadovų ar savivaldybių tarybų nesuvokimas, nesupratimas ir nenoras imtis šios problemos sprendimo. Aš esu daug savivaldybių apvažiavusi, labai daug girdėjusi ir mačiusi, tikrai drąsiai galiu tai sakyti. Antra vertus sveikatos apsaugos sistemos nenoras aktyviai dalyvauti tame, kas yra labai keista, nes jinai turėtų būti vedančioji, bet jinai yra pasyvioji, labiausiai pasipriešinanti. Ten dažnai pasako „pas mus viskas puikiai veikia“. Buvęs savižudybių prevencijos biuro vadovas, ne Marius Strička, bet ankstesnis sakė, kad „Lietuvos psichikos sveikatos sistema yra viena iš geriausių

Europos Sąjungoje, ir nesuprantu kokių klausimų dar gali kilti“. Ir kyla paradoksinis klausimas, turėdami geriausią psichikos sveikatos sistemą, mes Europoje turime daugiausia savižudybių, daugiausia alkoholikų ir išrašome daugiausiai psichotropinių medikamentų. Ir kaip čia viskas sueina? Ar galime akiai teigti, kad viskas yra gerai?!

5. Kaip vertinate 2014 metais patvirtinta savižudybių prevencijos veiksmų planą 2014 – 2016 m.?

Sudėtinga vertinti. Tame plane nebuvo numatyti aiškūs įgyvendinimo žingsniai, nebuvo aiškūs vertinimo kriterijai, priemonės kurios buvo nurodytos nebuvo įgyvendintos. Planas buvo visiškai be konkrečios krypties. Dėl savižudybių prevencijos biuro įgyvendinimo šiame plane galiu pasakyti tik tai, kad ilgą laiką jis buvo keistoje situacijoje, nes jis buvo įkurtas, bet buvo visiškai ne aišku ką jis turi daryti, kokia yra jo paskirtis, ką veikia specialistai ir metus laiko realiai biuras neveikė. Jis veikė tiek, kad internetiniame puslapyje buvo talpinama informacija ir kai po keletą mėnesių buvo kalbinamas žurnalistų tuometinis direktorius Vaidotas Markevičius, tai jisai taip ir negalėjo atsakyti ką jie veikia. Iš tiesu mes labai daug viešai kalbėjome apie tai, mes buvome pasikvietę tą direktorių, Valstybės kontrolės tarnyboje aš buvau, kalbėjomės, aiškinomės ir po metų pasikeitė direktorius. Dabar yra Marius Strička. Dabar pasikeitus direktoriui, specialistai aktyviai važinėja po savivaldybes, į konferencijas, seminarus, ragina kreiptis pagalbos, jie tikrai atlikinėja didelį darbą, bet aišku savaime jie gauna labai mažai finansavimo, nekalbant apie kuro išlaidas, nes jie turi daug kur važinėti.

6. Kas trukdo savižudybių prevencijos priemonių visapusiame įgyvendinimui?

Trūksta politinės valios, specialistams trūksta žinių. Tuo pačiu yra specialistų nusivylimas, perdegimas ir nusivylimas. Kai mes pradėjome sakyti, kad mes Kupiškėje įgyvendinsim savižudybių prevenciją ir pasikvietėm specialistus jie buvo skeptiškai priešiški ir aš sakiau, kad „jūs turite teisę tokie būti“, nes Lietuvoje buvo daugybę projektų, tame tarpe ir savižudybių projektų ir paaiškėjo, kad specialistai elementariai nesugeba įvertinti savižudybių rizikos. Specialistams nepakanka žinių ir pas mus visa profesūra dirbo nemokamai, mes vedėme praktinius mokymus, aš pati užsakiau tyrimą Vilniaus universitete, kad būtų įvertintas Kupiškio ir Rokiškio specialistų pasirengimas savižudybių rizikos vertinimui, šis tyrimas jau yra atliekamas. Tai problema tame, kad nėra specialistų pasirengimo, jie negali ir nesugeba įvertinti savižudybės riziką, politinės valios trūksta, stinga psichikos sveikatos specialistų, nes Mykolas Majauskas, pagrindinis savižudybių prevencijos memorandumo Vilniuje iniciatorius, pasakė, kad reikia laukti tris savaitės eilėje pas psichologą. Tai mes matome, kad trūksta ir resursų, trūksta žmonėms informacijos kur kreiptis, ką daryti ir t.t. Reikia labai nuoseklaus darbo ir nesiorientuoti į greitą rezultatą.

7. Kokios savižudybių prevencijos priemonės gali būti veiksmingiausios ir efektyviausios mažinant savižudybių skaičių?

Svarbu, kad visa sistema būtų pasirengusi alkoholio gydymui. Pas mus yra problema, savivaldybės vis

dar finansuoja kodavimą, kas yra „šarlatanizmas“ ir absoliutus lėšų švaistymas. Dar vienas dalykas, pas mus niekas realiai sistemingai nedirba su žmonėmis sergančiais psichikos sveikatos ligomis, turinčius psichikos elgesio sveikatos sutrikimų. Kai žmonės ateina pas psichiatrą, jie gauna medikamentus ir eina namo, su jais nėra sisteminio darbo. Svarbu dar saugoti specialistus nuo perdegimo. Kai mes pradėjome dirbti, specialistai mūsų klausė - „tai gerai, jus sakote, kad teiksime pagalbą tiems žmonėms, o kas mums ją teiks?“, tai labai logiška. Nes ir specialistams reikia psichologinės pagalbos, čia irgi yra labai svarbus dalykas, tam, kad specialistai neperdegtų, kad liktų motyvuoti, aktyviai dirbtų, kad galėtų efektyviai teikti pagalbą.

8. Kokių savižudybių prevencijos priemonių šiuo metu trūksta?

Trūksta mokslinių tyrimų, savižudybių prevencijos priemonių efektyvumui įvertinti. Taip pat pastebimas akivaizdus psichologų trukumas, savitarpio pagalbos grupių, trūksta visuomenės švietimo, taip pat mokinių švietimo, nes svarbu, kad auganti karta jau būtų psichologiškai atsparesnė, žinotų kur galėtų kreiptis, kaip galėtų padėti kitiems ir pan. Taip pat trūksta savižudybės rizikos įvertinimo programos, kuri būtų integruota į įvairių įstaigų darbuotojų programas, nes psichikos sveikata taip pat yra svarbi ir mes turime žinoti kokiais būdais ir kaip mes galėtume žmogui padėti atsidūrusiam krizinėje situacijoje, kur mes galėtume jį nukreipti, kaip galėtume suteikti jam pirmąją psichologinę pagalbą.

9. būtų lygiuotis savižudybių prevencijos srityje ir ką galima būtų iš jų perimti Lietuvai?

Į Vokietiją, Čekiją. Tų šalių esminis dalykas yra – savanorystės skatinimas ir savanorystė jungiasi kartu su valstybės institucijomis. Dar vienas dalykas, tai žmonių bendruomeniškumo skatinimas. Ten bendruomenės palaiko vieną kitą, jie tuos žmones įtraukia, vienišus, atsiskirusius, mažina socialinį atskirtį. Pas mus savanorystė dar yra labai silpnai išvystyta ir jiniai neturi tamprių ryšių su valstybinėmis institucijomis. Tarkim paimkime „Jaunimo linija“ arba „Vaikų linija“ puikiai veikiančias, bet mes girdime, kad jos tarsi atskira tokia respublika, jos nėra mūsų sistemos dalis. Tai aš noriu pasakyti, kad mes nebūtinai turime perimti kažkokios valstybės modelį, nes mūsų mentalitetas, kultūra yra visai skirtingi. Jeigu mes matome ką daro kitos valstybės, tai mes turime žinoti, kad turi būti savanorystė, turi būti skatinamas bendruomeniškumas ir turi būti valstybės politika. Aš visada sakau savo specialistams, kad niekas nepadarys taip gerai viską iš viršaus, kad mes ir patys turime prisidėti ir savanorystė turi bendradarbiauti kartu su institucijomis, kitaip nieko nebus.

10. Jūsų pasiūlymai savižudybių prevencijos gerinimui mūsų šalyje?

Kad kiekviena savivaldybė turėtų turėti savižudybių rizikos algoritmus, kad visur būtų parengti specialistai, kad būtų matuojamas efektyvumas, kad savivaldybių politikai įsigilintų, suprastų ir palaikytų ne tik finansiškai. Finansinis aspektas yra svarbus, bet iš esmės. Mes kalbame, kad sveikatos apsaugos sistema labai peržiūrėtų psichikos sveikatos paslaugų teikimą, mes kalbame apie tai, kad socialinė apsaugos darbo ministerija yra nusišalinusi nuo psichologinės pagalbos teikimo,

organizavimo, nes socialiniai darbuotojai dirba vieni, jiems stinga žinių, jie neturi psichologų. Aš manyčiau, kad vidaus reikalų ministerija yra labai stipri struktūra ir mes turėtume pasinaudoti tuo, susijungti visi. Mes turime suprasti, kad po vieną mes nieko nepadarysime, nei viena savivaldybė atskirai nepadarys, nei viena ministerija nieko nepadarys. Jeigu sveikatos apsaugos ministerija nebendradarbiaus ir neis iš viršaus į apačią, ji nieko nepadarys. Ji gali išleisti dar kokią nors strategiją ar veiksmų planą, bet tai bus dar vienas iš viršaus savarankiškas dokumentas ir žmonės jo neįgyvendins. Tai aš manau, kad viršus turi leisti žemyn, apačia turi į viršų ir mes turime kažkaip surasti tą kompromisą. Aš tikrai meluočiau, jei sakyčiau, kad niekas nevyksta, tikrai vyksta. Mes buvome kviečiami ir mūsų darbo grupė, kaip ir sakiau, kad mes buvome ir ministerijose ir Prezidentūroje, esame gavę ir įvertinimą už saugią Lietuvą kampaniją, Prezidentės patarėja pasiprašė būtų mūsų grupės nare ir tikrai yra bendradarbiaujama. Šiuo metu yra pakilimas, bet jeigu šis pakilimas neduos rezultatų ir atslūgs, kito pakilimo teks laukti labai ilgai. Kaip sako mūsų kolegos, Kupiškio klausimas yra visos Lietuvos klausimas. Jeigu ten nepavyks, tai tuomet paaiškės, kad mes dar esame nepasiruošę. Todėl dedamos didžiulės pajėgos ir dar labai ko mums nepavyksta išjudinti, kalbu apie institucijų lygmenį.



VILNIAUS UNIVERSITETO
FILOSOFIJOS FAKULTETAS

PAŽYMĖJIMAS

Nr. 132

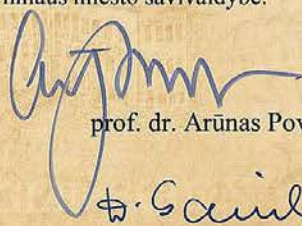
Jekaterina Žugina

2016 m. spalio 7 d. dalyvavo konferencijoje

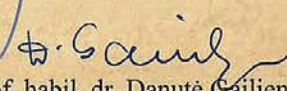
„Įrodymais grįsti savižudybių intervencijos metodai praktikoje“
(8 ak. val.)

Konferenciją organizavo Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras, Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras ir Vilniaus miesto savivaldybė.

Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto dekanas


prof. dr. Arūnas Poviliūnas

Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedros vedėja


prof. habil. dr. Danutė Gailienė

Išdavimo data 2016 10 07
Registracijos Nr. 132



VALSTYBINIS
PSIHIKOS
SVEIKATOS
CENTRAS

CAMS Suicide Status Form (SSF-IV-R) Initial Session

Patient: _____ Clinician: _____ Date: _____ Time: _____

Section A (Patient):

Rate and fill out each item according to how you feel right now.

Rank Then rank in order of importance 1 to 5 (1=most important to 5=least important).

_____	1) RATE PSYCHOLOGICAL PAIN (<i>hurt, anguish, or misery in your mind, not stress, not physical pain</i>): Low pain: 1 2 3 4 5 :High pain What I find most painful is: _____	
_____	2) RATE STRESS (<i>your general feeling of being pressured or overwhelmed</i>): Low stress: 1 2 3 4 5 :High stress What I find most stressful is: _____	
_____	3) RATE AGITATION (<i>emotional urgency; feeling that you need to take action; not irritation; not annoyance</i>): Low agitation: 1 2 3 4 5 :High agitation I most need to take action when: _____	
_____	4) RATE HOPELESSNESS (<i>your expectation that things will not get better no matter what you do</i>): Low hopelessness: 1 2 3 4 5 :High hopelessness I am most hopeless about: _____	
_____	5) RATE SELF-HATE (<i>your general feeling of disliking yourself; having no self-esteem; having no self-respect</i>): Low self-hate: 1 2 3 4 5 :High self-hate What I hate most about myself is: _____	
N/A	6) RATE OVERALL RISK OF SUICIDE: Extremely low risk: 1 2 3 4 5 :Extremely high risk (will not kill self) (will kill self)	

- 1) How much is being suicidal related to thoughts and feelings about yourself? Not at all: 1 2 3 4 5 : completely
 2) How much is being suicidal related to thoughts and feelings about others? Not at all: 1 2 3 4 5 : completely

Please list your reasons for wanting to live and your reasons for wanting to die. Then rank in order of importance 1 to 5.

Rank	REASONS FOR LIVING	Rank	REASONS FOR DYING

I wish to live to the following extent: Not at all: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 ; Very much

I wish to die to the following extent: Not at all: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 ; Very much

The one thing that would help me no longer feel suicidal would be: _____

CAMS Suicide Status Form (SSF-IV-R) Initial Session

Section B (Clinician):					
Y N	Suicide ideation	Describe: _____			
	o Frequency	_____ per day	_____ per week	_____ per month	
	o Duration	_____ seconds	_____ minutes	_____ hours	
Y N	Suicide plan	When: _____			
		Where: _____			
		How: _____		Access to means Y N	
		How: _____		Access to means Y N	
Y N	Suicide preparation	Describe: _____			
Y N	Suicide rehearsal	Describe: _____			
Y N	History of suicidal behaviors				
	• Single attempt	Describe: _____			
	• Multiple attempts	Describe: _____			
Y N	Impulsivity	Describe: _____			
Y N	Substance abuse	Describe: _____			
Y N	Significant loss	Describe: _____			
Y N	Relationship problems	Describe: _____			
Y N	Burden to others	Describe: _____			
Y N	Health/pain problems	Describe: _____			
Y N	Sleep problems	Describe: _____			
Y N	Legal/financial issues	Describe: _____			
Y N	Shame	Describe: _____			
Section C (Clinician):					
TREATMENT PLAN (Refer to Sections A & B)					
Problem #	Problem Description	Goals and Objectives	Interventions	Duration	
1	<i>Self-Harm Potential</i>	<i>Safety and Stability</i>	<i>Stabilization</i> <i>Plan Completed</i> <input type="checkbox"/>		
2					
3					
YES ___ NO ___ Patient understands and concurs with treatment plan?					
YES ___ NO ___ Patient at imminent danger of suicide (hospitalization indicated)?					
_____ Patient Signature		_____ Date		_____ Clinician Signature	
				_____ Date	

CAMS Suicide Status Form (SSF-IV-R) STABILIZATION PLAN

Ways to reduce access to lethal means:

1. _____
2. _____
3. _____

Things I can do to cope differently when I am in a suicide crisis (consider crisis card):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. **Life or death emergency contact number:** _____

People I can call for help or to decrease my isolation:

1. _____
2. _____
3. _____

Attending treatment as scheduled:

Potential Barrier:

Solutions I will try:

1. _____
2. _____

CAMS Suicide Status Form (SSF-IV-R) Copyright David A. Jobes, Ph.D., All Rights Reserved

Section D (Clinician Post-Session Evaluation):

MENTAL STATUS EXAM (circle appropriate items):

ALERTNESS: ALERT DROWSY LETHARGIC STUPOROUS
OTHER: _____

ORIENTED TO: PERSON PLACE TIME REASON FOR EVALUATION

MOOD: EUTHYMIC ELEVATED DYSPHORIC AGITATED ANGRY

AFFECT: FLAT BLUNTED CONSTRICTED APPROPRIATE LABILE

THOUGHT CONTINUITY: CLEAR & COHERENT GOAL-DIRECTED TANGENTIAL CIRCUMSTANTIAL
OTHER: _____

THOUGHT CONTENT: WNL OBSESSIONS DELUSIONS IDEAS OF REFERENCE BIZARRENESS MORBIDITY
OTHER: _____

ABSTRACTION: WNL NOTABLY CONCRETE
OTHER: _____

SPEECH: WNL RAPID SLOW SLURRED IMPOVERISHED INCOHERENT
OTHER: _____

MEMORY: GROSSLY INTACT
OTHER: _____

REALITY TESTING: WNL
OTHER: _____

NOTABLE BEHAVIORAL OBSERVATIONS: _____

DIAGNOSTIC IMPRESSIONS/DIAGNOSIS (DSM/ICD DIAGNOSES):

PATIENT'S OVERALL SUICIDE RISK LEVEL (check one and explain):

- LOW (WTL/RFL)** **Explanation:**
- MODERATE (AMB)** _____
- HIGH (WTD/RFD)** _____

CASE NOTES:

Next Appointment Scheduled: _____ Treatment Modality: _____

Clinician Signature

Date

CAMS Suicide Status Form (SSF-IV-R) Tracking/Update Interim Session

Patient: _____ Clinician: _____ Date: _____ Time: _____

Section A (Patient):

Rate each item according to how you feel right now.

1) RATE PSYCHOLOGICAL PAIN (*hurt, anguish, or misery in your mind, **not** stress, **not** physical pain*):

Low pain: 1 2 3 4 5 :High pain

2) RATE STRESS (*your general feeling of being pressured or overwhelmed*):

Low stress: 1 2 3 4 5 :High stress

3) RATE AGITATION (*emotional urgency; feeling that you need to take action; **not** irritation; **not** annoyance*):

Low agitation: 1 2 3 4 5 :High agitation

4) RATE HOPELESSNESS (*your expectation that things will not get better no matter what you do*):

Low hopelessness: 1 2 3 4 5 :High hopelessness

5) RATE SELF-HATE (*your general feeling of disliking yourself; having no self-esteem; having no self-respect*):

Low self-hate: 1 2 3 4 5 :High self-hate

6) RATE OVERALL RISK OF SUICIDE:

Extremely low risk: 1 2 3 4 5
(will **not** kill self)

:Extremely high risk
(will kill self)

In the past week: Suicidal Thoughts/Feelings Y__ N__ Managed Thoughts/Feelings Y__ N__ Suicidal Behavior Y__ N__

Section B (Clinician):

Resolution of suicidality, if: current overall risk of suicide <3; in past week: no suicidal behavior and effectively managed suicidal thoughts/feelings 1st session 2nd session

****Complete SSF Outcome Form at 3rd consecutive resolution session****

TREATMENT PLAN UPDATE

Patient Status:

Discontinued treatment No show Cancelled Hospitalization Referred/Other: _____

Problem #	Problem Description	Goals and Objectives	Interventions	Duration
1	<i>Self-Harm Potential</i>	<i>Safety and Stability</i>	<i>Stabilization</i> <i>Plan Updated</i> <input type="checkbox"/>	
2				
3				

Patient Signature

Date

Clinician Signature

Date

CAMS Suicide Status Form (SSF-IV-R) Copyright David A. Jobes, Ph.D., All Rights Reserved

Section C (Clinician Post-Session Evaluation):

MENTAL STATUS EXAM (circle appropriate items):

ALERTNESS: ALERT DROWSY LETHARGIC STUPOROUS
OTHER: _____

ORIENTED TO: PERSON PLACE TIME REASON FOR EVALUATION

MOOD: EUTHYMIC ELEVATED DYSPHORIC AGITATED ANGRY

AFFECT: FLAT BLUNTED CONSTRICTED APPROPRIATE LABILE

THOUGHT CONTINUITY: CLEAR & COHERENT GOAL-DIRECTED TANGENTIAL CIRCUMSTANTIAL
OTHER: _____

THOUGHT CONTENT: WNL OBSESSIONS DELUSIONS IDEAS OF REFERENCE BIZARRENESS MORBIDITY
OTHER: _____

ABSTRACTION: WNL NOTABLY CONCRETE
OTHER: _____

SPEECH: WNL RAPID SLOW SLURRED IMPOVERISHED INCOHERENT
OTHER: _____

MEMORY: GROSSLY INTACT
OTHER: _____

REALITY TESTING: WNL
OTHER: _____

NOTABLE BEHAVIORAL OBSERVATIONS: _____

DIAGNOSTIC IMPRESSIONS/DIAGNOSIS (DSM/ICD DIAGNOSES):

PATIENT'S OVERALL SUICIDE RISK LEVEL (check one and explain):

- MILD (WTL/RFL) Explanation: _____
- MODERATE (AMB) _____
- HIGH (WTD/RFD) _____

CASE NOTES:

Next Appointment Scheduled: _____ Treatment Modality: _____

Clinician Signature

Date

Section C (Clinician Outcome Evaluation):

MENTAL STATUS EXAM (circle appropriate items):

ALERTNESS: ALERT DROWSY LETHARGIC STUPOROUS
OTHER: _____
ORIENTED TO: PERSON PLACE TIME REASON FOR EVALUATION
MOOD: EUTHYMIC ELEVATED DYSPHORIC AGITATED ANGRY
AFFECT: FLAT BLUNTED CONSTRICTED APPROPRIATE LABILE
THOUGHT CONTINUITY: CLEAR & COHERENT GOAL-DIRECTED TANGENTIAL CIRCUMSTANTIAL
OTHER: _____
THOUGHT CONTENT: WNL OBSESSIONS DELUSIONS IDEAS OF REFERENCE BIZARRENESS MORBIDITY
OTHER: _____
ABSTRACTION: WNL NOTABLY CONCRETE
OTHER: _____
SPEECH: WNL RAPID SLOW SLURRED IMPOVERISHED INCOHERENT
OTHER: _____
MEMORY: GROSSLY INTACT
OTHER: _____
REALITY TESTING: WNL
OTHER: _____

NOTABLE BEHAVIORAL OBSERVATIONS: _____

DIAGNOSTIC IMPRESSIONS/DIAGNOSIS (DSM/ICD DIAGNOSES):

PATIENT'S OVERALL SUICIDE RISK LEVEL (check one and explain):

- LOW (WTL/RFL)** **Explanation:** _____
 MODERATE (AMB) _____
 HIGH (WTD/RFD) _____

CASE NOTES:

Clinician Signature

Date