

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Odeta
GELEŽĖLYTĖ

Dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų profesionalios pagalbos siekimo veiksniai

DAKTARO DISERTACIJA

Socialiniai mokslai,
psichologija 06S

VILNIUS 2019

Disertacija rengta 2014–2018 metais Vilniaus universitete
Mokslinį tyrimą rėmė Lietuvos mokslo taryba

Mokslinė vadovė:

Prof. habil. dr. Danutė Gailienė

(Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – 06 S)

TURINYS

1. TYRIMŲ APŽVALGA.....	5
1.1 Savižudybių problema Lietuvoje	5
1.2 Nusižudžiusių artimieji: samprata ir mastai.....	5
1.3 Gedulas po savižudybės.....	7
1.4 Gedulo po artimojo savižudybės ypatumai.....	9
1.4.1 Kaltė po artimojo savižudybės	9
1.4.2 Stigma po artimojo savižudybės	10
1.4.2.1 Stigmos samprata.....	10
1.4.2.2 Savižudiško elgesio stigmatizacija	12
1.4.2.3 Stigmatizacija ir gėda po artimojo savižudybės	13
1.5 Gedulo komplikacijos	15
1.6 Pagalba po artimojo savižudybės.....	18
1.6.1 Socialinio tinklo narių pagalba ir parama.....	18
1.6.2 Profesionalų pagalba po artimojo savižudybės	20
1.7. Profesionalų pagalbos siekimo kliūtys	21
1.7.1 Profesionalų pagalbos siekimo barjerai gedinčiųjų po artimojo savižudybės tyrimuose	21
1.7.2 Kiti reikšmingi profesionalų pagalbos siekimo barjerai.....	22
1.8 Kultūrinio konteksto reikšmė.....	25
1.9 Tyrimo problema	26
1.10 Tyrimo tikslas ir uždaviniai	28
2. TYRIMO METODOLOGIJA	30
2.1 Tyrimo dalyviai	30
2.2 Tyrimo instrumentai.....	31
2.3 Tyrimo eiga.....	36
2.4 Duomenų analizė	38
3. REZULTATAI	40
3.1 Naudotos profesionalios pagalbos pobūdis ir poreikis tyrimo dalyvių imtyje.....	40

3.2 Grupių palyginimas pagal demografines ir su netektimi susijusias charakteristikas	42
3.3 Grupių palyginimas pagal gedulo po savižudybės ypatumus ir socialinius pokyčius po netekties.....	43
3.4 Grupių palyginimas pagal psichologinę savijautą	46
3.5 Nuostatos psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu ir naudojamos įveikos strategijos	49
3.6 Veiksnių, kurių skirtumai buvo aptikti palyginus tyrimo dalyvių grupes, prognostinė reikšmė profesionalios psichologinės pagalbos siekimo elgsenai.....	51
3.7 Tyrimo dalyvių nurodytos pagalbos siekimo kliūtys.....	53
4. REZULTATŲ APTARIMAS	55
4.1 Profesionalios pagalbos poreikis jos siekusių ir nesiekusių gedinčiųjų grupėse.....	55
4.2 Gedulo po savižudybės ypatumų vaidmuo profesionalios pagalbos siekimo procese	55
4.3 Psichologinė savijauta po artimojo savižudybės ir profesionalios pagalbos siekimas	61
4.4 Ryšio su prarastu asmeniu artimumo svarba pagalbos siekimo procese	62
4.5 Nuostatų reikšmė profesionalios psichologinės pagalbos siekimui	63
4.6 Įveikos ypatumai ir profesionalios pagalbos siekimas.....	64
4.7 Demografinės bei su netektimi susijusios charakteristikos ir pagalbos siekimas	66
4.8 Sisteminės profesionalios pagalbos siekimo kliūtys.....	66
4.9 Ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams	67
4.10 Rekomendacijos.....	69
IŠVADOS.....	72
LITERATŪRA.....	73
PRIEDAI	86

1. TYRIMŲ APŽVALGA

1.1 Savižudybių problema Lietuvoje

Savižudybės Lietuvoje – rimta problema, kurios mastai vangiai kinta jau daugelį metų. Ryškus savižudybių rodiklių kilimas pastebimas nuo 1991 metų: nuo 1990 iki 1996 m. mirtingumas dėl savižudybių padidėjo net 82,4 proc. (Gailienė, 2005). 1998 – 2002 m. nusistovėjo labai aukšti šalies savižudybių rodikliai (Gailienė, 2015). Deja šiuo metu mūsų šalies rodiklis yra tris kartus didesnis už Europos sąjungos šalių vidurkį. 2017 m. Eurostat duomenimis, Lietuvos savižudybių rodikliai 2014 m. buvo žymiai aukštesni nei kitų Europos šalių: po Lietuvos sekančių Latvijos, Vengrijos ir Slovėnijos savižudybių rodiklis 19 / 100000 gyv., kai tuo tarpu Lietuvos – net 32 / 100000 gyv. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2018 metų duomenimis, 2010 m. dėl savižudybės Lietuvoje mirė 1018 asmenų (rodiklis 32,9 / 100000 gyventojų), 2016 m. – 823 (28,7 / 100000 gyv.), o 2017 m. – 748 (26,4 / 100000 gyv.). Vyrų Lietuvoje nusizudo beveik penkis kartus daugiau nei moterų ir žymiai daugiau nei kitose Europos sąjungos šalyse. Pagal 2017 m. duomenis, vyrų (45,6 / 100000 gyv.) nusizudė žymiai daugiau nei moterų (10 / 100000 gyv.). Lietuvos savižudybių rodikliai kaime (36 / 100 000 gyventojų) didesni nei mieste (21,8 / 100 000 gyventojų).

1.2 Nusizudžiusiųjų artimieji: samprata ir mastai

Suicidologijos pradininkas Edwin Schneidman beveik prieš pusšimtį metų pastebėjo, kad šios srities mokslinis ir praktinis interesas negali apsiriboti tik nusizudžiusiais asmenimis, nes kiekviena savižudybė stipriai paveikia bent keletą artimųjų. Schneidman (1972) teigė, kad nusizudęs asmuo lyg palieka savo psichologinį skeletą gedinčio artimojo emocinėje spintoje (cit. iš Dyregrov & Dyregrov, 2005), taip pabrėždamas dėl savižudybės artimo netekusiųjų gedulo proceso sudėtingumą.

Dėl savižudybės artimo netekusių asmenų samprata ir apibrėžimai nėra vienareikšmiai bei pakankamai aiškūs. Antai literatūroje anglų kalba nusizudžiusiųjų artimieji dažniausiai įvardijami ir kaip *suicide survivors* (liet. *išgyvenę savižudybę*), ir kaip *suicide bereaved* (liet. *gedintys dėl savižudybės*), rečiau – *relatives of suicide victims* (liet. *nusizudžiusiųjų giminės*). Anot Dyregrov (2011), amerikietiškoje literatūroje dominuoja terminas *suicide survivor*, o britiškoje – *suicide bereaved*. Apibūdinimas *suicide survivors* kritikuojamas dėl to, kad gali būti painiojamas su bandžiusiu žudyti, tačiau išgyvenusiu žmogumi (Honeycutt & Praetorius, 2016). Kita vertus, pasak kai kurių autorių, jis pakankamai gerai atspindi po savižudybės artimojo netekusiam asmeniui kylančią užduotį – išgyventi netektį ir prisitaikyti prie gyvenimo be žmogaus, kurio neteko

(Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple, & Marshall, 2014). Nors gedinčiųjų po savižudybės patirčių tyrimų Lietuvoje yra nedaug, labiausiai paplitusios *nusižudžiusiojo artimojo, gedinčio po artimojo savižudybės* ar *dėl savižudybės artimo netekusio* asmens sąvokos (Klimaitė, 2015). Jos bus sinonimiškai naudojamos ir šiame darbe.

Taip pat nėra sutarimo ir dėl to, ką laikysime asmeniu, gedinčiu po savižudybės. Tradiciškai gedinčiais artimaisiais vadinami artimiausi šeimos nariai (Dyregrov, 2011), tačiau oponuojama, jog gedėti dėl netekties gali ir giminytės ryšiais su nusižudžiusioju nesusiję žmonės. Pasak Grad ir Zavasnik (2001, p. 171), nusižudžiusių artimieji – tai „šeimos nariai, bendradarbiai, bendramoksliai ir draugai, mokytojai, pacientai ir, aišku, daugybė žmonių, teikusių tam asmeniui pagalbą: gydytojai, psichoterapeutai, gydytojai psichiatrai, konsultantai, slaugės ir visi kiti psichikos sveikatos specialistai“. Honeycutt ir Praetorius (2016) tyrime paramos grupių gedinčiams dėl savižudybės dalyviai paminėjo net 41 santykio su nusižudžiusioju tipą, tarp kurių sūnus, brolis, teta, anūkas, buvęs vyras, vaikinio brolis, močiutė, patėvis ir kita. Autorių teigimu, tai atskleidžia, kad savižudybės paveiktų žmonių ratas neapsiriboja tik branduolinės šeimos nariais. Labai įvairūs žmonės identifikuoja save kaip nusižudžiusiojo artimuosius, jaučia savižudybės padarinius savijautai ir ieško pagalbos. Cerel, Maple, Aldrich ir van de Venne (2013) tyrimas atskleidė, kad nors artimiausi šeimos nariai buvo linkę dažniau išsakyti, jog jaučiasi paveikti įvykusios savižudybės, nepakanka žinoti, ko asmuo neteko, kad galėtume jį įvardinti gedinčiu dėl savižudybės. Pavyzdžiui, 40 % tų tyrimo dalyvių, kurie neteko bendradarbio, 50 % – draugo, 25 % – kaimyno, jautėsi paveikti įvykusios savižudybės.

Kita vertus, svarbu atkreipti dėmesį ir į tai, kad jei savo artimoje aplinkoje asmuo neteko kažko dėl savižudybės, nebūtinai reiškia, kad jis gedi (Honeycutt & Praetorius, 2016). Berman (2011, p. 111) pateikia abstraktų ir itin platų apibrėžimą: „tai asmenys artimai, tiesiogiai paveikti savižudybės, t.y. tie, kurie save apibrėžtų kaip išgyvenusius savižudybę“. Andriessen (2009) gedinčiu dėl savižudybės asmeniu laiko žmogų, kuris prarado jam reikšmingą (ar mylimą) asmenį dėl savižudybės ir kurio gyvenimas dėl netekties pasikeitė. Vis labiau linkstama manyti, kad apibrėžiant gedulą po savižudybės santykio kokybę ir subjektyviai suvokiamas artimumas svarbesnis nei giminytės ar ryšio tipas.

Bandydami apibendrinti mokslinius tyrimus bei skirtingus požiūrius Cerel su kolegomis (2014) pateikia modelį, kuriame įvykusios savižudybės padariniai aplinkiniams pateikiami kaip išsidėstantys tam tikrame kontinuume. Autoriai išskiria grupę asmenų, kuriuos su nusižudžiusioju siejo tam tikras prierašumo santykis, tačiau reikšmingos reakcijos į netektį ilgai netrunka (angl. *suicide bereaved, short-term, liet. gedulas dėl savižudybės, trumpalaikis*). Dažnai tai šeimos nariai ir partneriai, artimi draugai. Kitai išskiriamai grupei asmenų,

turėjusių su nusižudžiusiuoju artimą santykį, kliniškai reikšmingos reakcijos į netektį pasireiškia ilgą laiką po netekties (angl. *suicide bereaved, long-term*, liet. *gedulas dėl savižudybės, ilgalaikis*). Paprastai tai nusižudžiusiojo šeimos nariai, terapeutai, artimi draugai. Trečioji grupė – paveikti savižudybės asmenys (angl. *affected by suicide*), dėl to patiriantys reikšmingą psichologinę kančią. Be anksčiau minėtų asmenų, į šią grupę gali patekti ir bet kuris žmogus, atradęs nusižudžiusiojo kūną, klasės draugai, bendradarbiai, komandos nariai, kaimynai ir kiti. Galiausiai išskiriama pati didžiausia grupė, apimanti visus, turėjusius sąlytį su savižudybe (angl. *exposed to suicide*). Tai bet kuris asmuo, kuris žino, jog žmogus nusižudė ar apibrėžia save kaip turėjusį sąlytį su savižudybe. Tik šiai grupei priskiriamiems asmenims būdinga, jog jie žino apie įvykusią savižudybę, tačiau dėl to nepatiria reikšmingesnių ilgiau trunkančių pasekmių. Autoriai pabrėžia, kad šis skirstymas negali atspindėti visos patirties po įvykusios savižudybės įvairovės, tačiau jis naudingas tiek klinikinėje praktikoje, numatant tinkamiausias intervencijos priemones, tiek atliekant mokslinius tyrimus. Kartu šis skirstymas apima visus žmones, kurie gali būti vienaip ar kitaip paveikti savižudybės savo aplinkoje, nesikoncentruojant tik į pačius artimiausius. Taip atkreipiamas dėmesys, kad pagalba gali būti reikalinga ir tiems, kurių su nusižudžiusiuoju artimas ryšys nesiejo.

Tradiciškai buvo manoma, kad savižudybė labiausiai paveikia apie šešis artimiausius šeimos narius. Pirmasis tokius skaičiavimus 1969 m. pateikė Schneidman (cit. iš Andriessen, 2009). Vis dėlto anksčiau aptartos nusižudžiusiųjų artimųjų apibūdinimo problemos turi įtakos ir tikslesniam gedinčiųjų masto įvertinimui. Anot Knieper (1999), savižudybė paveikia apie 28 asmenis. Remiantis kitų tyrimų rezultatais, vidutiniškai kiekviena savižudybė paveikia 5 šeimos narius (Chen, Choi, Mori, Sawada, & Sugano, 2009), apie 14 tolimesnių giminaičių, apie 20 draugų ir bendradarbių (Berman, 2011). Pitman, Osborn, King ir Erlangsen (2014) teigia, jog savižudybė turi įtakos net iki 60 aplinkinių. Dyregrov (2009) nurodo, jog vakarietiškoje kultūroje apie 10–15 žmonių galėtume įvardinti kaip gedinčius dėl savižudybės. Taigi, remiantis šiuo siūlymu, apytiksliai galime apskaičiuoti, kad 2017 m. Lietuvoje nusižudžiusieji paliko nuo 7480 iki 11220 gedinčiųjų. Kad ir kuriuo gedinčiųjų po savižudybės apibrėžimu remsimės, akivaizdu, kad savižudybės paveiktų žmonių mastai itin dideli.

1.3 Gedulas po savižudybės

Gedulas po savižudybės – tai sielvartavimo ir bandymo prisitaikyti laikotarpis, patiriamas artimo žmogaus ar bet kurio asmens, turėjusio kontaktą su mirusiuoju ir paveikto jo savižudybės (Pitman et al., 2014). Gedulas atspindi tiek reakciją į artimojo mirtį, tiek procesą, kurio metu individas palaipsniui susitaiko su

netektimi (Klimaitė, 2015). Gedintiesiems po artimojo savižudybės būdingos įvairios, neretai intensyvios fizinės, kognityvinės, emocinės reakcijos bei socialiniai pokyčiai (Begley & Quayle, 2007; Klimaitė, 2015). Išgyvenus artimojo savižudybę gali būti patiriamas šokas, netikėjimas, baimė, liūdesys, kaltė, gėda, pyktis, palengvėjimas, bejėgiškumas, tuštumos jausmas, atsakymo į klausimą, kodėl artimasis nusižudė, prasmės paieškos, energijos trūkumas, koncentracijos sunkumai, kasdienio gyvenimo ritmo sutrikdymas ir kitos reakcijos (Begley & Quayle, 2007; Fielden, 2003; Lindqvist, Johansson, & Karlsson, 2008; McMenamy, Jordan, & Mitchell, 2008; Supiano, 2012). Artimojo mirtis dėl savižudybės priskiriama prie trauminių netekčių, kurios dažnai yra staigios, netikėtos, smurtinės, taigi gedint gali pasireikšti ir potrauminio streso sutrikimo simptomai (Green, 2000; Harrington-LaMorie, Jordan, Ruocco, & Cerel, 2018). Pastebėta, kad po savižudybės gedintiesiems patiems gali suintensyvėti mintys apie savižudybę, padidėti jų suicidinė rizika (Harrington-LaMorie et al., 2018; Young et al., 2012; Pitman et al., 2014; Supiano, 2012). Dėl savižudybės įvykusi netektis priverčia suabejoti esminėmis egzistavimo pasaulyje prielaidomis (prarastas kontrolės, pasitikėjimo, saugumo jausmas) (Begley & Quayle, 2007; Dyregrov & Dyregrov, 2005; Green, 2000). Gedintieji neretai baiminasi, kad savižudybė artimoje aplinkoje nepasikartotų, tampa įtarūs ir nerimastingi (Andriessen, Mowl et al., 2018). Gali susvyruoti religinės prielaidos, pavyzdžiui, kilti abejonių dėl tikėjimo Dievu (Begley & Quayle, 2007). Dažni pokyčiai šeimos sistemoje, bendravimo šeimoje sutrikdymai (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008). Taigi artimojo netektis dėl savižudybės susijusi su neretai intensyviais intrapsichiniais ir psichosocialiniais pokyčiais bei sunkumais.

Vienas dažniausiai keliamų klausimų – ar gedulas po savižudybės skiriasi nuo po kitokio tipo netekčių (natūralios mirties, netikėtos natūralios mirties ir pan.) patiriamo gedulo, taigi ar verta tyrinėti gedulą po įvairių netekčių atskirai. Tyrimų, kuriais bandoma atsakyti į šiuos klausimus, rezultatai nevienareikšmiai. Kai kurie autoriai tvirtina, jog būtent nusižudžiusiųjų artimųjų išgyvenamo gedulo negalime laikyti ypatingai išsiskiriančiu (Ellenbogen & Gratton, 2001; McIntosh & Kelly, 1992; Murphy, 2000). Tačiau svarstoma, kad netektys dėl natūralių priežasčių nesukelia tiek trauminių reakcijų, kiek tokios smurtinės ar netikėtos artimo žmogaus mirtys kaip savižudybė (Klimaitė, 2015). Kokybinių duomenų studijos rodo, kad po savižudybės gedintiesiems būdingos tam tikros specifinės reakcijos: dažnesni klausimai, kodėl artimasis nusižudė, padidėjęs kaltės, kaltinimo, atsakomybės, atstūmimo jausmas ir kitos (Clark, 2001; Clark & Goldney, 1995; Harwood, Hawton, Hope, & Jacoby, 2002; Jordan, 2001). Svein in Walby (2007) atlikę 41 gedulo tyrimo metaanalizę, priėjo išvados, kad gedintys po artimojo savižudybės patiria stipresnius atstūmimo, gėdos, kaltės jausmus, stigmą, dažniau ieško mirties priežasčių. Autorių teigimu, rezultatai gali priklausyti ir nuo

pasirenkamų instrumentų. Kai duomenys renkami instrumentais, kuriais vertinami bendri gedulo bruožai, skirtumų nerandama arba jie labai nežymūs. Jei pasirenkami specifiškesni instrumentai (šiuo atveju, atliepiantys būtent esminius su savižudybe susijusius aspektus), skirtumai išryškėja.

1.4 Gedulo po artimojo savižudybės ypatumai

1.4.1 Kaltė po artimojo savižudybės

Gedint po artimojo mirties neretai gali būti jaučiama kaltė. Li, Stroebe, Chan ir Chow (2014, p. 166) kaltę gedulo procese apibrėžia kaip „atgailavimo emocinę reakciją gedint, kai vertinama, kad nepavyko atitikti tam tikrų vidinių standartų ir lūkesčių, susijusių su velioniu ir / ar jo mirtimi“. Kadangi to, kas padaryta jau negalima pakeisti (nes artimasis miręs), tai gali dar labiau apsunkinti patiriamą kaltę, nes sunkiau rasti būdą, kaip tą kaltę sumažinti (Fisher & Exline, 2010).

Pastebimos išgyvenamos kaltės pasekmės tiek gedinčiojo būsenai, tiek elgesiui. Intensyvūs ir chroniški kaltės jausmai gali stipriai neigiamai paveikti žmogaus emocinę savijautą (Clark, 2012). Li ir kiti (2014) atlikę kaltės gedulo procese tyrimų metaanalizę, apibendrina, kad kaltės patyrimas susijęs su psichologine kančia, prastesne adaptacija, užsitęsusio gedulo simptomais. Siekdamas išpirkti kaltę žmogus gali naudoti įvairias bausmes prieš save, taip tikėdamasis susigrąžinti vidinį teisingumo jausmą (Fisher & Exline, 2010). Vengimo strategijos, tokios kaip socialinė izoliacija arba psichoaktyvių medžiagų vartojimas, taip pat gali suintensyvėti siekiant sumažinti kaltės sukeltą skausmą (Clark, 2012).

Kaip jau minėta, jaučiama intensyvi kaltė yra vienas iš gedului po artimojo savižudybės labiau būdingų ypatumų. Nors kaltės jausmai neretai pasireiškia gedint ir po kitokio tipo netekčių, vis dėlto, savižudybė šiuos jausmus sustiprina, nes tokiu atveju mirtis suvokiama kaip paties žmogaus pasirinkimas (Fielden, 2003). Po svarbaus žmogaus savižudybės patiriama kaltė gali būti susijusi su manymu, kad gedintysis prisidėjo prie mirusiojo problemų (Clark, 2012), buvo viena priežasčių, kodėl artimasis nusižudė (Andriessen, Krysinska, Draper, Dudley, & Mitchell, 2018). Gedintieji neretai kaltina save, kad nepastebėjo savižudybės rizikos ženklų ar nereagavo į juos rimtai, nepakankamai padėjo mirusiajam (Klimaitė, 2015). Be to dėl patirto atstūmimo ir išdavystės kylantys pykčio jausmai taip pat gali paskatinti kaltės jausmo suintensyvėjimą (Lindqvist et al., 2008). Kaltė gali padidėti, jei artimieji pajaučia palengvėjimą dėl po savižudybės sumažėjusios jų ar mirusiojo patiriamos kančios (Harrington-LaMorie et al., 2018). Pastebėta, kad jaučiama kaltė gali būti didesnė, jei santykis su nusižudžiusiuoju prieš mirtį buvo sudėtingas, ambivalentiškas (Fielden, 2003). Kita vertus, kitose studijose randama ir tai, kad nutolęs santykis taip pat gali

paskatinti intensyvesnius kaltės jausmus, nes gedintysis svarsto, jog galbūt per mažai dėmesio skyrė artimajam, per mažai stengėsi, kad santykiai būtų geresni (Klimaitė, 2015). Be to artimieji gali jausti ir atsigavimo kaltę, pavyzdžiui, kad po savižudybės jie kažkuo džiaugiasi ar kažkurį laiką jaučiasi geriau (Fielden, 2003).

Savižudybės priežasčių analizė itin būdinga gedulo po artimojo savižudybės procesui (Begley & Quayle, 2007; Fielden, 2003; Lindqvist et al., 2008). Pastebima, kad priežasčių priskyrimas ir nuolatiniai permąstymai apie mirusiojo gyvenimą, santykio su juo ypatumus gali tarnauti ir kaip būdas įprasminti šią skaudžią patirtį (Supiano, 2012), ir kaip priemonė sumažinti kylančią kaltę bei atsakomybę (Klimaitė, 2015), nes asmuo randa kitokį paaiškinimą, kodėl artimasis nusižudė, ir sumažina sau priskiriamą neigiamą vaidmenį mirusiojo suicidinės krizės procese.

1.4.2 Stigma po artimojo savižudybės

1.4.2.1 Stigmos samprata

Vienareikšmiško stigmatizacijos apibrėžimo nerasime. Norėdami apibendrinti ar palyginti skirtingose studijose gautus rezultatus susiduriame su nevienoda reiškinio samprata, paprastai priklausančia nuo tyrimo tikslo. Pasak Reynders, Kerkhof, Molenbeghs ir Van Audenhove (2014), esminiai stigmos požymiai – tai skirtumų pripažinimas ir nuvertinimas. Ši tyrėjų grupė stigmą apibrėžia kaip didelės visuomenės dalies neigiamą nuostatą tam tikros grupės, pasižyminčios tam tikromis ypatybėmis (pavyzdžiui, psichologiniai sunkumai) ar elgesiu (pavyzdžiui, pagalbos siekimas), atžvilgiu. Autorių teigimu, stigma apima neigiamus įsitikinimus arba stereotipus (visuomenėje paplitusius apibendrinimus apie žmonių savybes, kurie paremti priklausymu tam tikrai stigmatizuojamai grupei), išankstinį nusistatymą (dėl to į stigmatizuojamą grupę nukreiptos neigiamos reakcijos, kaip pyktis ar baimė) bei elgesį (diskriminacija, vengimas). Pryor ir Reeder (2011) pateikia modelį, kuriame atsispindi, kaip stigmatizacija gali pasireikšti skirtinguose lygmenyse (cit. iš Bos, Pryor, Reeder, & Stutterheim, 2013):

- *Viešoji stigma* (angl. *public stigma*) atspindi visuomenės socialines ir psichologines reakcijas, nukreiptas į stigmatizuojamą grupę, kurios gali būti implicitinės (automatiniai ir staigūs atsakai) ir eksplicitinės (apmąstyti, priimtų normų nulemti atsakai). Stigmą dažnai lydi implicitinės reakcijos, o eksplicitinės gali jas arba pristabdyti, arba dar labiau padidinti.

- *Savistigma* (angl. *self-stigma*) atspindi viešosios stigmos įtaką stigmatizuojamam asmeniui ir apima tiek supratimą apie egzistuojančią stigmatizaciją, tiek stigmos internalizaciją. Viešoji stigma gali paveikti stigmatizuojamą asmenį trimis būdais: per veiksma (nemalonus elgesys), kaip

jaučiama stigma (stigmatizavimo patyrimas ar tikėjimasis), kaip internalizuota stigma (negatyvių socialinės stigos aspektų integracija į savęs vaizdą). Frost (2011) teigimu, internalizuota stigma egzistuoja bei veikia asmenį ir tada, kai nėra konkrečių stigmatizacijos apraiškų aplinkoje.

- *Asociacinė stigma* (angl. *stigma by association*) – socialinių ir psichologinių reakcijų, nukreiptų į su stigmatizuojamuoju susijusius asmenis (šeima, draugai ir kt.), visuma. Asociacinę stigmą pastiprina negatyvios asociacijos, siejamos su stigmatizuojamu individu (Reeder & Pryor, 2008).

- *Struktūrinė stigma* (angl. *structural stigma*) – stigos statuso įteisėjimas, išsaugojimas, patvirtinimas institucijose ir ideologinėse sistemose.

Priklausomai nuo lygmens, stigma gali turėti pačių įvairiausių neigiamų pasekmių stigmatizuojamo asmens gerovei ir savijautai. Atstūmimas, atstūmimo baimė, socialinių kontaktų vengimas, nepasitikėjimas savimi, įtampa socialiniuose santykiuose, depresijos simptomai įvardinami kaip stigos padariniai (Frost, 2011). Povilaitienė (2011) aptiko, jog subjektyviai pirmąjį psichozės epizodą patyrusių žmonių artimųjų suvokiama stigmatizacija yra vienas iš svarbiausių psichologinės kančios elementų. Bos su kolegomis (2013) teigia, jog stigma didina socialinę atskirtį ir yra neigiamai susijusi su užuojauta. Su internalizuota stigma susijęs savęs nuvertinimas, atstūmimo, atsiskleidimo baimė (Frost, 2011). Taigi stigmatizaciją patiriantys asmenys gali slėpti savo stigmatizuojamą savybę tam, kad apsisaugotų nuo neigiamų stigos keliamų emocijų ir socialinės atskirties (Reeder & Pryor, 2008). Ne vieno tyrimo rezultatai patvirtina, jog stigma gali tapti rimtu pagalbos iš aplinkinių ir profesionalų siekimo barjeru (Bartik, Maple, & McKay, 2015; Batterham, Calear, & Christensen, 2013; Knieper, 1999; Reynders et al., 2014; Skruibis, Dadašev ir Geležėlytė, 2015). Schomerus ir kiti (2014) analizuodami 25 Europos šalių duomenis rado, kad stigma psichikos sveikatos sutrikimų atžvilgiu teigiamai koreliuoja su savižudybių paplitimu.

Turint omenyje įvairias ir sudėtingas stigos pasekmes asmens psichosocialinei gerovei svarbu, kad intervencijos, skirtos stigos mažinimui, būtų atidžiai suplanuotos, specifinės, grįstos teorinėmis ir empirinėmis žiniomis (Bos et al., 2013). Kaip teigia Pryor su Reeder (2011), stigmą dažnai lydi implicitinės reakcijos, o eksplicitinės gali jas pristabdyti, vadinasi pastebėjęs automatines stigmatizuojančias reakcijas asmuo gali dėti pastangas, kad jas suvaldytų ir neišreikštų elgesiu. Taigi vienos esmingiausių stigos mažinimo priemonių apima edukaciją, tinkamų nuostatų stigmatizuojamos grupės atžvilgiu formavimą pasitelkiant mokymą ir žinias (Witte, Smith, & Joiner, 2010). Svarbūs globalūs metodai, tokie kaip medijos naudojimas mažinant prietarų ir stereotipų neigiamą įtaką (Reeder & Pryor, 2008).

1.4.2.2 Savižudiško elgesio stigmatizacija

Savižudiškas elgesys išskiriamas ir mistifikuojamas jau nuo senų laikų. Gyvybės atėmimas prieštarauja natūraliai žmogaus gyvenimo eigai, nukrypsta nuo visuotinai nusistovėjusių normų (Maple, Edwards, Plummer, & Minichiello, 2010). Įvairiose tautose savižudžiai keldavo didelę baimę, buvo tikima, kad po mirties jie gali grįžti ir kenkti, vaidentis. Su tuo susiję ir įvairūs savižudžių kūno naikinimo ar izoliavimo ritualai (Cvinar, 2005; Gailienė, 1998).

Witte su kolegomis (2010) pastebi, kad savižudybių stigmatizacijos šaknys glūdi religijoje ir teisėje. XIX a. pradžioje dauguma šalių dar turėjo įstatymus, aprašančius bausmes (įskaitant ir įkalinimą) žmonėms, bandžiusiems žudyti (Mishara & Weisstub, 2016). Nors savižudybių smerkimą ir bausmes galime vadinti pirmaisiais bandymais vykdyti savižudybių prevenciją, tokie veiksmai skaudžiai paliesdavo šeimos narius. Jiems tekdavo ne tik susitaikyti su netektimi, bet ir susidurti su įvairiomis bausmėmis, kaip, pavyzdžiui, nusižudžiusiojo kūno sudarkymas, turto konfiskavimas, baudos, statuso ir reputacijos praradimas (Knieper, 1999). Bausmės tarnavo ir kaip įstatymais įteisinta sugėdinimo bei socialinio pasmerkimo priemonė (Mishara & Weisstub, 2016).

Monoteistinėse religijose savižudybės laikomos nepateisinamomis ir amoraliomis (Gailienė, 2015), kas lėmė atitinkamą elgesį bei požiūrį į savižudžius. Pavyzdžiui, krikščioniškuose kraštuose buvo dažna tradicija nusižudžiusįjį laidoti tik tam tikrose vietose, neretai už kapinių ribų (Saulaitis, 2001). Nors tokia pozicija tapdavo svarbiu apsauginiu veiksniu, įvairios savižudybės smerkimo praktikos prisidėdavo prie savižudiško elgesio stigmatizacijos.

XVIII a. religinėse, teisinėse ir socialinėse sistemose bausmės nusižudžiusiųjų artimųjų atžvilgių pradėjo švelnėti. Gedinčiųjų situaciją palengvino ir XX a. pradėjęs plisti biopsichosocialinis požiūris į savižudybes (Cvinar, 2005), tačiau, kad ir subtilesniais pavidalais, nusižudžiusiųjų artimųjų stigmatizacija egzistuoja ir šiomis dienomis (Feigelman, Gorman, & Jordan, 2009; Fielden, 2003). Vis dar gali būti tikima, jog „geri“ žmonės nesizudo, „gerose“ šeimose savižudybė įvykti negali (Knieper, 1999). Nors kun. A. Saulaitis SJ (2001) pripažįsta, kad krikščioniškoji tradicija savižudybę laiko nemoralia ir nepateisinama, pasak jo, savižudybės smerkimas, atsisakymas laidoti nutraukusį savo gyvybę nėra suderinamas su šiuolaikiniu bažnytiniu mokymu, o toks elgesys galbūt yra būdas atsiriboti nuo sudėtingos padėties ir skausmo. Pripažįstama, kad Lietuvos, ilgą laiką buvusios už Sovietų Sąjungos geležinės uždangos, šiuolaikinis požiūris ir praktikos apskritai ilgai nepasiekė (Skrubis ir kt., 2015).

Duomenų apie Lietuvoje vyraujančias neigiamas nuostatas suicidiškų asmenų atžvilgiu gauta ne viename tyrime (Gailienė, 2005; Knizek et al., 2008; Skrubis ir kt., 2010). Kad savižudybės apipintos įvairiais klaidingais įsitikinimais parodė Žemaitienės ir kitų (2001) atliktas Lietuvos mokytojų žinių apie savižudybes

tyrimas, kuriame tik 2,8 % respondentų teisingai įvertino visus apklausoje pateiktus teiginius apie suicidinę riziką. Skruibis su kolegomis (2015) pateikia politikų, nuo kurių priklauso valstybinių savižudybių prevencijos strategijų bei viešosios nuomonės formavimas, nusižudžiusiuosius smerkiančių viešų pasisakymų pavyzdžių. Tokie tyrimų rezultatai apie nuostatas suicidiško elgesio atžvilgiu tik dar kartą patvirtina, kad nesame laisvi nuo savižudybes lydincios stigmatos.

1.4.2.3 Stigmatizacija ir gėda po artimojo savižudybės

Deja savižudiško elgesio stigmatos našta gula ir ant gedinčių artimųjų pečių. Tai patvirtinama ne viename tyrime. Mcmenamy ir kolegų (2008) studijoje net 42 % respondentų jautė gėdą ir stigmą po artimojo savižudybės, 40 % jautė socialinį atstūmimą ir izoliaciją. Dyregrov ir Dyregrov (2005) išanalizuotų interviu su brolio arba sesers savižudybę patyrusiais artimaisiais išsiskyrė stigmatizacijos, gėdos, kaltės temos. Maple su kolegomis (2010) atliktuose interviu taip pat pastebimas subjektyviai išgyvenamos stigmatos dėl įvykusios savižudybės jausmas. Fielden (2003) tyrime atsiskleidė, kad nusižudžiusių artimiesiems sunku aplinkiniams pasakyti, jog mirties priežastis buvo savižudybė, jie pasirenka ją slėpti, meluoti. De Groot, de Keijser bei Neeleman (2006) aptiko, kad nusižudžiusių artimieji jaučiasi vienišesni nei dėl natūralių priežasčių artimo netekę asmenys. Saarinen, Hintikka, Lehtonen, Lonnqvist ir Viinamaki (2002) tyrė nusižudžiusių artimųjų būseną praėjus dešimčiai metų po savižudybės. Palyginus rezultatus su populiacijos duomenimis nustatyta, jog nusižudžiusių artimųjų tarpe socialinė izoliacija buvo dažnesnė. Aptariant vienos pirmųjų studijų apie nusižudžiusių artimųjų patyrimą Lietuvoje rezultatus, taip pat pastebima savižudiško elgesio stigmatizacijos įtaka vengimui kalbėti su aplinkiniais apie savo patirtis ir sunkumus (Skruibis ir kt., 2015).

Stigmatos reikšmė būtent dėl savižudybės artimojo netekusiųjų gedulo procese atsiskleidžia lyginant skirtingo tipo netektis išgyvenusiųjų patyrimą. Harwood ir kiti (2002) tyrė po senų žmonių savižudybės gedinčių artimųjų poreikius bei patirtis, kartu, gautus rezultatus lygino su kontroline grupe – gedinčiųjų po natūralios artimojo mirties gedulo ypatumais. Rezultatai atskleidė, kad būtent stigmatizacijos jausmas ir gėda gedinčiųjų po savižudybės grupėje buvo statistiškai reikšmingai didesni. Chapple, Ziebland ir Hawton (2015) kokybiniame tyrime lygino mirties temos tabu dėl skirtingų priežasčių (savižudybė, nužudymas, teroristiniai išpuoliai ir kt.) netektis patyrusių artimųjų tarpe. Autoriai aptiko, jog gedintieji po savižudybės dažniau mini kaltės, gėdos, stigmatos išgyvenimus. Pitman, Osborn, Rantell ir King (2016) tyrime gauta, kad dėl savižudybės artimo netekusiųjų stigmatos, gėdos ir kaltės skalių įverčiai buvo didesni nei tų, kurie neteko artimo dėl staigos natūralios mirties ar staigos kitokios nenatūralios mirties. Stigmatos vertinimai buvo didžiausi nepriklausomai nuo to, ar su prarastu

žmogumi respondentą siejo kraujo ryšys ar ne. Cerel ir kiti (2008) pastebėjo, kad natūralią artimojo mirtį patyrę gedintieji jautėsi gaunantys daugiau paramos iš aplinkinių nei nusižudžiusiųjų artimieji.

Kita vertus, svarbu atkreipti dėmesį ir į galimą gedinčiojo savistigmos pasireiškimą. Knieper (1999) pastebi, jog neretai nusižudžiusiųjų artimieji jaučiasi gaunantys mažiau pagalbos ir paramos nei socialinio tinklo nariai jaučiasi jos suteikę. Kyla klausimas dėl gedinčiųjų lūkesčių aplinkinių paramos atžvilgiu (Feigelman et al., 2009). Taip pat svarstoma, ar bendravimo sunkumams, besirandantiems tarp artimųjų ir jų aplinkos, neturi įtakos pačių gedinčiųjų projekcijos. Pavyzdžiui, Chapple ir kolegų (2015) kokybiniame tyrime, kuriame dalyvavo įvairias netektis patyrę artimieji, pateiktuose interviu pavyzdžiuose galime išžvelgti nusižudžiusiųjų artimųjų savistigmos pasireiškimą: labai panašų aplinkinių elgesį (pavyzdžiui, perėjimą į kitą gatvės pusę pamačius artimąjį) gedintieji po savižudybės labiau linkę sieti su savižudybės stigma, o kitokias netektis patyrę – mirties tabu ar aplinkinių nežinojimu, kaip elgtis su gedinčiuoju. Fielden (2003) studijoje taip pat pastebima aplinkinių elgesio interpretacijos svarba – nusižudžiusiųjų artimieji aplinkinių vengimą kalbėti mirties tema linkę sieti su savižudiško elgesio stigma. Taigi socialinį vengimą gali skatinti ir išankstinis gedinčiųjų vertinimas, jog aplinkinių reakcijos bus smerkiančios, teisiančios (Begley & Quayle, 2007).

Mokslinėje literatūroje po artimojo savižudybės patiriama gėda neretai apibrėžiama kaip internalizuotos stigmos pasekmė (Hanschmidt, Lehnig, Riedel-Heller, & Kersting, 2016). Jei žmogus pats priima ir vertina stigmatizaciją kaip teisingą ir tapatinasi su stigmatizuojamais asmenims priskiriamomis savybėmis, stiprėja gėdos patyrimas. Pastaroji apima tikėjimą, jog žmogus yra blogas (Fisher & Exline, 2010), netinkamas, nevertas (Wiklander, Samuelsson, & Asberg, 2003). Anot Knieper (1999), gėda po savižudybės susijusi su garbės praradimu lyg kažkas su pačiu gedinčiuoju ar jo mirusiu artimuoju būtų itin blogai.

Stigmatizaciją po artimojo savižudybės lydi įvairios problemos, apsunkinančios gedulo procesą. Anksčiau aptarti tyrimai, kuriuose analizuojamos galimos stigmatizacijos pasekmės individams, tačiau gedintieji po savižudybės su stigmatizacijos pavojumi susiduria tuomet, kai jiems ir taip tenka sudėtinga užduotis susitaikyti su patirta netektimi. Pastebėta, kad neigiamos nuostatos nusižudžiusiųjų artimųjų atžvilgiu gali dar labiau padidinti jų kaltės jausmo išgyvenimus, pabloginti savijautą (Geležėlytė, 2014; Maple et al., 2010). Tyrimuose, kuriuose analizuojami gedinčiųjų poreikiai po artimojo savižudybės, pabrėžiama aplinkinių pagalbos ir paramos svarba (Knieper, 1999), o socialinė izoliacija ir atstūmimas susijęs su didesniais psichologiniais sunkumais (Feigelman et al., 2009; McMenamy et al., 2008). Gėda ir stigmos patyrimas trukdo artimiesiems atvirai išreikšti skausmą (Chapple et al., 2015), taip pat

stigma gali tapti barjeru siekti reikiamos pagalbos ir paramos (Batterham et al., 2013). Stigmos jausmas, būkštavimas, kad sužinoję apie savižudybę aplinkiniai pagalvos, jog šeima turi rimtų problemų (Fielden, 2003), gali tapti rimta kliūtimi siekti paramos. Bartik su kolegomis (2015) analizavo stigmos po artimo draugo savižudybės išgyvenimus Australijos užmiesčiuose. Rezultatai atskleidė savižudybės tabu, lemiantį vengimą kreiptis pagalbos išgyvenant psichinį skausmą.

Patvirtinta, kad su savižudybės patirtimis susidūrę asmenys neretai patiria gėdą: intensyvūs gėdos išgyvenimai gali būti būdingi tiek gedintiems po savižudybės (Drapeau, Cerel, & Moore, 2015; Pitman et al., 2016; Supiano, 2012), tiek asmenims po suicidinio bandymo (Wiklander et al., 2003). Intensyvi gėda gali padidinti jaučiamą pyktį ar neapykantą sau (Fisher & Exline, 2010), taigi įvairūs gynybiniai mechanizmai (pavyzdžiui, slėpimas, vengimas) gali tarnauti siekiant sumažinti gėdos sukeltą skausmą (Fisher & Exline, 2010; Harrington-LaMorie et al., 2018; Wiklander et al., 2003). Bandoma spėti, kad negebėjimas įveikti stigmos dėl savižudybės susijęs su neigiamesnėmis nuostatomis pagalbos siekimo atžvilgiu ir pasyvumu bei bejėgiškumu tos pagalbos siekiant (Drapeau et al., 2015). Taigi patiriama stigmatizacija bei išgyvenama gėda gali tiek apsunkinti gedėjimą, tiek atriboti gedintįjį nuo reikiamų resursų bei pagalbos galimybių.

1.5 Gedulo komplikacijos

Gedulas – tai natūrali žmogaus reakcija į svarbaus žmogaus mirtį. Nors didelė dalis individų po tam tikro laiko prisitaiko prie pokyčių dėl netekties, ilgalaikės intensyvios gedulo reakcijos gali turėti itin neigiamų pasekmių tolesnei asmens adaptacijai (Jordan & Litz, 2014; Prigerson et al., 2009). Šios apsunkintos užsitęsiosios reakcijos dar kitaip mokslinėje literatūroje apibendrinamos kaip „komplikuotas gedulas“, „trauminis gedulas“, „užsitęsęs gedulas“, „chroniškas gedulas“ ir panašiai (Kersting, Braehler, Glaesmer, & Wagner, 2011; Prigerson et al., 2009; Rando et al., 2012). Nors apibrėžimai gali kažkiek skirtis, visi šie apibūdinimai apima neadaptyvų įprasto gedulo proceso sutrikdymą (Howarth, 2011). Siekdami išlaikyti nuoseklumą šiame darbe naudosime *užsitęsiosio gedulo sutrikimo* (UGS) terminą, pasiūlytą Prigerson su kolegomis (2009), kuris vartojamas ir naujausioje Tarptautinės ligų klasifikacijos (TLK-11) versijoje.

Užsitęsiam gedului būdingi tam tikri simptomai, trunkantys ilgiau nei adaptyvaus prisitaikymo prie netekties atveju (Lobb et al., 2010). „Normalus“ (arba įprastas) gedėjimas taip pat apima intensyvų emocinį skausmą, tačiau asmuo po truputį integruoja šią patirtį ir vėl geba gyventi be realaus fizinio mirusiojo egzistavimo (Howarth, 2011). Kitaip tariant, visi gedulo simptomai yra normalūs, tačiau taip galima pasakyti ne apie visas gedėjimo trajektorijas (Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016). Nors ginčijama, jog gedulas, kaip normali

reakcija į netektį, neturėtų būti patologizuojamas, t.y. įtraukiamas į diagnostines kategorijas, tyrimai atskleidžia, kad pateikiami užsitęsusio gedulo simptomai sudaro atskirą konstruklą ir skiriasi nuo natūralių ir adaptyvių reakcijų į netektį (Boelen & van den Bout, 2008).

2018 m. pasirodžiusioje TLK-11 versijoje naujai įtrauktas *užsitęsusio gedulo sutrikimas* (angl. *prolonged grief disorder*) priskiriamas psichikos, elgesio ar neurovystymosi sutrikimų, specifiskai susijusių su stresu, kategorijai. Užsitęsusio gedulo diagnostinė kategorija apima du faktorius, kuriuos sudaro su išsiskyrimo nerimu ir traumine kančia susiję simptomai (O'Connor, Lasgaard, Shevlin, & Guldin, 2010). Apibrėžiama, kad šis sutrikimas gali būti diagnozuojamas asmeniui patyrus reikšmingo jam žmogaus mirtį, kai daugiau nei 6 mėnesius po netekties pasireiškia pastovios gedulo reakcijos: artimojo ilgėjimasis ar nuolatinis mąstymas apie mirusįjį, kurį lydi intensyvus emocinis skausmas (pvz., liūdesys, kaltė, pyktis, neigimas, sunkumai susitaikant su netektimi, jausmas, kad buvo prarasta dalis savęs, negalėjimas patirti teigiamų emocijų, emocinis sąstingis, sunkumai dalyvaujant socialinėse ar kitose veiklose), nebūdingas individo socialiniam, kultūriniam ar religiniam kontekstui. Taip pat būdingas rimtas asmeninio, šeiminio, socialinio, mokymosi, darbinės ar kitų svarbių veiklų sutrikdymas.

Tuo tarpu DSM-5 pateikiamas *lėtinis kompleksinis gedulo sutrikimas* (LKGS) (angl. *persistent complex bereavement disorder*), įtrauktas prie būsenų, kurioms reikalingi tolimesni tyrimai (Lenferink & Eisma, 2018). Nors TLK ir DSM pateikiami patologinio gedulo sutrikimo simptomai netapatūs, yra tyrimų, patvirtinančių, kad diagnozuojant abiejose klasifikacijose pateiktus sutrikimus statistiškai reikšmingų skirtumų negaunama, taigi tiek UGS, tiek LKGS išskirti simptomai vienodai gerai atspindi patologinio gedulo esmę (Maciejewski et al., 2016). Vis dėlto su tuo sutinka ne visi mokslininkai (Lenferink & Eisma, 2018), o tikslesnėms išvadoms reikalingi tolimesni tyrimai.

Vienas iš svarbiausių kilusių klausimų ruošiantis priskirti užsitęsusių gedulą prie diagnostinių kategorijų – tai, ar šis sutrikimas iš tiesų yra atskiras, o ne tiesiog atspindintis vieną iš būdų, kaip gali reikštis kiti sutrikimai. Nors atliktų studijų rezultatai nėra vienareikšmiai, rasta nemažai įrodymų, kad UGS priskiriamos reakcijos nepersidengia su depresijos epizodui, nerimo ar potrauminio streso sutrikimams priskiriamais simptomais, tad užsitęsusio gedulo konstruklą galime laikyti atskiru, kitaip tariant, pasižyminčiu skirtingais simptomais, rizikos faktoriais, eiga, atsaku į gydymą ir rezultatais (Latham & Prigerson, 2004; Pivar & Field, 2004; Prigerson et al., 2009; Prigerson & Jacobs, 2001). Užsitęsusio gedulo sutrikimo pripažinimą atskiru rodo ir jo įtraukimas į naujausią Tarptautinės ligų klasifikacijos versiją.

Nors, kaip minėta, gedulo komplikacijos gali būti būdingos ir be kitų psichikos sutrikimų pasireiškimo, užsitęsusio gedulo ir kitų sutrikimų komorbidiskumas yra dažnas (Jordan & Litz, 2014; Maciejewski et al., 2016). Johnsen, Dyregrov su Dyregrov (2012) aptiko, kad tie, kuriems galėtų būti diagnozuojamas UGS, pasižymi mažesniu pasitenkinimu gyvenimo kokybe. Pastebėta, kad turintiems daugiau užsitęsusio gedulo simptomų, taip pat būdingi prastesni bendros, psichinės ir fizinės sveikatos, socialinio funkcionavimo, fizinių skausmų rodikliai (Prigerson et al., 2009). Randamos teigiamos užsitęsusio gedulo ir depresijos simptomų pasireiškimo intensyvumo sąsajos (Schaal, Elbert, & Neuner, 2009). O'Connor ir kolegų (2010) tyrime aptiktos statistiškai reikšmingos didelės koreliacijos tarp užsitęsusio gedulo ir potrauminio streso sutrikimo simptomų. Autoriai priena išvados, kad užsitęsusio gedulo ir kitų sutrikimų kategorijos gali persidengti, tačiau nėra tapačios.

Pavojinga tai, kad priešingai nei gedulas be komplikacijų, užsitęsęs gedulas yra linkęs lyg „užstrigti“ ir intensyviai įprastai funkcionuoti kasdieniame gyvenime trukdančios reakcijos gali tęstis itin ilgą laiką, jei nesiimama priemonių tam spręsti. Pavyzdžiui, Pivar su Field (2004) tyrinėję karo veteranų gedulo procesą aptiko, jog net praėjus 30 metų po įvykio asmuo vis dar gali patirti intensyvius gedulo simptomus. Wago, Byrkjedal, Sinnes, Hystad ir Dyregrov (2017) tyrime pastebėta, kad užsitęsusio gedulo simptomų intensyvumas praėjus 18 mėnesių po netekties yra susijęs su jų intensyvumu po 28 ir 40 mėnesių po netekties. Nors šiame tyrime pastebėta, kad einant laikui užsitęsusio gedulo simptomatika reikšmingai mažėja, aukštas UG lygis išlieka ir, šiuo atveju, praėjus beveik 3,5 metų po artimojo mirties. Kituose tyrimuose aptikta, kad į užsitęsusio gedulo diagnostinę kategoriją patenkantys asmenys pasižymi aukštesne suicidine rizika nei nepatenkantys (Latham & Prigerson, 2004; Maciejewski et al., 2016; Schaal et al., 2009). Taigi neišspręstas gedulas gali apsunkinti žmogaus adaptaciją itin ilgam laikui ir tapti chroniška būseną, nesibaigiančia savaime, jei nebus taikomos efektyvios klinikinės intervencijos (Prigerson et al., 1995; Schaal et al., 2009).

Kadangi užsitęsusio gedulo diagnostinė kategorija yra itin nauja ir iki šiol daugiausiai dėmesio buvo skiriama jos išgryninimui ir sąsajų su kitais psichikos sutrikimais analizei, epidemiologinių studijų kol kas yra iš ties nedaug. Vokietijoje atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, jog 3,7 % populiacijos galėtų būti diagnozuojamas užsitęsusio gedulo sutrikimas (Kersting et al., 2011), kitose studijose pateikiami ir didesni rodikliai (Jordan & Litz, 2014). Anot Prigerson su kolegomis (1995), apie 20 % gedinčiųjų yra būdingos gedulo komplikacijos. Tikėtina, kad nusistovėjus aiškesnei diagnostinei kategorijai bei jos įvertinimo įrankiams, bus konstruojamos tikslesnės užsitęsusio gedulo sutrikimo epidemiologinės studijos.

Netikėtos trauminės netektys, tarp kurių yra ir savižudybės, išskiriamos kaip vienas iš užsitęsusio gedulo rizikos veiksnių (Lobb et al., 2010). Kol kas tyrimų, kuriuose būtų analizuojamas užsitęsusio gedulo pasireiškimas tarp dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų, yra nedaug. De Groot ir kitų (2006) studijoje nusižudžiusių artimiesiems buvo būdingi intensyviau išgyvenami užsitęsusio gedulo simptomai nei tiems, kurie neteko artimo dėl natūralių priežasčių. Vis dėlto šiame tyrime išvados paremtos rezultatais, gautais praėjus tik 3 mėnesiams po netekties. Mitchell, Kim, Prigerson, Mortimer-Stephens (2004) tyrime net 43 % gedinčiųjų po savižudybės buvo galima diagnozuoti užsitęsusio gedulo sutrikimą. Taip pat išanalizavus rezultatus buvo nustatyta, kad subjektyviai suvokiamas artimas santykis su mirusiuoju dėl savižudybės yra susijęs su gedulo komplikuotumu ir yra svarbesnis nei formalus ryšio tipas. Tikėtina, kad oficialus užsitęsusio gedulo diagnostinės kategorijos įtraukimas į klasifikacijas paskatins mokslininkų susidomėjimą jo paplitimu bei raiška ir nusižudžiusių artimųjų imtyje.

1.6 Pagalba po artimojo savižudybės

1.6.1 Socialinio tinklo narių pagalba ir parama

Pastebima, kad gedint po netekties nusižudžiusių artimiesiems svarbi socialinio tinklo narių pagalba. Reikšminga ir emocinė parama – išklausa, rūpestis, noras suprasti, ir instrumentinė (arba praktinė) pagalba, padedant gedinčiam susitvarkyti su kasdieniais rūpesčiais (McNess, 2007; Miers, Abbott, & Springer, 2012). Išskiriamos dvi pagrindinės socialinės paramos funkcijos gedint: *apsauginė* (angl. *buffering*) ir *atsigavimo* (angl. *recovery*). Socialinė parama atlieka apsauginę funkciją, kai socialiniai kontaktai, kuriuos žmogus palaiko prieš mirštant svarbiam asmeniui, suteikia saugumo ir resursų, palengvinančių reakcijas į netektį, taigi pastarosios poveikis žmogui nebūna toks stiprus (Anusic & Lucas, 2014). Tačiau net tada, kai reakcijos į netektį yra intensyvios, socialinė parama gali paspartinti gedinčiojo atsigavimą, paskatinti adaptyvesnius gedulo įveikos procesus (Stroebe, Zech, Stroebe, & Abakoumkin, 2005). McMenamy ir kolegų (2008) tyrime 86 % dalyvių, o Wilson ir Marshall (2010) tyrime 95 % dalyvių naudojami artimų draugų parama po netekties dėl savižudybės. Anot Lindqvist ir kitų (2008), socialinio tinklo narių paramą ir pagalbą gedintieji itin vertina.

Deja dažnai minimos ir neigiamos socialinės reakcijos patiriamos gedint. Dyregrov (2004) tai vadina *socialiniu bejėgiškumu*, kuris atspindi sunkumus, kylančius aplinkiniams reaguojant į gedintį žmogų. Šis bejėgiškumas gali reikštis paramos bei rūpesčio trūkumu, vengimu (paties artimojo ar netekties temos), sunkumais toleruojant kitų skausmą ar gedulą, beprasmiškais ar net skaudžiais pasisakymais, netinkamų patarimų dalijimu. Gedintieji pastebi, kad aplinkiniai

šalia jų jaučiasi nejaukiai (Begley & Quayle, 2007). Anot Murphy (2000), netinkama socialinė parama gali pastiprinti atstūmimo jausmą ir atsiribojimo tendencijas. Artimieji neretai teigia jaučiantys spaudimą nustoti gedėti, greičiau užmiršti netektį ir gyventi toliau, taigi nenorėdami savo gedulu „trukdyti“ kitiems jie gali stengtis atsiriboti nuo žmonių, mažiau bendrauti (Lindqvist et al., 2008).

Socialiniai sunkumai po artimojo savižudybės gali būti susiję ir su gedinčiųjų savijauta. Energijos trūkumas, prislėgtumas ir pažeidžiamumas gali skatinti kontaktų ribojimą (Dyregrov & Dyregrov, 2005; Gaffney & Hannigan, 2010; Maple et al., 2010). Maple su kolegomis (2010) atliktame tyrime atsiskleidžia padidėjęs nusižudžusiųjų artimųjų jautrumas socialinėse situacijose. Autoriai pabrėžia, kad gedintieji labai atsargiai vertina, ar gali atsiverti aplinkiniams, ir dažniausiai lieka nusivylę, nes jaučiasi atstumti ir negalintys atvirai kalbėti apie tai, kas įvyko. Kartu atsiribojimas gali būti ir vienas iš būdų valdyti intensyvius emocinius išgyvenimus, pavyzdžiui, išvengti pokalbių apie netektį ir kartu susidūrimo su praradimo realybe (Begley & Quayle, 2007). Be to gedintieji neretai tiesiog jaučia norą pabūti vieniems, atsiriboti nuo aplinkinių ir apgalvoti, kas įvyko (Fielden, 2003; Gaffney & Hannigan, 2010). Apibendrinant, priešastys, dėl kurių sutrinka gedinčiųjų socialinis funkcionavimas, gali apimti tiek su gedulo reakcijomis susijusią savijautą, tiek netinkamą aplinkinių elgesį dėl nežinojimo, kaip reaguoti į gedulą ar mirties temą apskritai, tiek kiek anksčiau aptartą savižudiško elgesio stigmatizaciją ir pačių artimųjų savistigumą.

Nors požiūris, kad socialinė pagalba ir parama gedint yra itin reikšminga ir apsaugo individus nuo gedulo komplikacijų labai paplitęs (Gaffney & Hannigan, 2010; Knieper, 1999), vis dėlto tai patvirtinančių tyrimų yra itin mažai, gaunami rezultatai nevienareikšmiški (Stroebe et al., 2005). Randasi vis daugiau studijų, kuriose nėra gaunama, jog aplinkinių palaikymas turi itin didelę reikšmę susitaikant su netektimi ar įveikiant gedulo komplikacijas. Stroebe ir kolegų (2005) atliktoje longitudinalinėje gedinčių po sutuoktinio netekties moterų studijoje nepastebėta, kad socialinė parama turėtų apsauginį ar atsigavimą pagreitinantį efektą, t.y. tie gedintieji, kurie jautėsi gaunantys daugiau socialinės paramos, nepasižymėjo greitesne adaptacija prie pokyčių po netekties. Anusic ir Lucas (2014) taip pat nerado, kad socialinė parama turėtų apsaugantį efektą patyrus netektį. Longitudiniame Wago ir kolegų (2017) tyrime tėvų, netekusių vaiko po teroristinio išpuolio ir vertinusių save kaip turinčių daugiau socialinės paramos, užsitęsusių gedulo simptomai nebuvo mažiau intensyvūs. Taip pat aptikta, kad šių simptomų švelnėjimas einant laikui nesusijęs su gaunama socialine parama. Autoriai prieina išvados, kad bent jau šiame tyrime nepastebėta, kad socialinė parama galėtų paspartinti atsigavimą po trauminės netekties. Tokie rezultatai dar kartą patvirtina, kad nepaisant to, kiek turi socialinio palaikymo artimoje aplinkoje, gedintiesiems gali būti reikalinga ir profesionalų pagalba.

1.6.2 Profesionalų pagalba po artimojo savižudybės

Gedintiems po savižudybės gali būti reikalinga ir profesionali pagalba (Jordan & McMenamy, 2004; Knieper, 1999). Schneidman (1969) pirmasis atkreipė dėmesį į pagalbos gedintiems po savižudybės reikšmę ir įvedė *postvencijos* terminą (cit. iš Andriessen, 2009). Andriessen (2009) postvenciją apibrėžia kaip veiksmus, skirtus nusižudžiusiųjų artimųjų būsenos gerinimui bei neigiamų pasekmių, ypač suicidiško elgesio, prevencijai. Postvencijos priemonės yra skirtos tiek padėti gedintiems suvaldyti krizę iš karto po netekties, tiek išvengti ilgalaikių neigiamų savižudybės pasekmių (Harrington-LaMorie et al., 2018). Tyrimai rodo teigiamą profesionalių psichologinių intervencijų (psichologinis konsultavimas, psichoterapija, psichoterapinės ir savitarpio pagalbos grupės) poveikį gedinčiųjų savijautai (Lichtenthal et al., 2011; McDaid, Trowman, Golder, Hawton, & Sowden, 2008). Anot Supiano (2012) savitarpio pagalbos grupių gedintiems po savižudybės tikslai yra padėti prisitaikyti prie netekties per paramos gavimą ir teikimą būnant tarp panašių netektį patyrusių žmonių, izoliacijos mažinimą bei skatinimą pergaltoti klaidingas prielaidas apie gedulą ir netektį. Nusižudžiusiųjų artimiesiems gali būti reikšminga ir kitų specialistų – policininkų, gydytojų, laidojimo namų darbuotojų, dvasininkų, mokytojų – pagalba ir parama (McMenamy et al., 2008).

Tyrimuose atskleidžiamas pačių gedinčiųjų išsakomas stiprus profesionalios pagalbos poreikis. Net 95 % Wilson ir Marshall (2010) tyrimo dalyvių, gedinčių po savižudybės, išreiškė specialistų pagalbos poreikį. 27 % tyrimo dalyvių manė, kad profesionali pagalba reikalinga bent vienerius metus po savižudybės, 19 % – bent dvejus. 46 % kreipėsi į gydytojus psichiatrus, psichologus, kitus konsultantus. 43 % kreipėsi į šeimos gydytojus, 41 % dalyvavo savitarpio pagalbos grupėse. Net 80 % McMenamy ir kolegų (2008) tyrimo dalyvių, gedinčių po savižudybės, minėjo kreipėsi psichikos sveikatos specialistų pagalbos ir vertino ją palankiai (nuo vidutiniškai iki labai naudingos). 85 % dalyvavo savitarpio pagalbos grupėse, 85 % domėjosi literatūra apie gedulo ir savižudybės procesus, 78 % lankė individualią psichoterapiją, 51 % vartojo psichotropinius vaistus. Studijose randama, kad, pavyzdžiui, praėjus 3 mėnesiams po mirties nusižudžiusiųjų artimųjų jaučiamas profesionalios pagalbos poreikis reikšmingai didesnis nei tų, kurie neteko artimo dėl natūralių priežasčių (de Groot et al., 2006).

Klimaitė (2015) aptaria specializuotos pagalbos galimybes nusižudžiusiųjų artimiesiems Lietuvoje. Nors vieningos sėkmingai funkcionuojančios valstybinės savižudybių prevencijos strategijos iki šiol nėra, o specializuotų pagalbos galimybių prieinamumas vis dar ribotas, pastaraisiais metais pastebimas teigiamas poslinkis jas plečiant. Nemokama pagalba teikiama bendruose psichikos sveikatos įstaigų skyriuose arba psichologinės pagalbos centruose. 2015 m. Lietuvoje įkurta

asociacija „Artimiems“ (www.artimiems.lt), vienijanti dėl savižudybės artimo netekusius žmones. Asociacija imasi iniciatyvos organizuoti savitarpio pagalbos grupes įvairiuose Lietuvos miestuose, teikti informaciją apie pagalbos būdus bei užsiima kita aktualia gedintiesiems veikla. „Artimiems“ taip pat vykdo projektus, kurių metu, gedintieji po savižudybės turi galimybių gauti nemokamų psichologinių konsultacijų, teikiamų savižudybių prevencijos srityje dirbančių specialistų.

1.7. Profesionalų pagalbos siekimo kliūtys

1.7.1 Profesionalų pagalbos siekimo barjerai gedinčiųjų po artimojo savižudybės tyrimuose

Kadangi profesionalų pagalba ir parama gedint gali būti reikšminga padedant žmogui adaptyviai prisitaikyti prie netekties, svarbu analizuoti kliūtis, kodėl besikreipiančiųjų profesionalios pagalbos skaičiai neretai yra maži bei neatitinkantys išsakomo pagalbos poreikio. Pavyzdžiui, tik 44 % Wilson ir Marshall (2010) tyrimo dalyvių gedinčiųjų po savižudybės gavo profesionalios pagalbos (nors poreikį išreiškė net 95 %). Pasak Aguirre ir Slater (2010), Jungtinėse Amerikos Valstijose tik vienas iš keturių dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų patys siekia norimos pagalbos. Taigi neatitikimas tarp išsakomo pagalbos poreikio bei realaus kreipimosi į specialistus dažnio gali būti itin ryškus.

Keletoje studijų, kuriose analizuojami pagalbos siekimo po artimojo savižudybės ypatumai, minimos itin įvairios galimos kliūtys. McMenamy ir kitų (2008) tyrime gedinčiųjų po savižudybės depresyvi nuotaika ir energijos trūkumas buvo išsakomas kaip vienas svarbiausių pagalbos siekimo barjerų (52 %), toliau – informacijos apie pagalbos galimybes trūkumas (45 %), pagalbos neprieinamumas (34 %), nenoras jos prašyti (30 %), susirūpinimas kitų nuomone (27 %), laiko trūkumas (25 %), nepasitikėjimas profesionalais (24 %), finansų trūkumas (18 %), šeimos narių nepritarimas (17 %), gėda (14 %), baimė, kad pagalba bus neefektyvi ar net žalinga (14 %). Kitame jaunų gedinčiųjų po artimojo savižudybės žmonių tyrime buvo minimi įvairūs profesionalios pagalbos siekimo barjerai (noras išspręsti savo problemas pačiam, informacijos apie pagalbos galimybes trūkumas, nepasitikėjimas įstaigomis ir specialistais, baimė būti teisiamam ir kiti) bei siekti pagalbos motyvuojantys veiksniai (teigiamos ankstesnės pagalbos gavimo patirtys, socialinė parama, kitų padaršinimas ir palaikymas, konfidencialumo užtikrinimas, pasitikėjimas specialistu ir kiti) (Andriessen, Mowl et al., 2018). Skruibis su kolegomis (2015) apibendrina 44 tyrimo dalyvių, nusižudžiusiųjų artimųjų ir bandžiusiųjų žudytis, interviu duomenis ir išskyrė tris pagrindines temas, susijusias su vengimu dalintis savo patirtimis ir sunkumais su aplinkiniais: išryškėjo saviklivos (t.y. įsitikinimų apie

save kaip savarankiškai turintį išspręsti sunkumus), nepasitikėjimo aplinkiniais ir savižudiško elgesio kaip neigiamos socialinės žymės temos. Taigi gedinčiųjų po netekties dėl savižudybės tyrimuose išsiskiria tiek su nuostatomis, tiek su praktiniais sunkumais susijusios profesionalios pagalbos siekimo kliūtys, tačiau egzistuojantys tyrimai daugiau atspindi šių barjerų įvairovę, o ne bendresnes tendencijas. Itin trūksta duomenų apie konkrečių pagalbos siekimo kliūčių reikšmę gedulo po artimojo savižudybės pagalbos siekimo procese.

1.7.2 Kiti reikšmingi profesionalų pagalbos siekimo barjerai

Kushner ir Sher (1989) pastebi, kad psichologinės pagalbos siekimo procesas yra sudėtingas, tad tam, kad geriau suprastume pagalbos siekimo ypatumus, svarbu įvertinti įvairių faktorių reikšmę. Toliau aptarsime dar keletą mokslinėje literatūroje dažniausiai minimų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo barjerų.

Nuostatos profesionalios pagalbos siekimo atžvilgiu – veiksnys, kurio svarba pagalbos siekimo elgsenai randama daugelyje studijų. Nuostata – tai asmens polinkis teigiamai arba neigiamai reaguoti (kognityviniais, emociniais, ketinimo ar elgesio atsakais) į objektą, asmenį, įvykį ar panašiai (Ajzen, 2005). Pastebima, kad teigiamesnė nuostata psichikos sveikatos specialistų pagalbos siekimo atžvilgiu teigiamai susijusi tiek su intencija tos pagalbos siekti, tiek su realiu pagalbos siekimo ir gavimo elgesiu (Cramer, 1999; Elhai, Schweinle, & Anderson, 2008; Fischer & Farina, 1995; Picco et al., 2016; ten Have et al., 2010). Pasak Drapeau su kolegomis (2015), apie nusižudžiusiųjų artimųjų nuostatas pagalbos siekimo atžvilgiu ir pagalbos siekimo elgseną žinoma labai mažai.

Numatant asmens elgesį, taip pat gali būti svarbu įvertinti socialines normas, atspindinčias aplinkinių reakcijų į tą elgesį numatymą, suvokiamą socialinį spaudimą to elgesio atžvilgiu (Ajzen, 2002). Jaunų žmonių psichologinės pagalbos siekimo elgseną skatinančių ir slopinančių veiksnių tyrimų metaanalizėje atskleista, kad vienas dažniausiai minimų pagalbos siekimo trukdžių – tai **suvokiama pagalbos siekimo stigma** (Nam et al., 2013). Neigiamų socialinių normų suvokimas gali skatinti stigmos internalizaciją ir patiriamą asmeninę gėdą kreipiantis į specialistus dėl psichologinių sunkumų (Vogel, Wade, & Hackler, 2007). Siekdamas profesionalios psichologinės pagalbos žmogus gali būkštauti dėl psichikos sutrikimo diagnozės. Taigi nenorėdamas savęs identifikuoti su nemėgstama grupe žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, asmuo gali vengti kreiptis pagalbos, kad nebūtų tapatinamas su savybėmis, dėl kurių patirtų gėdą (Schomerus & Angermeyer, 2008). Kitaip tariant, žmonėms rūpi, ką jie galvotų apie save, jei siektų pagalbos (Topkaya, 2014). Ne vienoje studijoje pastebėta, kad tiek suvokiama stigmatizacija, tiek savistigma psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu mažina tikimybę jos siekti (Barney, Griffiths, Jorm, &

Christensen, 2006; Komiya, Good, & Sherrod, 2000; Topkaya, 2014; Vogel, Wester, & Larson, 2007).

Kitas neretai su psichologinės pagalbos bei paramos siekimu siejamas veiksnys – tai asmens **polinkis atskleisti** (arba slėpti) **asmeniškai svarbią informaciją, susijusią su nemaloniomis emocijomis ar psichologine kančia**, nepriklausantis nuo vertinimo laiko ar skirtingų situacijų (Kahn & Hessling, 2001; Kahn, Huckle, Bradley, Glinski, & Malak, 2012). Asmeninių patirčių ir jausmų atskleidimas yra vienas svarbiausių psichologinių intervencijų po savižudybės elementų tiek dalinantis jomis individualiai su specialistu, tiek grupėje. Ne vienu tyrimu patvirtinta atvirumo atskleidžiant kančią reikšmė nuostatomis ir intencijoms siekti profesionalaus psichologinio konsultavimo (Nam et al., 2013; Vogel et al., 2007; Vogel & Wester, 2003). Autoriai daro išvadą, kad asmens sprendimas siekti ar nesiekti psichikos sveikatos profesionalų pagalbos stipriai susijęs su tuo, kiek individas jaučiasi saugiai atskleisdamas jam emociškai svarbius dalykus.

Įveika apima mintis ir elgesį, kuriais asmuo naudojasi, siekdamas patenkinti vidinius ir išorinius reikalavimus situacijose, kurios vertinamos kaip stresinės (Lazarus & Folkman, 1984). Individui įvertinus, kad svarbūs jam tikslai ar aspektai buvo pažeisti, prarasti ar jiems kilo pavojus, jis gali naudotis tam tikromis įveikos strategijomis (Folkman & Moskowitz, 2004). Nors įveikos procesas yra sudėtingas, pastebima, kad žmonėms gali būti būdingas polinkis dažniau naudotis vienokiomis ar kitokiomis įveikos strategijomis, kitaip tariant, būdais, kurie padeda sumažinti kylančias neigiamas emocijas, suvaldyti stresines aplinkybes ar išspręsti gyvenimo problemas (Tam & Lim, 2009). Dažnai išskiriamos į emocijų reguliaciją, į problemos sprendimą, į vengimą ar į socialinės paramos siekimą orientuotos įveikos strategijos (Folkman & Moskowitz, 2004; Tam & Lim, 2009).

Kaip minėta, siekti pagalbos ir paramos iš aplinkinių ar profesionalų taip pat yra sunkumų įveikos strategijos (Li et al., 2014). Be to ir kai kurios kitos įveikos strategijos gali būti siejamos su didesne tikimybe siekti aplinkinių bei profesionalų pagalbos susidūrus su sunkumais. Drapeau ir kitų (2015) tyrime gedintieji po artimojo savižudybės, pasižymėję didesniu atvirumu patyrimui, sutariamumu (Didžiojo penketo asmenybės modelis (Costa & McCrae, 1989)) ir aktyviu emociniu įveikos stiliumi, nuostatas pagalbos siekimo atžvilgiu vertino kaip teigiamesnes. Autonomijos poreikis (pastangos išspręsti kylančius sunkumus pačiam, be kitų pagalbos) Pumpa ir Martin (2015) tyrime buvo neigiamai susijęs su noru siekti profesionalios pagalbos. Nolen-Hoeksema ir Davis (1999) aptiko, kad asmenys, kurie yra labiau linkę į permąstymus (angl. *ruminators*), gedint dažniau naudojasi socialine parama ir jiems ji gali būti naudingesnė, gali padėti labiau sumažinti patiriamos kančios lygį. Tarp žmonių, mažiau linkusių į permąstymus, ši tendencija nebuvo stebima. Autoriai kelia prielaidą, kad, kadangi

į permąstymus linkusiems asmenims dažniau būdinga pasikartojančiai ir pasyviai permąstyti traumą bei savo reakcijas į ją, socialinis tinklas jiems gali padėti ieškoti atsakymų į keliamus klausimus ir suteikti reikalingą palaikymą bei paskatinti aktyviau orientotis į prisitaikymą prie pokyčių po netekties. Taigi įveikos būdų susidūrus su sunkumais naudojimo ypatumai gali būti susiję ir su gedėjimu, ir su pagalbos siekimu patyrus artimo žmogaus netektį.

Nors asmeniui įprastas stresorių įveikimo būdas gali atsiskleisti ir gedint, vis dėlto gedėjimo metu siekiant susitaikyti su itin intensyviu ir ypatingų resursų reikalaujančiu stresoriumi – netektimi (Stroebe et al., 2005; Supiano, 2012) – gali būti pasitelkiami ir kitokie įveikos mechanizmai. Taip pat įvykusi trauminė netektis gali apsunkinti priėjimą prie įprastai naudojamų įveikos būdų ir resursų (Green, 2000). Anot Stroebe ir Schut (2001), adaptyvios gedulo įveikos strategijos gali būti apibrėžiamos kaip tos, kurios padeda žmogui sumažinti negatyvias fizines ir psichologines pasekmes ir sielvartą po netekties. Gaffney su Hannigan (2010) atliko kokybinę gedulo įveikos po artimojo savižudybės studiją ir pastebėjo, kad tyrimo dalyviams svarbiausias tinkamos įveikos rezultatas buvo netekties priėmimas ir įprastas funkcionavimas esminėse gyvenimo srityse. Stroebe ir Schut (1999) gedulo įveikos procesui suprasti pasiūlė *gedulo įveikos dvigubo proceso modelį* (angl. *dual-process model of coping with bereavement*). Modelyje pabrėžiama, kad gedintysis turi įveikti tiek su netektimi, tiek su prisitaikymu prie gyvenimo po netekties susijusius stresorius. Gedint nuolat patiriamas svyravimas tarp susidūrimo su netektimi (pavyzdžiui, prisiminimai) ir jos vengimo (pavyzdžiui, užsiėmimas kitomis veiklomis), kuris ir užtikrina sėkmingą prisitaikymą. Taigi nei susidūrimo su netektimi, nei netekties vengimo elgesys neturėtų būti laikomas išimtinai netinkamu.

Nors ginčijama, kad galima išskirti adaptyvias ir neadaptyvias įveikos strategijas gedint, vis dėlto tyrimais siekiama išsiaiškinti, kas žmonėms labiausiai padeda prisitaikyti prie netekties pokyčių. Tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiai. Schnider, Elhai ir Gray (2007) aptiko, jog vengianti emocinė įveika (pavyzdžiui, neigimas, psichoaktyvių medžiagų vartojimas ir pan.) susijusi su komplikuoju gedulo ir potrauminio streso sutrikimo simptomų pasireiškimo intensyvumu. Tuo tarpu Parker su McNally (2008) tyrimas parodė, kad po savižudybės gedintys asmenys, kurie įveikdami sunkumus yra linkę slopinti emocines reakcijas, buvo mažiau prislėgti, pasižymėjo mažiau intensyviomis gedulo reakcijomis, taigi jų prisitaikymo prie netekties lygis buvo aukštesnis. Caserta ir Lund (2007) aptiko, kad jei gedintysis labiau orientuojasi į netektį, o ne į prisitaikymą po netekties, jam būdingi aukštesni depresyvumo, vienišumo, sielvarto rodikliai. Tuo tarpu, jei asmuo labiau orientuotas į prisitaikymą ir mažiau į netektį, jis pasižymi didesniu saviveiksmingumo įveikiant netekties skausmą rodikliu. Siekiant suprasti, kas geriausiai atitinka gedinčiųjų poreikius ir sėkmingą prisitaikymą prie netekties,

svarbu analizuoti ir tai, kaip naudojami gedulo įveikos būdai yra susiję su pagalbos po netekties siekimu.

Tyrimuose minima ir **demografinių veiksmių** (amžius, lytis, išsilavinimas ir kita) įtaka pagalbos siekimo elgsenai, tačiau rezultatai nėra vienareikšmiai (Elhai et al., 2008; Picco et al., 2016; Vogel et al., 2007). Pavyzdžiui, vienuose tyrimuose randama, kad vyresnio amžiaus žmonės pasižymi teigiamesnėmis nuostatomis profesionalios psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu (Elhai et al., 2008), kituose – kad jaunesnio (Picco et al., 2016). Tuo tarpu Lietuvoje atliktoje trijų kartų palyginimo studijoje nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp jauniausios, vidurinės ir vyriausios kartos gyventojų kreipimosi į psichikos sveikatos specialistus įveikiant sunkumus dažnumo (Skerytė-Kazlauskienė, Mažulytė ir Eimontas, 2015). Tyrimai, kuriuose būtų analizuojama sociodemografinių kintamųjų reikšmė pagalbos siekimo procese svarbūs, nes tai padėtų parinkti tinkamiausias priemones, kaip paskatinti skirtingomis charakteristikomis pasižyminčius žmones dalyvauti klinikinėse intervencijose.

1.8 Kultūrinio konteksto reikšmė

Gedulas ir gedulo įveika – glaudžiai su kultūra susiję reiškiniai, tad studijų, atliktų kitose šalyse rezultatai, negali būti aklaai taikomi priimant svarbius sprendimus savižudybių prevencijos srityje (Hjelmeland & Knizek, 2010; Dyregrov, 2011; Osafo, Hjelmeland, Akotia, & Knizek, 2011). Pabrėžiama, jog siekiant geriau suprasti stigmatos reikšmę bei jos mažinimo galimybes taip pat svarbūs įvairių kultūrų tyrimai (Pitman et al., 2016). Taigi konkretaus kultūrinio konteksto studijos reikšmingos dėl kelių priežasčių: siekiant geriau suprasti su savižudybėmis susijusių aspektų pasireiškimo įvairovę bei planuojant įgyvendinti geriausiai esamą kultūrinį kontekstą atitinkančias, taigi efektyviausias, postvencines priemones.

Jau kurį laiką keliami klausimai apie Lietuvos istorinės praeities ir susiformavusios kultūros reikšmę aktualioms dabarties problemoms, tarp jų – itin aukštiems savižudybių rodikliams (Gailienė, 2015). Svarstoma, jog galbūt okupacijos patirtis bei ilgą laiką trukęs šalies atskyrimas nuo Vakarų pasaulio nesudarė sąlygų naujų modernių idėjų sklaidai ir savižudybių destigmatizacijai (Skruibis ir kt., 2015). Kartu, pasak Gailienės (2015), okupacijos patirtis turėjo įtakos jaučiamai baimei, nepasiklovimui aplinkiniais ir tikėjimui, kad asmeniniai sunkumai turi būti laikomi paslapyje bei sprendžiami savarankiškai. Visai neseniai atliktoje plataus masto kompleksinėje studijoje apie Lietuvos gyventojų asmeninių ir istorinių traumų patirtis, įveiką bei sąsajas su psichologine sveikata atskleista, kad dažniausiai Lietuvos žmonės savo sunkumus stengiasi įveikti patys, be kitų pagalbos. Antras pagal dažnumą naudojamas įveikos būdas – ėmimasis

darbo ar kitų veiklų siekiant nukreipti mintis. Į psichikos sveikatos specialistus esant sunkumams kreipiamasi itin retai (Skerytė-Kazlauskienė ir kt., 2015).

Anot Klimaitės (2015), mokslinių gedėjimo po artimojo savižudybės aspektų analizių Lietuvoje yra itin mažai. Andriessen (2014) pastebi ryškų šalių su didžiausiais savižudybių rodikliais tyrimų publikacijų trūkumą pagrindiniuose suicidologijos srities moksliniuose žurnaluose. Atlikta šių žurnalų turinio analizė (iki 2013 m.) atskleidė, kad publikacijų apie Lietuvoje vykdytus tyrimus gedulo po savižudybės tema nebuvo, nors savižudybių rodikliai yra vieni aukščiausių. Akivaizdu, kad savižudybių postvencijos tyrimams Lietuvoje turėtų būti skiriamas didesnis dėmesys.

1.9 Tyrimo problema

Aptarėme dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų savijautos ypatumus bei po netekties kylančius psichosocialinius sunkumus, dėl kurių gedintiesiems gali būti reikalinga tiek socialinio tinklo narių, tiek profesionalų pagalba. Vis dėlto kai kuriuose moksliniuose tyrimuose pastebima, kad socialinė parama gali ir nebūti tokia reikšminga gedinčiajam prisitaikant prie įvykusios netekties nei manyta anksčiau. Taip pat turint omenyje padidėjusią gedulo komplikacijų bei suicidinę riziką tarp gedinčiųjų dėl savižudybės, tinkama laiku suteikta profesionali psichologinė pagalba gali turėti itin svarbios reikšmės užkertant kelią tolimesnės psichopatologijos vystymuisi bei užtikrinant sveiką asmens adaptaciją ateityje. Pastebimas neatitikimas tarp to, kokį sveikatos specialistų pagalbą poreikį jaučia gedintieji po savižudybės, bei kiek iš jų tos pagalbos kreipiasi ir jos gauna (Aguirre & Slater, 2010; Wilson & Marshall, 2010). Taigi kliūčių, trukdančių siekti profesionalios psichikos sveikatos specialistų pagalbos, analizė svarbi, nes geresnis šių veiksnių supratimas įgalina imtis tinkamesnių priemonių, kad būtų galima pasiekti ir paskatinti kreiptis profesionalios pagalbos tuos asmenis, kuriems ji labiausiai reikalinga.

Aptarti gedulo po savižudybės ypatumai – kaltė, stigmatizacija ir gėda – neretai minimi kaip potencialūs profesionalios pagalbos siekimo barjerai. Šie veiksniai siejami su vengimu, izoliacija, atstūmimo, atsiskleidimo baime, susirūpinimu kitų nuomone, sumažėjusiu pasitikėjimu savimi ir savęs vertinimu (Chapple et al., 2015; Fielden, 2003; Fisher & Exline, 2010; Frost, 2011; Wiklander et al., 2003), kas gali turėti įtakos tiek suprastėjusiai savijautai, tiek sprendimui siekti profesionalų pagalbos. Patirdamas kaltę ar gėdą žmogus gali jaustis nevertas specialistų pagalbos ar vengti bet kokio kontakto, kuris potencialiai galėtų patvirtinti jo baimes (pavyzdžiui, atsakomybę dėl savižudybės). Tačiau, mūsų žiniomis, iki šiol nėra nei vienos kiekybinės mokslinės studijos, kurioje būtų analizuojamas minėtų gedulo po savižudybės ypatumų vaidmuo kreipiantis į profesionalus. Keletoje kokybinių studijų minima

stigmatizacijos įtaka pagalbos siekimui (Skruibis ir kt., 2015), tačiau dažniausiai tyrėjai pateikia tiesiog hipotezes ar svarstymus, kurie paremti kitų sričių studijų rezultatais, pavyzdžiui, apie neigiamą stigmos psichikos sutrikimų atžvilgiu įtaką kreipimuisi į psichikos sveikatos specialistus (pvz., Barney et al., 2006). Keliamos prielaidos, kad ir savižudybės stigmos vaidmuo pagalbos siekimo procese turėtų būti panašus, tačiau moksliskai šios hipotezės iki šiol nebuvo tikrinamos. Anot Lester (2002), suicidologijoje itin svarbus kiekybinių bei kokybinių tyrimų strategijų derinimas, nes tik integruojant šiuos abu požiūrius tiriamus reiškinius galime suprasti įvairiapusiškiau. Kiekybinių studijų rezultatai gali padėti išvelgti bendresnes tendencijas, o kokybinių – padėti detaliau ir giliau suprasti, kaip jos gali veikti konkretaus žmogaus patirtyje bei atskleisti patirčių įvairovę. Apibendrinant, kiekybinių tyrimų, kuriuose būtų analizuojama gedulo po savižudybės ypatumų reikšmė profesionalios psichologinės pagalbos siekimui kitų potencialiai svarbių faktorių kontekste, itin trūksta, o kokybiniai duomenys gali padėti geriau suprasti kiekybinės analizės būdu gautus rezultatus bei suteikti išvalgų apie tyrimo dalyvių patirčių daugialypumą.

Verta paminėti, kad dažnas gedulo po artimojo savižudybės tyrimų trūkumas tas, kad imtys būna sudaromos iš išimtinai aktyviai pagalbos siekiančių asmenų (Lindqvist et al., 2008). Taigi gaunami itin dideli procentai, atspindintys aukštą gedinčiųjų pagalbos poreikį. Iš šių tyrimų susidaro įspūdis, kad gedintiesiems po savižudybės beveik visuomet reikalinga profesionalų pagalba. Tačiau kita vertus, gedulas – tai natūralus procesas, per kurį žmonės neretai gali pereiti ir be papildomo įsikišimo. Tik aktyviai pagalbos siekiančių žmonių tyrimų rezultatai gali iškreipti šį vaizdą ir paskatinti specialistus pernelyg primygtinai siūlyti profesionalią pagalbą gedintiesiems, diagnozuoti sutrikimus, imtis gydyti (Maciejewski et al., 2016). Anot Stroebe ir kitų (2005), jei gedului nebūdingos komplikacijos, individai gali išgyventi gedulą be klinikinės intervencijos sau priimtinais būdais, savo tempu. Pastebėta, kad specialistų pagalba gali būtent būti naudingiausia tuomet, kai ji suteikiama gedului komplikavusis, o ne iš karto po netekties, nes daugelis žmonių gali ir patys sėkmingai įveikti netekties skausmą (Schut, Stroebe, van den Bout, & Terheggen, 2001). Autoriai svarsto, kad galbūt skubus išorinės pagalbos siūlymas net sutrukdo žmogui pačiam ieškoti vidinių bei socialinių gedulo įveikos resursų savo aplinkoje. Taigi geresnis gedinčiųjų pagalbos poreikių atskleidimas padėtų geriau suprasti, kiek ir kokios pagalbos gedintiesiems iš tiesų reikia.

Analizuodami su gedinčiųjų profesionalios pagalbos siekimu susijusius mokslinius tyrimus pastebime tam tikrų paradoksų ir neatitikimų. Pavyzdžiui, prasta savijauta – vienas iš labiausiai motyvuojančių veiksnių kreiptis į profesionalus. Asmenys, patiriantys tam tikrus simptomus, nepasitenkinimą gyvenimo kokybe, kreipiasi pagalbos bei tikisi pagerėjimo. Kita vertus, kaip

aptarėme anksčiau, prasta savijauta, energijos trūkumas minimi ir tarp barjerų siekti profesionalios pagalbos. Pavyzdžiui, jau minėtoje McMenemy ir kolegų (2008) studijoje gedinčiųjų po savižudybės depresyvi nuotaika ir energijos trūkumas buvo išskiriamas kaip vienas svarbiausių pagalbos siekimo trikdžių. Tuo tarpu Wilson ir Marshall (2010) tyrime pastebėta, kad tie gedintieji, kuriems pagalba buvo labiausiai reikalinga, jos ir gavo, vadinasi tie, kurie gedulo simptomus patyrė intensyviausiai, kreipėsi į specialistus patys arba priėmė pagalbos siūlymą. Kituose tyrimuose pastebima, kad simptomų intensyvumas nebūtinai susijęs su ketinimu siekti pagalbos (Pumpa & Martin, 2015). Apibendrinant, iki šiol nėra aišku, ar specialistų pagalbos kreipiasi tie gedintieji, kurie jaučiasi blogiau, o gal kaip tik prastesne savijauta pasižymintys reikalingų intervencijų nesiekia ir negauna. Jei blogiausiai besijaučiantys žmonės pagalbos taip ir negauna, tuomet pačių specialistų aktyvumas ją siūlant būtų itin svarbus.

Kadangi apie gedinčiųjų po artimojo savižudybės pagalbos siekimo ypatumus žinoma itin nedaug, tyrime siekėme įvertinti įvairius aptartus potencialiai pagalbos siekimui reikšmingus psichologinius bei socialinius aspektus dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų profesionalios pagalbos siekimo elgsenai, įtraukiant ir būtent geduliui po savižudybės būdingus ypatumus. Tikimasi, kad rezultatai suteiks daugiau aiškumo apie problemines sritis, kurios gedintiesiems gali trukdyti pasinaudoti postvencijos priemonėmis, bei paskatins tolimesnius gilesnius po šios studijos duomenų analizės išskirtų reikšmingų konstruktyvų tyrinėjimus. Taip pat Lietuvoje tik plėtojantis profesionalios pagalbos gedintiems po savižudybės galimybėms svarbu skirti dėmesio pagalbos kreiptis motyvuojančių ir trukdančių veiksnių analizei bei teikti mokslu grįstas praktines rekomendacijas, geriausiai atitinkančias gedinčiųjų poreikius bei interesus.

1.10 Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Atsižvelgiant į mokslinės literatūros analizę bei srities problematiką, iškeltas tyrimo **tikslas** – išanalizuoti bei aprašyti su dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo elgsena susijusius veiksnius.

Tikslui pasiekti keliami **uždaviniai**:

1. Palyginti dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų, kurie kreipėsi profesionalios psichologinės pagalbos dėl netekties, ir tų, kurie nesikreipė, savijautą, nuostatas pagalbos siekimo atžvilgiu, sunkumų įveikos būdus, gedulo po savižudybės ypatumus (stigmatizacijos, gėdos, kaltės patyrimą) bei demografines ir su netektimi susijusias charakteristikas.

2. Įvertinti gedulo po savižudybės ypatumų ir kitų galimai pagalbos siekti motyvuojančių ar vengimą skatinančių faktorių prognostinę reikšmę profesionalios psichologinės pagalbos siekimo elgsenai.

3. Aprašyti dėl savižudybės artimo netekusių asmenų išskiriamas profesionalios pagalbos siekimo kliūtis bei socialinius pokyčius po netekties ir įvertinti pastarųjų pasireiškimo skirtumus tarp profesionalios psichologinės pagalbos po savižudybės siekusių ir nesiekusių respondentų grupių.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrime dalyvavo 82 pilnamečiai asmenys: 64 moterys (78 %) ir 18 vyrų. Dalyvių amžiaus vidurkis buvo 37,79 m. ($SD = 14,33$; nuo 19 iki 70 metų). 56 (68 %) dalyviai nurodė gyvenantys didmiestyje, 14 (17 %) – mieste, 12 (15 %) – miestelyje / kaime. Dalyvių pasiskirstymas pagal išsilavinimą: 23 (28 %) – pradinis / pagrindinis / vidurinis, 18 (22 %) – aukštesnysis arba aukštasis neuniversitetinis, 41 (50 %) – aukštasis universitetinis; šeiminę padėtį: 14 (17 %) – vienišas, 45 (55 %) – vedęs / ištekęs / turi pastovų partnerį, 5 (6 %) – išsiskyręs, 17 (21 %) – našlys, 1 (1 %) – kita. 53 (65 %) dalyviai nurodė esantys tikintys, 10 (12 %) – netikintys ir 19 (23 %) – neapsisprendę.

Tyrimo dalyviai patyrė artimo žmogaus netektį dėl savižudybės vidutiniškai prieš 12,23 mėn. ($SD = 6,52$; nuo 5 iki 36 mėn.). Vidutinis artimojo amžius, kai jis nusižudė, buvo 43,62 m. ($SD = 19,38$; nuo 17 iki 94 metų). Dalyvių pasiskirstymas pagal ryšio su mirusiuoju tipą: 55 (67 %) neteko branduolinės šeimos nario (10 – tėvo / motinos, 4 – brolio / sesers, 12 – sutuoktinio, 6 – vaiko), 22 (27 %) neteko kito giminaičio, 5 (6 %) neteko draugo ar pažįstamo.

Tyrimo dalyviai buvo kviečiami patogiosios atrankos būdu ir bendradarbiaujant su įvairiomis organizacijomis ir specialistais. Kad būtų galima palyginti šių grupių ypatumus, buvo siekiama surinkti duomenis tiek tų asmenų, kurie siekia ir gauna profesionalią pagalbą, tiek tų, kurie pagalbos nesikreipė ir negauna. Kvietimas dalyvauti buvo platinamas įvairiuose socialiniuose tinkluose, elektroninėse konferencijose. Informacija siunčiama psichikos sveikatos srityje dirbantiems specialistams, Lietuvos psichikos sveikatos centrams, visuomenės sveikatos biurams, savitarpio pagalbos grupių geditiems po savižudybės dalyviams. Taip pat atliekant tyrimą dėl informacijos sklaidos buvo bendradarbiaujama su Kupiškio iniciatyvine savižudybių prevencijos grupe, Kelmės rajono savivaldybės Socialinės paramos skyriumi, gedinčiuosius po artimojo savižudybės vienijančia asociacija „Artimiems“. Šiame tyrime dalyvauti buvo kviečiami ir kito Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimų centro, bendradarbiaujant su Policijos departamentu, atlikto tyrimo „Suaugusiųjų ir vaikų savižudybės atvejų Vilniaus mieste analizė“ (2016 m. ir 2017 m.) dalyviai bei projekto „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“ (finansuoja Lietuvos mokslo taryba, sutarties nr. S-MIP-17-113) dalyviai. Sutikusią dalyvių taip pat buvo prašoma pasidalinti informacija apie tyrimą su kitais artimaisiais.

2.2 Tyrimo instrumentai

Tikslui pasiekti buvo pasirinktas kiekybinės ir kokybinės duomenų rinkimo strategijos derinimas. Naudojami tokie instrumentai bei klausimai:

Gedulo patyrimo klausimynas (angl. *Grief Experience Questionnaire*) (**GEQ**) (Barrett & Scott, 1989). Tai 55 teiginių klausimynas, kuriuo vertinami įvairūs gedulo patyrimo aspektai, išsiskiriantis tuo, kad apima ir tokias gedului po savižudybės labiau būdingas reakcijas kaip atstūmimo, atsakomybės jausmas, gėda, kaltė, stigmatizacija. 5 balų Likerto tipo skalėje nuo *niekada* iki *beveik visuomet* prašoma įvertinti tam tikrų reakcijų, susijusių su patirtimi po netekties (pavyzdžiui, „Manėte, kad žmonės apkalbinėja Jus ar mirusįjį“), dažnumą. Atsižvelgiant į tyrimo tikslą, šioje studijoje naudojamos, remiantis Bailley, Dunham ir Kral (2000) faktorinės analizės rezultatais, išskirtos stigmatizacijos, gėdos ir kaltės klausimyno subskalės. Stigmatizacijos subskalę sudaro 10 teiginių, kuriais prašoma įvertinti po artimojo savižudybės patiriamą socialinės paramos praradimą ir diskriminaciją. Bendras subskalės įvertis – nuo 10 iki 50 balų. Gėdos subskale (7 teiginiai; bendras įvertis nuo 7 iki 35 balų) vertinami dėl mirties aplinkybių patiriami gėdos jausmai, kaltės (6 teiginiai; bendras įvertis nuo 6 iki 30 balų) – kad respondentas savo netinkamu elgesiu ar tinkamo elgesio nebuvimu padarė kažką blogo mirusiam artimajam. Visų subskalių aukštesnis suminis balas rodo dažnesnę stigmatizacijos, gėdos ar kaltės dėl savižudybės patyrimą. Ankstesniuose tyrimuose gauti pakankami subskalių vidinio suderintumo įverčiai: stigmatizacijos subskalės $\alpha = 0,86$, gėdos ir kaltės subskalių $\alpha = 0,70$ ir $\alpha = 0,85$ (Bailley et al., 2000), atitinkamai šio tyrimo imtyje $\alpha = 0,88$, $\alpha = 0,81$, $\alpha = 0,87$.

Socialinės paramos skalė (ISS) (angl. *Inventory of Social Support*) (Hogan & Schmidt, 2002). Tai trumpas vieno faktoriaus instrumentas, kuriuo vertinama gedintojo socialinės paramos patirtis. Klausimynas atspindi laipsnį, kuriuo gedintysis suvokia esant bent vieną žmogų, kuris skiria laiko ir neteisdamas jį išklauso, taigi netektį patyręs asmuo gali atvirai ir nuoširdžiai išreikšti su gedulu susijusius jausmus ir mintis. Klausimyną sudaro 5 teiginiai (pavyzdžiui „Žmonės skiria laiko ir išklauso, kaip aš jaučiuosi“), vertinami Likerto tipo skalėje nuo 1 (*visiškai nesutinku*) iki 5 (*visiškai sutinku*). Galutinis įvertis skaičiuojamas sumuojant visų teiginių vertinimus. Instrumentas pasižymi geru vidiniu suderintumu ($\alpha = 0,76$) ir konstrukto stabilumu pakartotinai testuojant ($r = 0,86$) (Hogan & Schmidt, 2015). Šiame tyrime lietuviškos ISS versijos vidinis suderintumas $\alpha = 0,79$.

Užsitęsusio gedulo klausimynas (PG-13) (angl. *Prolonged Grief Disorder-13*). Tai instrumentas, skirtas užsitęsusio gedulo sutrikimo diagnostikai. PG-13 gali būti naudojamas ir vertinti, ar asmeniui gali būti diagnozuojamas užsitęsusio

gedulo sutrikimas, ir bendram užsitęsusio gedulo simptomatikos pasireiškimo lygiui įvertinti. PG-13 parengtas naudojantis plačiai tyrimuose naudojamu Komplikuoto gedulo klausimynu (angl. *Inventory of Complicated Grief*) (Prigerson et al., 2009), išskyrus pačius informatyviausius teiginius ir klausimus. 1, 2, 4 ir 5 klausimai vertinami Likerto tipo skalėje nuo 1 (*nei karto*) iki 5 (*keletą kartų per dieną*), 6–12 klausimai – nuo 1 (*visiškai ne*) iki 5 (*visiškai taip*). 3 ir 13 klausimuose prašoma atsakyti „taip“ arba „ne“. Užsitęsusio gedulo sutrikimo diagnozė gali būti nustatoma pagal šiuos kriterijus:

- Ivykio kriterijus (angl. *Event Criterion*). Asmuo patiria gedulą (t.y. mirė jam svarbus asmuo);
- Atsiskyrimo kančios kriterijus (angl. *Separation Distress Criterion*). Gedintysis ilgisi prarasto artimojo arba patiria skausmą ir kančią, susijusią su prarastu santykiu bent kartą per dieną (1 ir 2 klausimai);
- Trukmės kriterijus (angl. *Duration Criterion*). Atsiskyrimo kančios kriterijaus simptomai patiriami ne mažiau nei 6 mėnesius po netekties (3 klausimas);
- Kognityviniai, emociniai, elgesio simptomai (angl. *Cognitive, Emotional, and Behavioural Symptoms*). Bent „kartą per dieną“ ar „gana smarkiai“ turi būti patiriami bent penki iš minimų kognityvinių, emocinių ir elgesio simptomų (4–12 klausimai);
- Sutrikimo kriterijus (angl. *Impairment Criterion*). Asmuo patiria reikšmingų sunkumų bendravime, darbe ar kitoje svarbioje veikloje (pvz., tapo sunku atlikti kasdienes namų ruošos darbus) (13 klausimas).

Ankstesniuose tyrimuose gautas pakankamas klausimyno vidinio suderintumo rodiklis: $\alpha = 0,76$ (Schaal et al., 2009), šiame tyrime $\alpha = 0,88$ (atsiskyrimo kančios kriterijaus $\alpha = 0,88$; kognityvinių, emocinių, elgesio simptomų kriterijaus $\alpha = 0,83$).

PSO-5 geros savijautos rodiklis (PSO, 1998) (angl. *WHO-5 Well-Being Index*) plačiai naudojamas klausimynas, skirtas subjektyvios psichologinės gerovės aspektų (pavyzdžiui, nuotaika, aktyvumas) įvertinimui (per paskutiniąsias dvi savaites). Jį sudaro 5 teiginiai, kuriuos prašoma įvertinti skalėje nuo 0 (*niekada*) iki 5 (*visą laiką*). Bendras skalės įvertis gali būti nuo 0 iki 25, tačiau rekomenduojama gautą balą dauginti iš 4, kad gauti savijautos vertinimo rezultatai atsispindėtų procentine išraiška nuo 0 iki 100 (Topp, Ostergaard, Sondergaard, & Bech, 2015). PSO-5 gali būti naudojamas ir kaip preliminarus įvertinimo instrumentas klinikinės depresijos diagnostikai (angl. *screening diagnosis of depression*). Tam tyrimuose naudojamas ≤ 50 arba griežtesnis ≤ 28 slenkstis (Topp et al., 2015). Lietuviškoji klausimyno versija sudaryta I. Misevičienės ir M. Žilinsko (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating

Centre in Mental Health, 1999). Lietuviškos versijos vidinio suderintumo rodiklis $\alpha = 0,85$ (Grigutytė, 2015), tirtoje imtyje $\alpha = 0,90$.

Siekiant palyginti šio tyrimo respondentų, gedinių po savižudybės, savijautos rodiklius su bendrąja populiacija, buvo naudojami studijoje „Sunkių traumų ir socialinių transformacijų psichologiniai padariniai ir jų įveika“ (VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-023 vadovė Danutė Gailienė) surinkti PSO-5 duomenys (daugiau apie tyrimo metodologiją žr.: Grigutytė, 2015).

Įveikos strategijų klausimynas COPE – Trumpoji versija (angl. *Brief COPE*). Klausimynas COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) skirtas įvertinti dažniausiai naudojamoms įveikos strategijoms. Jis gali būti naudojamas tiek prašant respondentų nurodyti įveikos strategijas, naudojamas susidūrus su tam tikra specifine problema, tiek vertinant asmeniui įprastas įveikos tendencijas patiriant sunkumus bendrąja prasme (Carver, 1997; Gillen, 2006). Šiame tyrime dalyvių buvo prašoma įvertinti, kaip dažnai jie susidūrę su iškilusiais sunkumais elgiasi tam tikru būdu, siekdami tuos sunkumus įveikti.

Originalų klausimyną COPE sudaro 60 teiginių. Šiame tyrime naudojama trumpesnė versija, nes suteikia galimybę įvertinti įveikos strategijų naudojimo dažnumą pernelyg neapkraunant tyrimo dalyvių daugeliu panašaus tipo klausimų (Carver, 1997). Ją sudaro 28 teiginiai (pavyzdžiui, „Aš kritiškai save vertinu už tai“) ir 14 subskalių (po du klausimus): aktyvios įveikos (angl. *active coping*) (Carver (1997) gauta Cronbacho alfa lygi 0,68; tiriamoje imtyje $\alpha = 0,68$), planavimo (angl. *planning*) ($\alpha = 0,73$; $\alpha = 0,69$), teigiamo perinterpretavimo (angl. *positive reframing*) ($\alpha = 0,64$; $\alpha = 0,75$), priėmimo (angl. *acceptance*) ($\alpha = 0,57$; $\alpha = 0,44$), humoro naudojimo (angl. *humor*) ($\alpha = 0,73$; $\alpha = 0,87$), atsigręžimo į religiją (angl. *religion*) ($\alpha = 0,82$; $\alpha = 0,85$), naudojimosi emocine parama (angl. *using emotional support*) ($\alpha = 0,71$; $\alpha = 0,79$), naudojimosi instrumentine parama (angl. *using instrumental support*) ($\alpha = 0,64$; $\alpha = 0,83$), mąstymo nukreipimo (angl. *self-distraction*) ($\alpha = 0,71$; $\alpha = 0,63$), neigimo (angl. *denial*) ($\alpha = 0,54$; $\alpha = 0,75$), emocijų išreiškimo (angl. *venting*) ($\alpha = 0,50$; $\alpha = 0,65$), psichoaktyvių medžiagų vartojimo (angl. *substance use*) ($\alpha = 0,90$; $\alpha = 0,80$), pasitraukimo (angl. *behavioral disengagement*) ($\alpha = 0,65$; $\alpha = 0,73$), savęs kaltinimo (angl. *self-blame*) ($\alpha = 0,69$; $\alpha = 0,78$). Pasak Pakalniškienės (2012), Cronbacho alfa didesnė už 0,60 yra tinkama tyrimams, tad priėmimo subskalės vidinio suderintumo rezultatas galėtų būti laikomas per žemu tolimesnei analizei. Tačiau anot Pallant (2005), skalių, kurias sudaro nedidelis skaičius teiginių, Cronbacho alfa rodiklis gali būti žemas. Taigi patikrinome šią subskalę sudarančių teiginių tarpusavio koreliaciją ir nustatėme, kad ji atitinka reikalavimus pakankamam vidiniam suderintumui užtikrinti ($r = 0,32$, $p = 0,004$), t. y. koeficientas yra tarp 0,20 ir 0,40 (Briggs & Cheek, 1986).

Kiekvienas klausimyno teiginys vertinamas keturių balų skalėje nuo *niekada* iki *labai dažnai*. Aukštesnis subskalės įvertis atspindi dažnesnį įveikos strategijos naudojimą susidūrus su sunkumais.

Įvairiuose tyrimuose bandoma grupuoti COPE klausimynu vertinamas įveikos strategijas į tam tikras grupes (pavyzdžiui, orientuotos į problemą, orientuotos į emocijas ir pan.), naudojantis tiek teoriniais argumentais, tiek statistinėmis priemonėmis (Krageloh, 2011). Šiame tyrime naudojamas jau anksčiau aptartas instrumento autoriaus pasiūlytas įveikos strategijų skirstymas, nes faktorių jungimas į bendresnes kategorijas gali turėti įtakos svarbios informacijos praradimui (Folkman & Moskowitz, 2004).

Kančios atskleidimo rodiklis (DDI) (angl. *Distress Disclosure Index*) (Kahn & Hessling, 2001). Tai 12 teiginių klausimynas, kuriuo vertinama asmens tendencija atskleisti (arba nuslėpti) kančią keliančią informaciją. 5 balų Likerto tipo skalėje (nuo *visiškai nesutinku* iki *visiškai sutinku*) vertinama, kiek asmuo linkęs atskleisti kankinančias mintis, asmenines problemas, nemaloniais emocijas nepriklausomai nuo laiko ar situacijos (pavyzdžiui, „Kai esu nusiminęs, apie tai niekam nepasakoju“). Aukštesnis bendras suminis balas atspindi žmogaus tendenciją atskleisti kančią keliančią informaciją (dalis teiginių yra priešingi ir turi būti perkoduojami). Skalė pasižymi pakankamu stabilumu pakartotinai testuojant ($r = 0,8$) (Kahn et al., 2012). Taip pat studijose gaunami aukšti klausimyno vidinio suderintumo rodikliai (pavyzdžiui, $\alpha = 0,94$ (Vogel & Wester, 2003)), tirtoje imtyje $\alpha = 0,91$.

Nuostatų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu skalės trumpoji forma (ATSPPH-SF) (angl. *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Short Form*) – trumpesnioji originalios 29 teiginių skalės (Fischer & Turner, 1970) versija (Fischer & Farina, 1995), skirta vertinti nuostatomis kreiptis profesionalios pagalbos dėl psichologinių sunkumų. Trumpąją formą sudaro 10 teiginių, kurie vertinami skalėje nuo 1 (*nesutinku*) iki 4 (*sutinku*). Teiginio pavyzdys: „Norėčiau gauti psichologinės pagalbos, jei būčiau susirūpinęs ar nusiminęs ilgą laiko tarpą“. Bendras įvertinimas gali įvairuoti nuo 0 iki 30, didesnis įvertis atspindi teigiamesnes nuostatas psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu (dalis teiginių yra priešingi ir turi būti perkoduojami). Skalė pasižymi pakankamu vidiniu suderintumu ($\alpha = 0,84$) ir stabilumu pakartotinai testuojant ($r = 0,80$) (Fischer & Farina, 1995).

Skalės autoriai siūlo naudoti instrumentą kaip vieno faktoriaus skalę (Fischer & Farina, 1995). Tuo tarpu, Elhai ir kitų (2008) tyrime patvirtintas dviejų faktorių modelis: atvirumas siekti psichologinės pagalbos dėl emocinių sunkumų ir psichologinės pagalbos poreikio bei vertės suvokimas. Picco ir kolegų (2016) tyrime išskirti trys komponentai: atvirumas siekti profesionalios pagalbos,

profesionalios pagalbos siekimo vertė ir pirmumo neteikimas savarankiškai įveikai.

Siekiant išsiaiškinti kelių faktorių modelis geriausiai tinka tirtai imčiai, atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė. Pirmiausia tikrinta originalios versijos autorių siūloma vieno faktoriaus struktūra. Gauta, jog imties duomenims ji nėra tinkama: CFI = 0,90, TLI = 0,87, RMSEA = 0,092 ($\chi^2 = 59,92$, $df = 35$, $p = 0,005$). Analizuota dviejų faktorių modelio struktūra taip pat nepasižymėjo gerais tinkamumo duomenims rodikliais: CFI = 0,93, TLI = 0,91, RMSEA = 0,08 ($\chi^2 = 50,71$, $df = 34$, $p = 0,03$). Trijų faktorių modelis gerai tiko duomenims: CFI = 0,99, TLI = 0,99, RMSEA = 0,01 ($\chi^2 = 32,55$, $df = 32$, $p = 0,44$). Taip pat teiginiai statistiškai reikšmingai siejosi su numatytais faktoriais ($p < 0,05$) ir yra pakankamų svorių (1 priedas). Taigi šiame tyrime bus naudojamas tiek bendras ATSPPH-SF skalės įvertis, tiek trijų skalę sudarančių faktorių įverčiai kaip išskirta Picco ir kitų (2016) tyrime. Cronbacho alpha įverčiai tirtoje imtyje buvo tokie: atvirumo siekti profesionalios pagalbos – 0,64, profesionalios pagalbos siekimo vertės – 0,77, pirmumo neteikimo savarankiškai įveikai – 0,64, bendras ATSPPH-SF – 0,83.

Psichologinės pagalbos gavimo stigmos skalė (SSRPH) (angl. *Stigma Scale for Receiving Psychological Help*) (Komiya et al., 2000). Vertinama, koku lygiu, tyrimo dalyvio supratimu, stigmatizuojamas psichologinės pagalbos gavimas. Instrumentą sudaro 5 teiginiai (pavyzdžiui, „Geriau būtų nuslėpti nuo kitų, kad asmuo yra lankęsis pas psichologą“), vertinami Likerto tipo skalėje nuo 1 (*visiškai nesutinku*) iki 3 (*visiškai sutinku*), kur aukštesnis vertinimas atspindi didesnę suvokiamą psichologinės pagalbos gavimo stigmatizaciją. Skalė pasižymi pakankamu vidiniu suderintumu $\alpha = 0,72$ (Komiya et al., 2000); tirtoje imtyje $\alpha = 0,78$.

Demografiniai duomenys, informacija apie mirusį artimąjį ir pagalbos siekimą. Tyrimo dalyviams pateikti demografiniai klausimai apie jų lytį, amžių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą, šeimines padėtis, tikėjimą, ankstesnę lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus patirtį. Taip pat buvo klausiama apie santykį su mirusiu asmeniu (tipą ir subjektyviai suvokiamą artimumą), nusižudžiusiojo amžių, laiką po netekties, ar artimasis lankėsi pas psichikos sveikatos specialistus. Respondentų buvo klausiama, ar jie kreipėsi pagalbos į specialistus (psichologą / psichoterapeutą, gydytoją psichiatrą, kitus medikus, dvasininką, kita) dėl artimojo netekties bei ar dalyvavo / dalyvauja savitarpio pagalbos grupėje gedintiems po savižudybės. Jei kreipėsi, ar ši pagalba buvo naudinga. Be to tyrimo dalyvių buvo teiraujama, ar jie jautė profesionalios pagalbos poreikį po savižudybės (prašoma įvertinti iš karto po netekties, praėjus 1 mėn., 6 mėn. ir 12 mėn. po netekties), ir ar, jų manymu, reikalinga, kad specialistai patys siūlytų profesionalios pagalbos

galimybes po netekties. Taip pat skalėje nuo 0 (*labai bloga*) iki 5 (*labai gera*) respondentų buvo prašoma įvertinti savo sveikatą.

Kadangi skalių su pasirinkimo variantais trūkumas yra tas, kad jos iki galo neatskleidžia patirčių, kurios neaprašytos tyrėjų numatytais teiginiais (Fielden, 2003), kartu buvo prašoma atsakyti į atvirus klausimus: ar ir su kokiais pagalbos gavimo kliūtimis tyrimo dalyvis susidūrė, ar patyrė nemalonių aplinkinių reakcijų, ar pastebėjo bendravimo su aplinkiniais pokyčių po netekties. Be to buvo pateiktas atviras klausimas apie tai, kas respondentams labiausiai padėjo gedint po netekties.

2.3 Tyrimo eiga

Gavus raštiškus autorių leidimus naudoti pasirinktus instrumentus tyrimo tikslais, jie išversti į lietuvių kalbą. Siekiant užtikrinti vertimo tikslumą, jis atliktas dviejų tyrėjų, taisymus atliko anglų kalbos specialistas. Parengtas galutinis anketos variantas peržiūrėtas suicidologijos srities ekspertų, atliktos korekcijos.

Gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas atlikti tyrimą (2016.12.14; Nr. 09). Kadangi gedintieji po savižudybės – pažeidžiama grupė, tyrimai su šiais asmenimis neretai sukelia abejonių dėl potencialaus neigiamo tyrimo poveikio dalyviams. Andriessen, Krysinska ir kiti (2018) atliko studijų, kuriose analizuojamas dalyvavimo tokiuose tyrimuose poveikis, metaanalizę ir nustatė, kad dauguma tyrimų dalyvių gedinčių po savižudybės patiria teigiamą poveikį (noras padėti, palaikymo gavimas, galimybė asmeniniam augimui, teigiama įtaka prisitaikymui prie netekties ir kt.) ar išvis jokio poveikio. Neretai, nors tyrimų dalyviai ir patiria nemalonių emocijų tyrimų metu prisimindami patirtą netektį, bendrai dalyvavimo patirtį vertina pozityviai ir įžvelgia tame naudos (Hawton, Houston, Malmberg, & Simkin, 2003). Pastebima, kad dalyvavimo tyrime patirtis gali paskatinti dalyvį kreiptis reikiamos profesionalios pagalbos. Tam, kad būtų tinkamai reaguojama į neigiamą poveikį patiriančius dalyvius, svarbu, kad tyrėjai būtų tinkamai pasiruošę reaguoti tokiose situacijose, užtikrinti, kad dalyviui būtų suteikiama visa informacija, akcentuojamas dalyvavimas savanoriškais pagrindais ir galimybė bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo (Andriessen, Krysinska et al., 2018). Visa tai buvo užtikrinta organizuojant šį tyrimą.

Parengus anketą buvo suplanuotas žvalgomasis tyrimas, kuriuo buvo siekiama patikrinti klausimynų psichometrines charakteristikas ir anketos taikymo procedūrą. Žvalgomajame tyrime dalyvavo klinikinės psichologijos ir ergoterapijos specialybių studentai ($N = 30$). Nors tyrimo tikslinė grupė – dėl savižudybės artimojo netekę asmenys, turint omenyje šios imties specifiką ir sunkumus, kylančius dėl gedinčiųjų sutikimo dalyvauti tyrime (Geleželytė, 2014; Skruibis ir kt., 2015), žvalgomasis tyrimas buvo atliktas ne tikslingai kviečiant tik

gedinčius dėl savižudybės, bet prašant dalyvių prisiminti jų patirtą netektį. Taip pat dalyvių buvo prašoma išreikšti pastabas dėl kylančių sunkumų ar neaiškumų pildant anketą. Po žvalgomojo tyrimo visiems dalyviams buvo išdalinti lankstinukai, kuriuose nurodomi emocinės ir psichologinės pagalbos Vilniaus mieste kontaktai. Atsižvelgiant į žvalgomojo tyrimo rezultatų statistinę analizę, dalyvių pastabas bei tyrėjų išvalgas, atliktos nežymios korekcijos. Parengtas galutinis anketos variantas.

Atsižvelgiant į ankstesnę mūsų patirtį atliekant tyrimus su nusižudžiusiųjų artimaisiais, nuspręsta tyrimo dalyviams suteikti galimybę pasirinkti klausimyno pildymo būdą: popierinį arba elektroninį variantą. Įgyvendinant ankstesnius tyrimus pastebėjome, kad, jei nesiūlomas tyrimo dalyviui pakankamai patogus būdas, jis atsisako dalyvauti tyrime. Toks popierinės ir elektroninės anketos versijos derinimas neretas šiuolaikiniuose suicidologiniuose tyrimuose (pavyzdžiui, Honeycutt & Praetorius, 2016; Pitman et al., 2016). Sukurtas analogiškas popieriniam elektroninis anketos variantas (naudojantis mokama *Manoapklausa.lt* sistemos versija). Pradžioje tyrimo dalyviai buvo informuojami apie tyrimo tikslą, garantuojamą konfidencialumą, duomenų apsaugą, užtikrinamą galimybę pasitraukti iš tyrimo bet kuriame jo etape, nurodomi tyrimo organizatorių kontaktai. Popieriniame anketos variante tituliname puslapyje tyrimo dalyvio prašoma parašu patvirtinti savo sutikimą dalyvauti tyrime, o elektroniniame variante – pažymint, jog asmuo tyrime dalyvauti sutinka. Pirmasis anketos informacinis lapas pateikiamas 2 priede.

Tyrimo apklausas atliko darbo autorė ir keturi specialiai šiam tyrimui apmokyti psichologijos bakalauro (1) ir klinikinės psichologijos magistro (3) studijų programų studentai. Vyko reguliarūs tyrėjų grupės susitikimai, skirti su apklausų atlikimu susijusiems klausimams ir sunkumams spręsti. Su kiekvienu tyrime dalyvauti sutikusių dalyviu buvo kontaktuojama individualiai telefonu arba elektroniniu paštu. Dalyvis informuojamas apie tyrimo tikslus, atsakoma į kylančius klausimus, kviečiama pasirinkti elektroninį arba popierinį anketos pildymo variantą. Siekiant užtikrinti, kad gauti duomenys būtų patikimesni ir pavyktų pasiekti geresnį atsakomumo dažnį, kiekvienam dalyviui priskirtas identifikacinis kodas. Jei per tam tikrą laiką dalyvis neužpildydavo anketos, su juo dar buvo bandoma susisiekti du kartus (po 2 savaitių ir po 1 mėnesio) ir priminti apie dalyvavimą tyrime, pasiteirauti dėl kylančių sunkumų pildant anketą. Duomenys buvo renkami nuo 2017 m. sausio mėn. iki 2018 m. liepos mėn. Iš viso gautos užpildytos 22 (27 %) popierinės ir 60 elektroninių anketų.

Turint omenyje tyrimo tikslą, t.y. nenorint paveikti tyrimo rezultatų, be to vengiant sukelti papildomo nerimo, po tyrimo dalyviams nebuvo nurodomi konkretūs psichologinės ir emocinės pagalbos kontaktai, tačiau tiek anketos pradžioje, tiek pabaigoje dalyviai buvo raginami susisiekti su tyrėjais elektroniniu

paštu arba telefonu, jei turėtų kokių klausimų ar pastebėjimų. Taip pat su dalyviais kontaktuojantys tyrėjai buvo pasirengę suteikti informaciją apie konkrečias pagalbos vietas ar asmenis, jei pastebėtų tokių dalyvių poreikį.

2.4 Duomenų analizė

Tyrimo rezultatams apdoroti naudoti tiek kiekybiniai, tiek kokybiniai duomenų analizės būdai.

Kiekybiniams duomenims apdoroti naudotas statistinės analizės paketas *IBM SPSS Statistics 25.0*. Iš statistinės analizės buvo pašalinti tik tie klausimynų ir skalių įverčiai, kuriuose buvo trūkstamų reikšmių, tačiau kiti to paties tyrimo dalyvio duomenys buvo įtraukti į analizę.

Duomenų analizei taikyta aprašomoji statistika. Klausimynų ir skalių įverčių nuokrypio nuo normaliojo skirstinio dydis buvo vertintas paskaičiavus asimetrijos ir eksceso koeficientus (pateikiami 1 priede). Priimta, kad, jei koeficientai moduliu neviršija vieneto, tai kintamasis pakankamai artimas normaliai pasiskirsčiusiajam (Čekanavičius ir Murauskas, 2009).

Palyginimai tarp grupių buvo atlikti panaudojant Stjudento kriterijų nepriklausomoms imtims, vienfaktorinę dispersinę analizę (ANOVA). Analizuojant ranginius bei nuo normaliojo skirstinio nutolusius kintamuosius buvo naudojami neparimetriniai statistinės analizės kriterijai (Mann-Whitney U, Friedman). Imties proporcijų palyginimui buvo naudojamas Chi kvadratu (χ^2) kriterijus. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti skaičiuotas Pearson koreliacijos koeficientas. Dvireikšmio kintamojo priklausomybei nuo tiriamų kintamųjų nustatyti naudota dvinarė logistinė regresinė analizė.

Patvirtinančiajai faktorinei analizei atlikti buvo naudojama struktūrinių lygčių modeliavimo programa *IBM SPSS AMOS 25.0*. Naudotas *didžiausiojo tikėtinumo modelio įvertinimo metodas* (angl. *Maximum likelihood*). Modelių tinkamumui įvertinti buvo naudojami šie parametrai: Chi kvadratu (χ^2) kriterijus, kvadratinės šaknies iš vidutinės aproksimacijos paklaidos (RMSEA), sąlyginio suderinamumo (CFI), Takelio-Liuiso (TLI) indeksai. Modelis laikomas geru, kai $\chi^2 \geq 0,05$; $RMSEA \leq 0,05$; $CFI \geq 0,95$; $TLI \geq 0,95$ (Čekanavičius ir Murauskas, 2009).

Analizei pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

Atviri tyrimo klausimai buvo analizuojami remiantis kokybinių duomenų teminės analizės principais pagal Braun ir Clarke (2006). Teminės analizės metodas skirtas atpažinti, analizuoti ir apibendrinti teksto temas. Taip pat jis įgalina tyrėją duomenis analizuoti ir kiekybiškai. Naudodamasis teminės analizės būdu tyrėjas, priklausomai nuo tyrimo tikslo ir duomenų, turi pasirinkti savo poziciją tam tikrais aspektais – ar jis ims naudoti tam tikrą teorinį pagrindą ar iš

anksto numatytos teorijos netaikys; kiek jis leis sau interpretuoti, analizuodamas duomenis; kaip detaliam reikalinga analizuoti tekstą.

Analizuojant šio tyrimo duomenis taikomas deduktyvus (duomenys analizuojami atsižvelgiant į konkrečius tyrimo klausimus, iš anksto pasirinkti analizės aspektai), semantinis (per daug neinterpretuojant, nenutolstant nuo to, ką respondentas parašė) analizavimo būdas.

Analizės žingsniai:

- Siekiant suprasti bendrą kontekstą, pradžioje analizuojami atsakymai buvo perskaitomi.

- Tuomet tekstas skaidomas į segmentus pagal prasmę. Segmentai perfrazuojami ir sutrumpinami išskiriant temas, apie ką tyrimo dalyvis kalba. Taip sudaroma teksto santrauka, sumažinamas analizuojamos medžiagos kiekis. Tema – tai prasmingas teksto dalies apibūdinimas, kuriuo apibendrinama analizuojama informacija, atsižvelgiant į tiriamą fenomeną.

- Analizuojant tyrimo dalyvių atsakymus ir priskiriant temas kuriamas sąrašas, kuris aprašomas (temos pavadinimas, apibūdinimas, tipiniai pavyzdžiai, specialios sąlygos (išimčių apibūdinimas)). Citatai gali būti priskiriama tema iš sąrašo, o jei sąrašė tinkamos temos nėra, kuriama nauja papildoma tema.

- Pagal tyrimo klausimus prasme panašios temos jungiamos į jas apibendrinančias temas, kurios bus naudojamos tolimesnėje duomenų analizėje.

- Tyrimo dalyvių atsakymai dar kartą peržiūrimi, įvertinamas pirminio kodavimo tikslumas, atliktos temų korekcijos.

Teksto analizavimas teminės analizės būdu nėra linijinis vienakryptis procesas – siekdamas užtikrinti analizės tinkamumą ir išvengti klaidų, tyrėjas gali nuolat grįžti į ankstesnius jos etapus, taigi esant reikalui, temos koreguojamos, pervadinamos, jų atsisakoma, jos pridedamos (Braun & Clarke, 2006).

Kokybiniuose tyrimuose rezultatų patikimumas – tai ekspertų sutarimas, mažinantis tyrėjo šališkumo ir projekcijų įtaką tyrimo rezultatams. Šio tyrimo rezultatų patikimumui užtikrinti buvo pasirinkta dvigubo kodavimo procedūra. Pradžioje vienas tyrėjas kodavo visus kokybinius tyrimo duomenis ir rengė temų sąrašą. Po to parengtas temų sąrašas buvo perduotas kitam tyrėjui, kuris, juo remdamasis, tuos pačius duomenis kodavo savarankiškai, nepriklausomai nuo kitų tyrėjų, kartu peržiūrėdamas ir vertindamas parengtą temų sąrašą. Buvo peržiūrimas abiejų koduotojų duomenų sutapimas. Jei gauti nesutapimai, buvo diskutuojama dėl tinkamos temos priskyrimo, pasitelkiama papildomų ekspertų nuomonė, kol priimami bendri sprendimai. Taip pat buvo aptarti temų sąrašo trūkumai ir atliktos korekcijos. Kodavimo procedūros buvo atliekamos keturių tyrėjų grupėje.

Visų temų sąrašas kartu su jas apibūdinančiais aprašymais pateikiamas 3 priede.

3. REZULTATAI

3.1 Naudotos profesionalios pagalbos pobūdis ir poreikis tyrimo dalyvių imtyje

Siekiant tyrimo tikslų, dalyviai buvo padalinti į **dvi grupes**: tuos, kurie kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus dėl artimojo savižudybės, ir tuos, kurie nesikreipė. Buvo vertinama, kad dalyvis kreipėsi psichologinės pagalbos, jei turėjo bent vieną psichologo / psichoterapeuto, gydytojo psichiatro konsultaciją arba dalyvavo bent vienoje savitarpio pagalbos grupėje gedintiems po artimojo savižudybės, kurią veda profesionalus psichologas.

Profesionalios pagalbos dėl psichologinių sunkumų po artimojo savižudybės buvo kreipėsi 38 dalyviai (46 % visų respondentų). 32 respondentai (39 % visų tyrimo dalyvių) nurodė kreipėsi į psichologą / psichoterapeutą, 18 (22 %) – gydytoją psichiatrą, 13 (16 %) dalyvavo ar dalyvauja savitarpio pagalbos grupėse dėl savijautos po artimojo netekties. 21 (26 %) tyrimo dalyvis naudojo daugiau nei vieną iš šių trijų psichologinės pagalbos rūšių. 23 (28 %) respondentai kreipėsi kitų medikų, 14 (17 %) – dvasininko pagalbos. Tie, kurie kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, statistiškai reikšmingai dažniau kreipėsi ir į kitus medikus (siekę psichikos sveikatos specialistų pagalbos – 16 (42 %) kreipėsi į kitus medikus, nesiekę – 7 (16 %) kreipėsi į kt. medikus) ($\chi^2(1) = 5,70, p = 0,017, phi = 0,29$). Reikšmingų sąsajų tarp siekusių psichikos sveikatos profesionalų pagalbos ir besikreipusių į dvasininką po artimojo savižudybės nerasta (siekę psichikos sveikatos specialistų pagalbos – 8 (22 %) kreipėsi į dvasininką, nesiekę – 6 (14 %) kreipėsi į dvasininką) ($\chi^2(1) = 0,43, p = 0,515$).

Besikreipusiųjų profesionalios specialistų pagalbos po artimojo savižudybės buvo prašoma įvertinti jos naudingumą skalėje nuo 1 (*žalinga*) iki 4 (*labai naudinga*). Kad gauta pagalba buvo nenaudinga nurodė 3 (7 %) dalyviai, iš dalies naudinga – 18 (40 %), labai naudinga – 24 (53 %). Nei vienas dalyvis nenurodė, kad gauta pagalba buvo „žalinga“. Vertinimo vidurkis buvo lygus 3,47 ($SD = 0,63$). Analizuojant tik tų asmenų, kurie kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus, duomenis, pagalbos naudingumo vertinimo vidurkis buvo lygus 3,58 ($SD = 0,55$).

93 % tyrimo dalyvių nurodė manantys, kad reikalinga, jog specialistai patys aktyviai siūlytų profesionalios pagalbos galimybes gedintiems po artimojo savižudybės. 10 (15 %) savitarpio pagalbos grupėse nedalyvavusių / nedalyvaujančių respondentų nurodė, kad dalyvauti grupėse norėtų, 28 (41 %) – nenorėtų, 30 (44 %) – nežino, ar norėtų.

Respondentų taip pat buvo prašoma įvertinti profesionalios pagalbos poreikį iš karto po netekties, praėjus 1 mėn., 6 mėn. ir 12 mėn. po netekties skalėje nuo 1 (*pagalbos visiškai nereikėjo*) iki 5 (*pagalbos labai reikėjo*). 1 lentelėje pateikiami poreikio vertinimo vidurkiai priklausomai nuo po netekties praėjusio laiko.

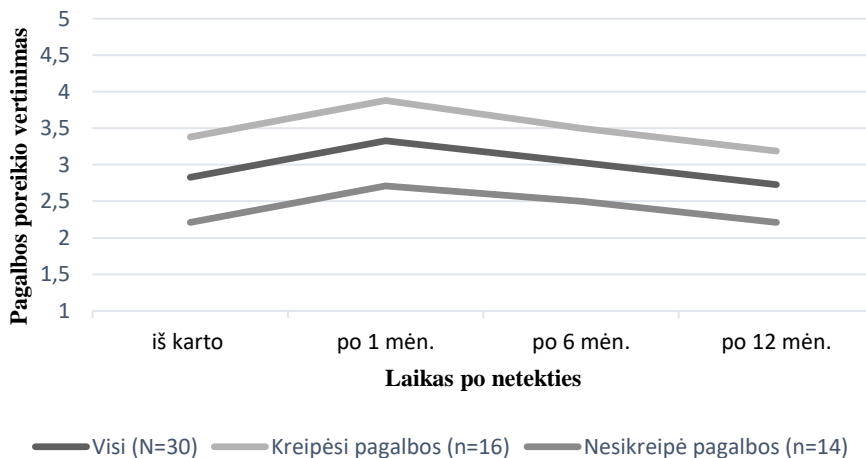
1 lentelė. Profesionalios pagalbos poreikio vertinimas priklausomai nuo po savižudybės praėjusio laiko

Profesionalios pagalbos poreikis	N; M (SD)	M (SD), kai N = 30	Kreipėsi (n = 16)	Nesikreipė (n = 14)	Grupių skirtumai Z; p
			M (SD)	M (SD)	
iš karto po netekties	N = 74; 3,16 (1,62)	2,83 (1,56)	3,38 (1,50)	2,21 (1,42)	-2,17; 0,030
1 mėn. po netekties	N = 66; 3,32 (1,61)	3,33 (1,58)	3,88 (1,36)	2,71 (1,64)	-2,00; 0,046
6 mėn. po netekties	N = 65; 3,06 (1,52)	3,03 (1,47)	3,50 (1,41)	2,50 (1,40)	-1,91; 0,057
12 mėn. po netekties	N = 30; 2,73 (1,31)	2,73 (1,31)	3,19 (1,33)	2,21 (1,12)	-1,98; 0,048

Pastaba: N, n – respondentų skaičius; M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis; Kreipėsi – dalyvių, kurie kreipėsi psichikos sveikatos specialistų pagalbos, vertinimo rezultatai; Nesikreipė – dalyvių, kurie nesikreipė psichikos sveikatos specialistų pagalbos, vertinimo rezultatai; Grupių skirtumai – Mann-Whitney U testo rodikliai lyginant tų asmenų, kurie kreipėsi, ir tų, kurie nesikreipė pagalbos, įverčių vidurkius. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Antrame stulpelyje pateikiami visų į klausimą atsakusių respondentų (nurodytas N) duomenys; kituose stulpeliuose pateikiami tik tų respondentų, kurie įvertino visus keturis gedėjimo laikotarpius, duomenys (N = 30).

Apskaičiuoti ir tik tų respondentų, kurie įvertino visus keturis gedėjimo laikotarpius (N = 30), atsakymų vidurkiai (1 lentelė), tam kad būtų galima palyginti profesionalios pagalbos poreikio kitimą priklausomai nuo laiko po netekties. Rezultatai pateikiami 1 paveiksle. Matyti, kad didžiausias pagalbos poreikis jaučiamas praėjus mėnesiui po netekties. Taip pat matome, kad visus metus po artimojo mirties profesionalios pagalbos poreikio vidurkis kinta labai nežymiai. Pritaikius Friedman kriterijų statistiškai reikšmingų skirtumų tarp visų keturių vertinimų vidurkių nerasta ($\chi^2 = 7,4$, $df = 3$, $p = 0,060$). Iš visų pagalbos poreikį keturių gedėjimo laikotarpių metu nurodžiusių asmenų 14 (47 %) jų nurodė kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus, o 16 – nesikreipė. Palyginus šių dviejų grupių pagalbos poreikio kitimą, kuris taip pat pavaizduotas 1 paveiksle, matyti, jog visais vertintais gedėjimo laikotarpiais asmenys, kurie kreipėsi pagalbos, jautė didesnę jos poreikį. 1 lentelėje matyti, kad skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi (išskyrus vertinimą po 6 mėn. nuo netekties, tačiau p reikšmė artima statistiniam reikšmingumui), vis dėlto šis reikšmingumas ribinis (arti $p \geq 0,05$).



1 pav. Profesionalios pagalbos poreikio vertinimo vidurkiai priklausomai nuo laiko po netekties ($N = 30$)

3.2 Grupių palyginimas pagal demografines ir su netektimi susijusias charakteristikas

2 lentelėje pateikiamas profesionalios psichologinės pagalbos siekusių ir nesiekusių tyrimo dalyvių palyginimas pagal demografines ir su netektimi susijusias charakteristikas. Matome, kad statistiškai reikšmingai skyrėsi tik subjektyvus ryšio su nusižudžiusiuoju vertinimas. Tyrimo dalyviai, kurie kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, ryšį su mirusiu artimuoju vertino kaip reikšmingai artimesnį nei tie respondentai, kurie pagalbos nesikreipė. Tarp grupių nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų šiais aspektais: tyrimo dalyvio lytis, amžius, gyvenamoji vieta, šeiminė padėtis, išsilavinimas, tikėjimas, ankstesnė lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus patirtis, netekties tipas, laikas po savižudybės, nusižudžiusiojo amžius ir jo lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus patirtis.

2 lentelė. Demografinių ir su netektimi susijusių charakteristikų palyginimas tarp grupių

Tyrimo dalyvių grupė	Kreipėsi ($n = 38$)	Nesikreipė ($n = 44$)		
Lyginamos charakteristikos	n (%) / M (SD)		χ^2 / t / Z	p reikšmė
Lytis				
moterys	33 (87 %)	31 (70 %)	$\chi^2 = 2,31$	0,128
vyrai	5 (13 %)	13 (30 %)		
Amžius (m.)	36,5 (12,99)	38,9 (15,46)	$t = 0,76$	0,451
Gyvenamoji vieta				
didmiestis	26 (68 %)	30 (68 %)	$\chi^2 = 1,47$	0,479
miestas	8 (21 %)	6 (14 %)		
miestelis / kaimas	4 (11 %)	8 (18 %)		

Tyrimo dalyvių grupė	Kreipėsi (n = 38)	Nesikreipė (n = 44)		
Lyginamos charakteristikos	n (%) / M (SD)		$\chi^2 / t / Z$	p reikšmė
Išsilavinimas				
pagrindinis	11 (29 %)	12 (27 %)	$\chi^2 = 0,05$	0,977
aukštesnysis	8 (21 %)	10 (23 %)		
aukštasis	19 (50 %)	22 (50 %)		
Šeiminė padėtis (N = 81)				
vienišas	8 (21 %)	6 (14 %)	$\chi^2 = 1,07$	0,586
vedęs / turi pastovų partnerį	19 (50 %)	26 (60 %)		
išsiskyres / našlys	11 (29 %)	11 (26 %)		
Tikėjimas				
tikintis	24 (63 %)	29 (66 %)	$\chi^2 = 0,91$	0,634
netikintis	6 (16 %)	4 (9 %)		
neapsisprendęs	8 (21 %)	11 (25 %)		
Ankstesnė lankymosi pas PSS patirtis (N = 81)				
yra lankęsis	15 (41 %)	13 (30 %)	$\chi^2 = 0,64$	0,423
nėra lankęsis	22 (59 %)	31 (70 %)		
Neteko artimojo				
branduolinės šeimos nario	27 (71 %)	28 (64 %)	$\chi^2 = 1,42$	0,491
kito giminaičio	8 (21 %)	14 (32 %)		
draugo, pažįstamo	3 (8 %)	2 (4 %)		
Nusižudžiusio artimojo amžius (m.)	43,95 (17,64)	43,34 (20,94)	$t = -0,14$	0,890
Artimasis lankėsi pas PSS				
taip	14 (37 %)	12 (27 %)	$\chi^2 = 0,48$	0,490
ne / nežinau	24 (63 %)	32 (73 %)		
Laikas po netekties (mėn.)	11,93 (5,28)	12,49 (7,47)	$Z = -0,30$	0,762
Subjektyvus ryšio artimumo vertinimas (N = 80)	4,34 (0,71)	3,69 (1,05)	$Z = -2,94$	0,003

Pastaba: N, n – respondentų skaičius; M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis; Kreipėsi – dalyvių, kurie kreipėsi psichikos sveikatos specialistų pagalbos, rezultatai; Nesikreipė – dalyvių, kurie nesikreipė psichikos sveikatos specialistų pagalbos, rezultatai; PSS – psichikos sveikatos specialistai. Ryšio artimumas vertinamas skalėje nuo 1 (*buvome labai nutolę*) iki 5 (*buvome labai artimi*). Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.3 Grupių palyginimas pagal gedulo po savižudybės ypatumus ir socialinius pokyčius po netekties

Palyginus gedulo po savižudybės ypatumų – stigmatizacijos, gėdos ir kaltės – įverčius (3 lentelė), gauti statistiškai reikšmingi jaučiamos stigmatizacijos ir kaltės vertinimų skirtumai. Tačiau priešingai nei tikėtasi, respondentai, siekę specialistų pagalbos, nurodė dažniau jautę aplinkinių stigmatizaciją ir kaltę dėl netekties. Nors asmenys, kurie kreipėsi pagalbos, nurodė dažniau patiriantys ir gėdą, šis skirtumas tarp grupių buvo nedidelis ir statistiškai nereikšmingas. Taip pat buvo

lyginami ir grupių subjektyviai vertinamos socialinės paramos gedint po netekties įverčiai. Gautas skirtumas taip pat nebuvo statistiškai reikšmingas.

3 lentelė. *Stigmatizacijos, gėdos, kaltės ir socialinės paramos įverčių palyginimas tarp grupių*

	Nusižudžiusiųjų artimųjų grupė	Kreipėsi (n = 38)	Nesikreipė (n = 44)		
Lyginamos charakteristikos	M (SD)		t	p reikšmė	
Stigmatizacija	25,58 (9,23)	20,34 (7,32)	-2,86	0,005	
Gėda	17,63 (6,05)	16,16 (6,07)	-1,10	0,276	
Kaltė	21,18 (5,43)	17,68 (6,24)	-2,69	0,009	
Socialinė parama	19,21 (4,09)	19,57 (3,87)	0,41	0,686	

Pastaba: n – respondentų skaičius; M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis; Kreipėsi – dalyvių, kurie kreipėsi psichikos sveikatos specialistų pagalbos, rezultatai; Nesikreipė – dalyvių, kurie nesikreipė psichikos sveikatos specialistų pagalbos, rezultatai. Galimas stigmatizacijos įvertis: 10–50; gėdos: 7–35; kaltės: 6–30; socialinės paramos: 5–25. Aukštesnis įvertis rodo dažnesnį tokios patirties vertinimą. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Siekiant įvertinti įvykusios savižudybės poveikį socialiniams pokyčiams gedinčiojo gyvenime, tyrimo dalyviams taip pat buvo pateiktas atviras klausimas apie tai, ar jie jautė, jog aplinkinių bendravimas ar elgesys su jais po įvykusios savižudybės pasikeitė. Buvo prašoma pakomentuoti teigiamą atsakymą. Toliau pristatomi teminės duomenų analizės rezultatai. Detalesnis temų sąrašas bei jų apibūdinimai su iliustruojančiomis citatomis pateikti 3 priede. Skliausteliuose žymimas respondentų, kuriems buvo priskirta ši tema, skaičius.

Bendravimo su aplinkiniais pokyčių temos:

- pokyčių nebuvo (39);
- neigiami pokyčiai (47): netinkami patarimai (5); perdėtas, netinkamas dėmesys (6); aplinkinių nežinojimas, kaip elgtis (12); naudojimasis artimojo savijauta (1); kaltinimas, gėdinimas, smerkimas (2); spėliojimai ir apkalbos (1); santykiai nebe tokie artimi (5); santykių nutraukimas (6); vengimas kalbėti apie netektį (7); padidėjęs saugojimas (2);
 - užsidarymas (5): netekties slėpimas (3); uždarumas (2);
 - teigiami pokyčiai (26): sustiprėjo ryšiai su aplinkiniais (8); aplinkinių pagalba ir palaikymas (18).

Temos buvo sujungtos į jas apibendrinančias temas: **neigiami pokyčiai** (įtraukiamos temos, kai dalyvis mini neigiamas aplinkinių elgesio apraiškas, susijusias su nežinojimu, kaip reaguoti į gedintį žmogų, mirties temos tabu, savižudiško elgesio stigmatizacija, santykių atitolimu ar nutraukimu), **užsidarymas** (įtraukiamos temos, kai dalyvis mini, kad netekties tema jis nesidalino savo iniciatyva) ir **teigiami pokyčiai** (įtraukiamos temos, kai dalyvis

mini teigiamas aplinkinių elgesio apraiškas). Pateikiame keletą citatų, iliustruojančių neigiamus santykių pokyčius po netekties: „*nejauki tylą, vengimas kalbėti apie pasirinkusįjį išeiti savo noru*“ (129); „*daugelis nustojo bendrauti*“ (140); „*žmonės pradėjo manęs vengti*“ (171); „*atstūmimą, šalinimąsi, gėdinimą, išsižadėjimą*“ (139); „*matėsi, kad nori kažo paklausti, bet nedrįsta, nežino kaip reaguoti, nepatogiai jaučiasi šalia. Kiti atvirksčiai pernelyg įkyriai klausinėja. Bet beveik dauguma, kas mažai pažinojo <...> kažkodėl nusprendžia, kad buvo bėdų su alkoholiu ir nusižudė būdamas neblaiviam stovyje, nors taip nebuvo*“ (160). Dalyviai išreiškė ir teigiamų pokyčių pavyzdžius: „*Visi pasidarė kur kas jautresni šitoms temoms, bendrauja atsargiau bei nuoširdžiau. Taip pat jautėsi didelis palaikymas iš visų pažįstančių draugų*“ (148); „*pajaučiau daugiau malonaus dėmesio*“ (157); „*nuoširdumas, užuojauta, pagalba*“ (123). Vieni tyrimo dalyviai minėjo tik teigiamus (16), kiti tik neigiamus (18), dar kiti tiek teigiamus, tiek neigiamus (5) pokyčius. Apie pusę dalyvių nurodė jokių pokyčių nepastebėję.

Analizavome ryšį tarp grupių, siekusių ir nesiekusių pagalbos, bei minėjusių išimtinai tik teigiamus santykių pokyčius, išimtinai tik neigiamus santykių pokyčius bei jokių pokyčių neminėjusių dalyvių grupių. Įvairius pokyčius bei savo užsidarymą ir nekalbėjimą netekties tema minėję dalyviai buvo priskirti ketvirtajai grupei. Gauta, jog 12 (32 %) respondentų, siekusių specialistų pagalbos, minėjo išimtinai tik neigiamus pokyčius, tik teigiamus – 3 (8 %), jokių – 15 (40 %); nesiekę, minėję tik neigiamus pokyčius – 6 (14 %), tik teigiamus – 13 (30 %), jokių – 24 (55 %) ($\chi^2(3) = 15,42, p = 0,001, \text{Kramerio } V = 0,43$). Matome, kad asmenys, siekę psichikos sveikatos specialistų pagalbos, dažniau minėjo tik neigiamus bei rečiau tik teigiamus ir jokių santykių po savižudybės pokyčių. Gauta priklausomybė vidutinio stiprumo (Cohen, 1988).

Taip pat respondentų buvo prašoma atsakyti į klausimą, ar po savižudybės jiems teko susidurti su nemaloniomis aplinkinių reakcijomis, dėl kurių apie netektį norėjo kalbėti mažiau. Teigiamą atsakymą buvo prašoma pakomentuoti.

Nemalonių aplinkinių reakcijų temos:

- nemalonių reakcijų nenurodyta (47);
- savižudybės stigma (24): nemalonūs pasisakymai apie nusižudžiusiuosius ir savižudybes (10); priežasčių paieška, įvykio analizavimas (11); skatinimas meluoti apie mirties priežastį (1); savižudybės tema viešojoje erdvėje (1); nelaidojimas Bažnyčioje pagal įprastas apeigas (1);
 - mirties tabu / netinkamos reakcijos į gedulą (11): netekties temos vengimas (4); abejingumas (1) netinkami patarimai ar paguodos žodžiai (4); perdėtas dėmesys įvykusiai netekčiai (2);
 - kaltinimas (9);
 - užsidarymas (4);

- prasta gedinčiojo savijauta dėl netekties (2);
- kita (1): aplinkiniai su savižudybių patirtimi (1).

Nemaža dalis tyrimo dalyvių nemalonių aplinkinių reakcijų nenurodė. Tie, kurie pateikė, minėjo bendravimo sunkumus, susijusius su savižudybės stigma (pavyzdžiui, „*Neįsivaizduoju, kaip galima taip pasielgti, savižudybė yra nuodėmė*“ (128); „*Kai kiti žmonės apie nusizudžiusį asmenį kalba kaip apie „durnių“, kaip žmonės, kalbėdami apie ne mano artimojo savižudybę, bet kitą savižudybę, bando ieškoti vienos priežasties, dėl ko taip nutiko*“ (151)), mirties temos tabu („*Žmonės nežino kaip sureaguoti, todėl iškart keičia temą*“ (140)), netinkamas aplinkinių reakcijas į gedintį žmogų („*po kelių mėnesių pasakius, kad blogai jaučiuosi, sulaukiau komentaro - vis dar?*“ (170)), gedinčiojo kaltinimą („*Mane erzina dažniausiai pirmas klausimas po susidūrimo su faktu apie <...> mirtį: „argi nebuvo požymių, kad jis ketina nusižudyti?*“). *Tai skamba kaltinančiai, tarsi kažkas tikrai turėjo leisti išvengti nelaimės, tačiau buvo pražiūrėta. Dar buvo užduotas klausimas: „negi jūs nesiklabėjote?“, kas taip pat skambėjo kaltinančiai*“ (152)) dėl artimojo mirties. Pastebima, kad savižudybės stigmatizacijos ir kaltinimo temos minėtos gana dažnai. Šie rezultatai papildė GEQ stigmatizacijos bei kaltės subskalių analizės rezultatus ir iliustruoja, koks elgesys, susijęs su stigmatizacija, kalte, mirties tabu ar nežinojimu, kaip reaguoti į gedintį žmogų, respondentams buvo pats nemaloniausias, kas labiausiai gedinčiuosius paveikė, į kokias netinkamų reakcijų į gedulą apraiškas labiausiai reaguojama.

3.4 Grupių palyginimas pagal psichologinę savijautą

4 lentelėje pateikiamas profesionalios psichologinės pagalbos siekusių ir nesiekusių tyrimo dalyvių palyginimas pagal psichologinę savijautą, kuri buvo vertinama keliais aspektais.

PSO-5 skalės įvertis atskleidžia, kiek respondentas gerai jaučiasi kasdiniame gyvenime (Skerytė-Kazlauskienė ir kt., 2015). Gauta, kad dalyvių, kurie kreipėsi profesionalios pagalbos, savijauta prastesnė, tačiau šis skirtumas statistinio reikšmingumo nepasiekė. Taip pat buvo klausiama, kaip gedintieji patys subjektyviai vertina savo sveikatą. Gauti statistiškai reikšmingi skirtumai: respondentai, kreipęsi pagalbos į specialistus, savo sveikatą vertino kaip blogesnę.

PSO-5 gali būti naudojamas ir kaip instrumentas preliminariai įvertinti, ar asmuo gali būti priskirtas klinikinės depresijos rizikos grupei (pagal tyrimuose dažniausiai naudojamus slenkstinius rodiklius (≤ 50 arba ≤ 28)) (Topp et al., 2015). Iš 4 lentelės matyti, kad tyrimo dalyvių, kurie kreipėsi pagalbos ir kurių savijautai gali būti būdinga kliniškai reikšminga depresinė simptomatika, procentas statistiškai nesiskyrė nuo respondentų, kurie pagalbos nesikreipė, tačiau

jie galėtų būti priskirti depresijos rizikos grupei. Skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi nei slenksčiu pasirinkus 50 balų įvertį, nei griežtesnį taip pat tyrimuose naudojamą 28 balų įvertį.

Taip pat buvo vertinamas užsitęsusio gedulo simptomų pasireiškimo dažnis abiejose grupėse. Kadangi užsitęsęs gedulas gali būti diagnozuojamas, kai praėję mažiausiai 6 mėnesiai po netekties (Prigerson et al., 2009), šiuo aspektu nebuvo analizuojami vėliau netektį patyrusių dalyvių duomenys ($N = 74$; kreipėsi į specialistus $n = 36$, nesikreipė į specialistus $n = 38$). Analizė atskleidė, kad tiems respondentams, kurie kreipėsi pagalbos, užsitęsusio gedulo simptomai pasireiškė intensyviau. Statistiškai reikšmingi skirtumai atsiskleidė vertinant kognityvinių, emocinių ir elgesio simptomų kriterijų: besikreipusieji pagalbos pasižymėjo labiau išreikštais simptomais. Nors atsiskyrimo kančia jų taip pat buvo labiau išreikšta, skirtumas statistinio reikšmingumo nesiekė. Be to, remiantis instrumento autorių pateiktomis rekomendacijomis, buvo įvertinta, ar respondentui būtų galima diagnozuoti užsitęsusio gedulo sutrikimą. Lentelėje matyti, kad net 31 % asmenų, kurie kreipėsi pagalbos, remiantis PG-13, gali būti diagnozuojamas šis sutrikimas (ir tik 5 % respondentų nesikreipusiųjų grupėje). Gauta priklausomybė vidutinio stiprumo ($phi = 0,33$) (Cohen, 1988).

Visoje imtyje užsitęsusio gedulo sutrikimas galėtų būti diagnozuojamas 18 % tyrimo dalyvių.

4 lentelė. Savijautos rodiklių palyginimas tarp grupių

Nusizudžiusiųjų artimųjų grupė	Kreipėsi ($n = 38$)	Nesikreipė ($n = 44$)		
Lyginamos charakteristikos	n (%) / M (SD)		χ^2 / t / Z	p reikšmė
PSO-5				
PSO-5 rodiklis	35,68 (20,55)	44,73 (23,66)	$t = 1,83$	0,071
PSO-5 klinikinės depresijos rizika (≤ 50)	28 (74 %)	24 (55 %)	$\chi^2 = 2,45$	0,118
PSO-5 klinikinės depresijos rizika (≤ 28)	19 (50 %)	15 (34 %)	$\chi^2 = 1,52$	0,217
Sveikatos vertinimas	2,89 (1,29)	3,52 (1,30)	$Z = -2,41$	0,016
PG-13 ($N = 74$)				
	($n = 36$)	($n = 38$)		
PG-13	33,39 (9,27)	28,55 (9,38)	$t = -2,23$	0,029
PG-13 Atsiskyrimo kančios kriterijus	6,86 (2,13)	6,39 (2,56)	$Z = -0,82$	0,413
PG-13 Kognityviniai, emociniai, elgesio simptomai	26,53 (7,73)	22,16 (7,44)	$t = -2,48$	0,016

Nusižudžiusiųjų artimųjų grupė	Kreipėsi (n = 38)	Nesikreipė (n = 44)		
Lyginamos charakteristikos	n (%) / M (SD)		$\chi^2 / t / Z$	p reikšmė
Preliminari PG-13 diagnostika	11 (31 %)	2 (5 %)	$\chi^2 = 6,51$	0,011

Pastaba: N, n – respondentų skaičius; M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis; Kreipėsi – dalyvių, kurie kreipėsi psichikos sveikatos specialistų pagalbos, rezultatai; Nesikreipė – dalyvių, kurie nesikreipė psichikos sveikatos specialistų pagalbos, rezultatai. PSO-5 – Geros savijautos rodiklis (nuo 0 iki 100); PG-13 – Užsitęsusio gedulo klausimynas (nuo 11 iki 55). Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Siekiant įvertinti, ar šios gedinčiųjų imties savijautos rodikliai pasižymi išskirtinumu lyginant juos su bendrąja populiacija (daugiau apie šią imtį žr. Tyrimo instrumentų aprašymo dalyje), buvo atliktas nusižudžiusiųjų artimųjų grupių PSO-5 rodiklio palyginimas su populiacine Lietuvos imtimi. Pritaikius ANOVA, gauti statistiškai reikšmingi skirtumai $F(2, 1060) = 18,70, p < 0,000$. Populiacinės imties bendras vidutinis PSO-5 įvertis buvo lygus 55,02 ($SD = 21,60$). Pritaikius Post hoc Bonferroni kriterijų, atsiskleidė statistiškai reikšmingi skirtumai ir tarp populiacinės imties bei besikreipusių pagalbos nusižudžiusiųjų artimųjų ($p < 0,001$), ir tarp populiacinės imties bei tų, kurie pagalbos į psichikos sveikatos specialistus nesikreipė ($p = 0,006$), geros savijautos rodiklių. Taip pat buvo palyginta klinikinės depresijos pasireiškimo rizika tarp visų trijų grupių:

- **Kai PSO-5 ≤ 50.** $\chi^2(2, 1060) = 22,17, p < 0,001, Kramerio V = 0,15$. Populiacinėje imtyje depresijos diagnozė galėtų būti priskirta 39 % asmenų (palyginimui: nusižudžiusiųjų artimųjų, kurie kreipėsi pagalbos 74 %, kurie nesikreipė 55 %);

- **Kai PSO-5 ≤ 28.** $\chi^2(2, 1060) = 43,39, p < 0,001, Kramerio V = 0,20$. Populiacinėje imtyje depresijos diagnozė galėtų būti priskirta 15 % asmenų (palyginimui: nusižudžiusiųjų artimųjų, kurie kreipėsi pagalbos 50 % ir kurie nesikreipė 34 %).

Taigi tyrimo rezultatai rodo, kad gedintys po artimojo savižudybės (ir tie, kurie profesionalios pagalbos nesikreipė, ir tie, kurie kreipėsi) pasižymi reikšmingai prastesniais savijautos rodikliais nei bendrosios populiacijos Lietuvoje atstovai. Taip pat klinikinės depresijos pasireiškimo rizika jiems yra didesnė. Nors gauta priklausomybė silpna (Cohen, 1988).

3.5 Nuostatos psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu ir naudojamos įveikos strategijos

Toliau buvo lyginami tyrimo dalyvių grupių nuostatų psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu ir subjektyviai suvokiamos psichologinės pagalbos gavimo stigmos įverčiai (5 lentelė). Matome, kad grupių vertinimai reikšmingai išsiskyrė visuose trijuose ATSPPH faktoriuose. Dalyviams, kurie kreipėsi pagalbos, buvo būdingas didesnis atvirumas siekti profesionalios pagalbos, didesnė pagalbai priskiriama vertė ir mažesnis pirmumo teikimo savarankiškai įveikai lygis. Suvokiamos psichologinės pagalbos gavimo stigmos vertinimai statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Taip pat 5 lentelėje pateikiami kančios atskleidimo rodiklio palyginimo tarp grupių rezultatai. Nors respondentai, kurie kreipėsi pagalbos, pasižymėjo didesniu polinkiu atskleisti asmeniškai ir emociškai jiems svarbią informaciją kitiems, skirtumas statistinio reikšmingumo nesiekė. Iš įveikos strategijų, naudojamų susidūrus su sunkumais, išsiskyrė tik naudojimosi emocine parama ir savęs kaltinimo strategijos (5 lentelė). Asmenys, kurie kreipėsi pagalbos į specialistus, reikšmingai dažniau susidūrę su sunkumais kreipiasi į aplinkinius paramos ir palaikymo bei save kaltina ir kritikuoja dėl to, kas atsitiko.

5 lentelė. Nuostatų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu, psichologinės pagalbos gavimo stigmos, kančios atskleidimo rodiklio ir naudojamų įveikos strategijų palyginimas tarp grupių

Lyginamos charakteristikos	Nusižudžiusių artimųjų grupė	Kreipėsi (n = 38)	Nesikreipė (n = 44)	t / Z	p reikšmė
	M (SD)				
ATSPPH					
Atvirumas siekti profesionalios pagalbos	9,42 (2,01)	7,80 (2,50)	-3,21	0,002	
Profesionalios pagalbos siekimo vertė	14,16 (1,75)	11,25 (3,25)	-5,14	<0,001	
Pirmumo neteikimas savarankiškai įveikai	9,21 (2,30)	8,14 (2,50)	-2,01	0,048	
Bendras ATSPPH įvertis	32,82 (4,39)	27,18 (6,99)	-4,43	<0,001	
SSRPH	7,86 (2,30)	7,79 (2,28)	0,15	0,884	
DDI	42,13 (7,61)	38,43 (10,89)	-1,80	0,076	
COPE (N = 81)	(n = 38)	(n = 43)			
Aktyvi įveika	5,87 (1,44)	6,19 (1,20)	1,08	0,282	

Nusižudžiusiųjų artimųjų grupė	Kreipėsi (n = 38)	Nesikreipė (n = 44)		
Lyginamos charakteristikos	M (SD)		t / Z	p reikšmė
Planavimas	5,34 (1,26)	5,74 (1,27)	1,43	0,158
Teigiamas perinterpretavimas	4,50 (1,77)	4,77 (1,31)	0,77	0,446
Priėmimas	5,63 (1,75)	6,19 (1,26)	1,62	0,110
Humoro naudojimas	3,32 (1,68)	3,09 (1,67)	Z = -1,00	0,317
Atsigręžimas į religiją	4,08 (1,36)	4,02 (2,11)	-0,14	0,887
Naudojimasis emocijų parama	5,18 (1,45)	4,26 (1,66)	-2,66	0,009
Naudojimasis instrumentine parama	4,76 (1,46)	4,28 (1,55)	-1,44	0,153
Mąstymo nukreipimas	5,58 (1,52)	5,67 (1,60)	0,28	0,784
Neigimas	3,89 (1,47)	3,63 (1,45)	-0,82	0,413
Emocijų išreiškimas	4,66 (1,38)	4,19 (1,48)	-1,48	0,144
Psichoaktyvių medžiagų vartojimas	3,47 (1,87)	2,81 (1,16)	Z = -1,53	0,127
Pasitraukimas	3,76 (1,15)	3,26 (1,31)	-1,84	0,069
Savęs kaltinimas	5,39 (1,62)	4,21 (1,54)	-3,38	0,001

Pastaba: n – respondentų skaičius; M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis; Kreipėsi – dalyvių, kurie kreipėsi psichikos sveikatos specialistų pagalbos, rezultatai; Nesikreipė – dalyvių, kurie nesikreipė psichikos sveikatos specialistų pagalbos, rezultatai. ATSPPH – Nuostatų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu skalė (nuo 10 iki 40); SSRPH – Psichologinės pagalbos gavimo stigmos skalė (nuo 5 iki 15); DDI – Kančios atskleidimo rodiklis (nuo 12 iki 60); COPE – Įveikos strategijų klausimynas (nuo 2 iki 8). Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Siekiant įvertinti dažniau naudojamus gedulo įveikos būdus, tyrimo dalyvių buvo klausiama, kas jiems labiausiai padėjo gedint po netekties. Teminės analizės rezultatai:

- niekas nepadėjo (2);
- savarankiška įveika (5);
- atsiribojimas nuo kitų (2);
- emocinė ir instrumentinė aplinkinių pagalba (93): artimieji (60); palaikymas (17); pasirūpinimas buitimi (3); bendravimas (13);
- psichikos sveikatos specialistai (21): psichologas / psichoterapeutas (13); grupės (4); medikamentai (4);
- įveika kaip orientacija į netektį (28): domėjimasis savižudybių tema (2); įvykusios savižudybės proceso analizė (3); kaltės mažinimas (3); kitos su mirusiuoju ir netektimi susijusios veiklos (3); panašios patirtys (3); pyktis ant mirusiojo (1); verkimas (2); prasmės radimas (1); mirties neišvengiamumo pripažinimas (1); netekties priėmimas (2); kalbėjimas(is) (7);

- įveika kaip orientacija nuo netekties (37): vengimas aplinkos, kuri primintų artimąjį (1); su netektimi susijusių minčių vengimas (4); nekalbėjimas netekties tema (2); rūpinimasis kitais (4); kitos veiklos (24); aplinkos pakeitimas (2));
- tikėjimas (7);
- kaltė (1);
- kita (7): profesinė patirtis (1); augintiniai (1); laikas (2); nuovargis (1); mažesnis aktyvumas (1); organizacijos (1).

Matome, kad itin didelė dalis tyrimo dalyvių vertino socialinio tinklo narių paramą ir pagalbą. Neretai buvo minima ir psichologo / psichoterapeuto, tikėjimo, dalyvavimo grupėse nauda gedulo procese.

Dalis temų apibendrintos į grupes, kurios įvardintos kaip įveika, kai orientuojamasi į netektį (emocijos, mintys, elgesys, susiję su netektimi), ir įveika, kai orientuojamasi nuo netekties (emocijos, mintys, elgesys, kai netekties temos vengiama, stengiamasi nuo jos atsiriboti). Įvertinome šių gedulo įveikos būdų pasireiškimo dažnumo skirtumus tarp respondentų, kurie kreipėsi ir kurie nesikreipė pagalbos, atsakymų. Reikšmingų sąsajų tarp siekusių psichikos sveikatos profesionalų pagalbos ir minėjusių įveiką, orientuotą į netektį, po artimojo savižudybės nerasta (siekę psichikos sv. specialistų pagalbos – 12 (32 %) minėjo tokią įveiką, nesiekę – 8 (18 %)) ($\chi^2(1) = 1,33, p = 0,250$). Reikšmingų sąsajų tarp siekusių psichikos sveikatos profesionalų pagalbos ir minėjusių įveiką, orientuotą nuo netekties, po artimojo savižudybės taip pat nerasta (siekę psichikos sv. specialistų pagalbos – 14 (37 %) minėjo tokią įveiką, nesiekę – 13 (30 %)) ($\chi^2(1) = 0,22, p = 0,642$). Taigi rezultatai nepatvirtina, kad psichikos sveikatos profesionalų pagalbos siekė ir jos nesiekė asmenys būtų linkę labiau naudotis vienokio ar kitokio tipo gedulo įveikos būdais.

3.6 Veiksnių, kurių skirtumai buvo aptikti palyginus tyrimo dalyvių grupes, prognostinė reikšmė profesionalios psichologinės pagalbos siekimo elgsenai

Apibendrinant iki šiol aptartus tyrimo rezultatus, išsiskyrė šie skirtumai tarp pagalbos siekusių ir nesiekusių dalyvių grupių:

- santykio su mirusiuoju ypatybės (didesnis ryšio su mirusiuoju artimumas pagalbos siekusių grupėje);
- gedulo po savižudybės ypatumai (didesnė stigmatizacija, didesnė kaltė dėl savižudybės);
- savijautos ypatumai (labiau išreikšta užsitęsusių gedulo simptomatika; prastesnis subjektyvus sveikatos vertinimas);
- nuostatos (palankesnės nuostatos psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu);

- sunkumų įveikos ypatumai (dažnesnis naudojimasis emocine parama ir polinkis save kaltinti susidūrus su sunkumais).

Siekiant įvertinti šių veiksnių prognostinę reikšmę numatant nusižudžiusiųjų artimųjų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo elgseną atlikta dvinarė logistinė regresinė analizė. Modelis gerai tiko duomenims ($N = 73$; bendrasis teisingai klasifikuotų atvejų procentas 80,6, $\chi^2 = 40,60$, $df = 10$, $p < 0,001$, *Hosmerio-Lemešou chi kvadratas* lygus 2,11, $p = 0,977$; *Nagelkerkės R²* = 0,575). Atsiskleidė, kad tai, ar žmogus dėl savijautos po artimojo savižudybės kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus arba / ir dalyvavo savitarpio pagalbos grupėse gedintiesiems, leido prognozuoti profesionalios pagalbos siekimui suteikiama vertė, subjektyvus ryšio su mirusiuoju artimumo vertinimas ir emocinės paramos įveikos strategijos naudojimo dažnumas (6 lentelė). Kiti vertinti kintamieji (dėl netekties jaučiama kaltė, stigmatizacija, sveikatos vertinimas, užsitęsusio gedulo sutrikimo simptomai, atvirumas siekti profesionalios pagalbos, pirmumo neteikimas savarankiškai įveikai, savęs kaltinimo kaip įveikos strategijos naudojimo dažnumas) šiame modelyje prognostinės reikšmės neturėjo. Kuo artimesnis buvo ryšys su mirusiuoju, kuo didesnė vertė psichologinės pagalbos siekimui buvo priskirta, kuo dažniau įprastai susidūrus su sunkumais naudojamosi emocine parama, tuo didesnė tikimybė, kad gedintis asmuo kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus.

6 lentelė. *Logistinės regresijos modelis, skirtas įvertinti veiksnių prognostinę reikšmę numatant nusižudžiusiųjų artimųjų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo elgseną*

Kintamasis	B	Standartinė paklaida	Voldo kriterijus	Galimybių santykis	<i>p</i>	95 % PI
Ryšio artimumas	1,15	0,49	5,58	3,15	0,018	1,22–8,16
Stigmatizacija	0,03	0,05	0,45	1,04	0,503	0,94–1,14
Kaltė	-0,03	0,08	0,11	0,98	0,736	0,84–1,13
PG-13: Užsitęsusio gedulo simptomai	-0,10	0,06	3,01	0,91	0,083	0,81–1,01
Sveikatos vertinimas	-0,58	0,36	2,65	0,56	0,104	0,28–1,13
COPE: Naudojimasis emocine parama	0,52	0,25	4,32	1,67	0,038	1,03–2,72
COPE: Savęs kaltinimas	0,33	0,28	1,42	1,38	0,233	0,81–2,39
ATSPPH: Atvirumas siekti prof. pagalbos	-0,03	0,22	0,02	0,97	0,884	0,64–1,48
ATSPPH: Prof. pagalbos siekimo vertė	0,61	0,25	5,95	1,84	0,015	1,13–3,00

Kintamasis	B	Standartinė paklaida	Voldo kriterijus	Galimybių santykis	<i>p</i>	95 % PI
ATSPPH: Pirmumo neteikimas savarankiškai įveikai	-0,12	0,19	0,38	0,89	0,539	0,62–1,29

Pastaba: PI – pasikliautinis intervalas. PG-13 – Užsitęsusio gedulo klausimynas; COPE – Įveikos strategijų klausimynas; ATSPPH – Nuostatų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu skalė. Statistiškai reikšmingos *p* reikšmės pažymėtos paryškintu šriftu.

3.7 Tyrimo dalyvių nurodytos pagalbos siekimo kliūtys

Tyrimo dalyvių taip pat buvo klausama, ar jiems teko susidurti su profesionalios pagalbos siekimo kliūtimis, jei jautė jos poreikį po netekties. Pateikiami pačių tyrimo dalyvių išsakytų pagalbos siekimo kliūčių teminės analizės rezultatai:

- Kliūtys neįvardintos (51): kliūčių nekilo (41); pagalbos poreikio nebuvimas (8); neieškojimas pagalbos (2);
- Prasta savijauta (1): šokas (1);
- Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai (11):
 - Pagalbos siekimo stigma: kreipimasis pagalbos – silpnumo išraiška (1); stigma (1);
 - Netikėjimas pagalbos veiksmingumu (2);
 - Baimė apie netektį kalbėti su nepažįstamu žmogumi (1);
 - Savarankiška įveika (1);
 - Kaltė dėl netekties (1);
 - Neapibūdintos vidinės kliūtys: nesiryžimas kreiptis (2); manymas, kad pagalba buvo reikalinga, nors nesikreipė (2);
- Neigiama patirtis (5): nesikreipimas dėl ankstesnės patirties (2); netinkamas specialistas (3);
 - Nusivylimas specialistais dėl įvykusios savižudybės (1);
 - Sveikatos sistemos spragos (33): reikia daug pastangų dėl skubaus priėmimo pas gydytoją (1); pagalbos reikia ilgai laukti (3); tinkamos pagalbos trūkumas gyvenamojoje vietoje (4); gaunama pagalba trumpalaikė (1); nepasitenkinimas medikamentiniu gydymu (2); privačios pagalbos poreikis (5); finansiniai sunkumai (7);
 - Aktyvios pagalbos poreikis (10): specialistų iniciatyvos siūlant pagalbą poreikis (2); informacijos apie pagalbos galimybes ir specialistus trūkumas (8);
 - Kiti individualūs trikdžiai (3): laiko trūkumas (2); kiti trikdžiai, apsunkinantys naudojimosi pagalba galimybes (1);
 - Naudojimasis kitais pagalbos būdais (4);

- Kreiptis pagalbos motyvuojantys veiksniai (3): artimųjų skatinimas ir pagalba kreipiantis į specialistus (3);
- Kita (1): informacijos apie savižudybių aspektus poreikis (1).

Pastebima, kad nemažai daliai tyrimo dalyvių kliūčių siekti profesionalios pagalbos nekilo. Vidinės kliūtys, susijusios su dalyvio jausmais ar įsitikinimais pagalbos atžvilgiu, buvo minimos rečiau. Vis tik dažniausiai nurodomos sisteminės sveikatos apsaugos sistemos kliūtys. Čia išsiskyrė informacijos apie pagalbos galimybes ir specialistus trūkumas. Taip pat tinkama pagalba buvo vertinama kaip finansiškai neprieinama: dalyviai minėjo finansinius sunkumus arba privačios pagalbos poreikį. Dalis dalyvių teigė, kad tinkama pagalba jų gyvenamojoje vietoje nėra prieinama. Gedinčiojo prasta savijauta po netekties kaip kliūtis buvo minima tik kartą („*buvau šoke*“ (123)). Vienas dalyvis minėjo, kad pagalbos kreiptis trukdė dėl netekties jaučiama kaltė („*Sunkiausia buvo perlipti per save, kaltinimai sau pradžioje atrodė labai pagrįsti*“ (158)). Nusivylimas specialistais dėl įvykusios savižudybės taip pat minėtas kartą: „*Nežinojau kur kreiptis. Psichiatras neatrodė išeitis, nes jis nesugebėjo padėti net [nusižudžiusiajam]*“ (160).

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimu siekėme išanalizuoti bei aprašyti dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų su profesionalios psichologinės pagalbos siekimo elgsena susijusius veiksnius. Toliau bus pateikiamas svarbiausių gautų rezultatų apibendrinimas bei interpretacija.

4.1 Profesionalios pagalbos poreikis jos siekusių ir nesiekusių gedinčiųjų grupėse

Tyrimė atsiskleidė, kad didžiausias profesionalios pagalbos poreikis gedinčiųjų po savižudybės buvo jaučiamas praėjus mėnesiui po netekties, tačiau visus metus po artimojo mirties jis kito nežymiai. Kitiuose tyrimuose taip pat pastebima, kad pagalbos poreikis po artimojo netekties gali būti jaučiamas ilgą laiką. Pavyzdžiui, 27 % Wilson ir Marshall (2010) tyrimo dalyvių, gedinčių po savižudybės, manė, kad profesionali pagalba reikalinga bent vienerius metus po savižudybės, 19 % – bent dvejus. Begley su Quayle (2007) tyrimė intensyviausios gedulo reakcijos buvo patiriamos pirmaisiais metais po netekties. Taigi, gauti tyrimo rezultatai dar kartą patvirtina, kad pagalba gedintiesiems gali būti reikalinga ir siūloma ne tik iš karto po artimojo mirties, bet ir pakankamai ilgą laiką po netekties.

Tyrimė kėlė klausimą, ar gedintieji, kuriems pagalba labiausiai reikalinga, iš tiesų jos gauna. Rezultatų analizė atskleidė, jog asmenys, kurie kreipėsi profesionalios psichikos sveikatos specialistų pagalbos, ir jautė didesnę (aukštesnę nei vidutinę) jos poreikį. Ir Wilson bei Marshall (2010) tyrimė tie gedintieji po savižudybės, kuriems profesionali pagalba buvo labiausiai reikalinga, jos gavo. Kita vertus, atkreiptinas dėmesys, kad specialistų pagalbos poreikis (tiesa, žemesnis nei vidutinis) būdingas ir tiems asmenims, kurie į profesionalus nesikreipė.

Taip pat šios studijos rezultatų analizė atskleidė, kad asmenys, kurie kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus po netekties, reikšmingai dažniau kreipėsi ir į kitus medikus, kas patvirtina netekties poveikį tiek psichologinei, tiek fizinei gedinčiojo savijautai. Svarbu, kad ieškoma ne tik biomedicininų gedulo sunkumų įveikos būdų, bet naudojamosi ir psichologinėmis intervencijomis.

4.2 Gedulo po savižudybės ypatumų vaidmuo profesionalios pagalbos siekimo procese

Priešingai nei tikėtasi, lyginant po savižudybės gedinčių tyrimo dalyvių, kurie kreipėsi ir nesikreipė psichikos sveikatos profesionalų pagalbos grupes, gauta, kad tie, kurie lankėsi pas specialistus, pasižymėjo aukštesniais stigmatizacijos ir kaltės dėl netekties patyrimo rodikliais. Nors bendrame modelyje prognostinės reikšmės

profesionalios pagalbos siekimo elgsenai šie gedulo po savižudybės ypatumai neturėjo, tai, jog gedintieji, kurie kreipėsi pagalbos, dažniau jautėsi kalti ir stigmatizuojami leidžia kelti prielaidas, kad: 1) šie veiksniai negali būti vienareikšmiškai laikomi profesionalios pagalbos siekimo barjeriais, 2) tam tikrais atvejais stigmatizacija ir kaltė gali veikti kaip faktoriai, motyvuojantys kreiptis į specialistus. Toliau pateikiame keletą galimų tokių rezultatų interpretacijų.

Kai kuriose studijose randama, kad gaunama socialinė parama gali būti vienas iš faktorių, turinčių įtakos sprendimui kreiptis į profesionalus. Maulik, Eaton su Bradshaw (2009) aptiko, kad didesnė socialinė parama buvo susijusi su rečiau naudojamomis psichikos sveikatos specialistų paslaugomis. Mūsų tyrimo dalyviai aplinkinius taip pat dažnai minėjo kaip vieną iš svarbiausių pagalbos šaltinių: artimųjų buvimas, pagalba ir palaikymas patiems gedintiesiems buvo vienas svarbiausių veiksnių, padedančių išverti gedulą. Kituose tyrimuose taip pat pastebėta, kad gedintieji itin vertina socialinio tinklo narių paramą ir pagalbą (Lindqvist et al., 2008). Taigi socialinės paramos netekimas po artimojo mirties gali skatinti gedintįjį ieškoti kitų būdų gauti palaikymo. Mūsų tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad asmenys, siekę psichikos sveikatos specialistų pagalbos, dažniau nurodė tik neigiamus, o rečiau tik teigiamus santykių su aplinkiniais pokyčius po savižudybės. Tyrimo dalyviai išsakė su stigmatizacija, mirties tabu, sunkumais reaguojant į gedintį žmogų, kaltinimu susijusius sunkumus, dėl kurių su aplinkiniais apie netektį norėjo kalbėti mažiau. Mokslinėje literatūroje neigiamos socialinės reakcijos, patiriamos gedint po savižudybės, Dyregrov (2004) įvardintos kaip *socialinis bejėgiškumas*, taip pat minimos neretai.

Vis dėlto svarbu pastebėti, kad tyrime vertinti subjektyviai suvokiamos socialinės paramos gedint po netekties įverčiai tarp grupių nesiskyrė. Taigi tikėtina, kad socialinė parama gedintiesiems nėra pakankama: kai susiduriama su gedulo sunkumais, reikalinga ir specialistų pagalba. Ne viename tyrime taip pat negauta, jog socialinė parama gedint po netekties turėtų apsauginį ar atsigavimą pagreitinantį efektą (Anusic & Lucas, 2014; Stroebe et al., 2005; Wago et al., 2017). Taigi, gautieji rezultatai rodo, jog teigiamas socialinės paramos poveikis gali būti nepakankamas susidūrus su psichologinėmis ar somatinėmis problemomis gedint, tuo tarpu neigiamos socialinės patirtys gali tapti motyvuojančiu veiksniu kreiptis į profesionalus. Wago ir kiti (2017) aptikę, kad socialinė parama nėra susijusi su užsitęsusio gedulo pokyčiais einant laikui po netekties, kelia hipotezę, jog galbūt neigiamos socialinės reakcijos turi net didesnę reikšmę gedulo procesui nei teigiamos, kaip parama ir palaikymas. Tai patvirtina ir mūsų tyrimo rezultatai. Kita vertus, svarbu paminėti, kad instrumentu, kurį naudojome šiame tyrime, buvo vertinamas laipsnis, kuriuo gedintysis suvokia esant bent vieną žmogų, kuris skiria laiko ir neteisdamas jį išklauso, taigi netektį patyręs asmuo gali atvirai ir nuoširdžiai išreikšti su gedulu susijusius jausmus ir

mintis. Negalime garantuoti, kad respondentai, vertindami socialinę paramą, neturėjo omenyje ir specialisto ar kitų savitarpio pagalbos grupių dalyvių. Ateityje būtų svarbu užtikrinti, jog bus vertinamas išimtinai socialinio tinklo narių paramos vaidmuo gedint.

Kitas paaiškinimas, kodėl tyrimo dalyviai, kurie kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, dažniau jautėsi stigmatizuojami, galimai susijęs su noru suvaldyti neigiamą stigmą poveikį. Siekiant kontroliuoti stigmą pasekmes gerovei bei santykiams su aplinkiniais, gali būti naudojamos įvairiomis įveikos strategijomis. Anksčiau aptarėme, kad netekties slėpimas, vengimas, socialinė izoliacija gali būti vieni iš būdų palengvinti stigmą poveikį (Frost, 2011; Hanschmidt et al., 2016), tačiau profesionalų pagalbos ir paramos siekimas taip pat gali būti pasitelkiamas kaip priemonė sumažinti neigiamą stigmatizacijos įtaką savijautai, gauti reikalingo palaikymo. Pastebima, kad profesionalios intervencijos gali sumažinti gedinčiųjų po savižudybės pykčio, kaltės, stigmą, gėdos, pasimetimo jausmus (Harrington-LaMorie et al., 2018; McDaid et al., 2008). Psichikos sveikatos specialisto kabinete asmuo gali rasti saugią aplinką, kur galėtų pasidalinti dėl stigmatizacijos patiriamomis neigiamomis emocijomis (Miller & Kaiser, 2001) bei gauti palaikymo, mažinančio neigiamas stigmą pasekmes savijautai (Frost, 2011). Anot Supiano (2012), paramos gedintiems po savižudybės grupės suteikia saugią erdvę pasidalinti sunkumais, patiriamais bendraujant su aplinkiniais. Anot mūsų tyrimo dalyvio, atsakančio į klausimą, kas labiausiai padėjo gedint po netekties: „*Savitarpio pagalbos grupės nariai / narė. Ten <...> radau supratimą, išklausymą be smerkimo ar pastabų, ką daryti. <...> Aplinkiniai nenori tai aptarinėti su manimi. Reikalinga pagalba žmogui po tokių netekčių. Vienareikšmiškai*“ (136). Kito dalyvio teigimu, jam padėjo: „*Psichologė bei savitarpio pagalbos grupė. <...> Per psichologines konsultacijas jaučiuosi laisvai, jaučiu, jog manęs įdėmiai klausomasi. Kai kuriuos dalykus padėjo suvokti ir labai tiksliai psichologės išvalgos <...>. Na o savitarpio pagalbos grupėje kaskart atėjus tikrai nesunku suvokti, jog esu ne viena tokia ir kad kažkas kitas jaučiasi panašiai, susiduria su panašiomis problemomis*“ (154). Taigi profesionalios pagalbos gali būti siekiama, stengiantis kompensuoti supratimo, priėmimo bei palaikymo artimoje aplinkoje trūkumą.

Mokslinėje literatūroje pastebima, kad gedintys po artimojo savižudybės dažnai patiria kaltę (Begley & Quayle, 2007; Fielden, 2003; Lindqvist et al., 2008). Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad asmenys, kurie po netekties kreipėsi į specialistus, kaltę dėl savižudybės jautė stipriau nei tie, kurie nesikreipė. Intensyvūs permąstymai, įvykusios savižudybės priežasčių paieška, mirusiojo gyvenimo ir santykio su juo aspektų analizė gali padėti sumažinti kylančią kaltę bei atsakomybę dėl artimojo mirties (Klimaitė, 2015). Kreipimasis į profesionalus gali būti vienas iš būdų, kaip gedintysis gali gauti daugiau informacijos apie

suicidinės krizės procesą, kartu su specialistu analizuoti mirusiojo gyvenimo aplinkybes ir gauti daugiau atsakymų. Kadangi vienas iš gedulo po savižudybės pagalbos grupių tikslų yra paskatinti permaštyti klaidingus įsitikinimus apie gedulą ir netektį, grupių dalyviai neretai turi galimybę geriau suprasti savižudybės ir gedulo procesus bei sumažinti patiriamą kaltę ir atsakomybę dėl mirties (Harrington-LaMorie et al., 2018; Supiano, 2012). Schneider, Grebner, Schnabel su Georgi (2011) aptiko, kad gedintieji, kurie gavo tinkamos profesionalų paramos, jautė mažiau kaltės dėl mirusio artimojo netekties. Mūsų tyrimo dalyvių atsakymuose taip pat atsispindi, jog kaltės bei atsakomybės dėl savižudybės sumažinimas, geresnis suicidinio proceso supratimas reikšmingi sumažinant gedulo skausmą. Pavyzdžiui, dalyviai minėjo, jog labiausiai gedint po mirties padėjo: „*Laikas, malda ir informacija, kurią radau internete apie savižudybes*“ (138); „*<...> Taip pat darbas su savim: mėginimas racionaliai paaiškinti sau, kas įvyko, kad visi anksčiau ar vėliau mirsim ir aš nesu kaltas už kito savižudybę.*“ (150); „*Mano psichologė supažindino su gedėjimo procesu (man ypač reikėjo įsisąmoninti, kad įvykis nebuvo mano atsakomybė)*“ (158). Vienas tyrimo dalyvis, kuris profesionalų pagalbą nesikreipė, atsakydamas į klausimą apie pagalbą siekimo kliūtis, teigė: „*Specialistų pagalbą poreikio didelio nereikėjo, tiesiog norėjau sužinoti daugiau, kodėl taip nutiko, kodėl žmogus (iš psichologinės) pusės galėjo taip pasielgti, kas paskatino jį tam žingsniui, gal tai buvome mes, gal per mažai skyrėme dėmesio, gal tai buvo alkoholio įtaka*“ (120). Taigi gedintysis, patiriantis daugiau kaltės dėl savižudybės, gali ieškoti profesionalios pagalbos ar bent jausti jos poreikį, norėdamas geriau suprasti ir integruoti savižudybės patirtį bei kartu sumažinti jaučiamą kaltę ir atsakomybę dėl artimojo mirties.

Svarbu ir tai, kad stigmatizacija bei kaltė susijusios su tokiais pokyčiais po netekties, kurie gali prisidėti prie prastesnės gedinčiojo savijautos. Tai pastebėta ir ankstesniuose dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų tyrimuose (Feigelman et al., 2009; Maple et al., 2010; Mcmenamy et al., 2008). Li ir kolegų (2014) teigimu, kaltės patyrimas susijęs su psichologine kančia, prastesne adaptacija, užsitęsusio gedulo simptomais. Nors mūsų tyrime nebuvo gauta, jog prastesnė psichologinė savijauta padeda reikšmingai numatyti kreipimąsi į specialistus, lyginant pagalbos siekusių ir nesiekusių grupes, užsitęsusio gedulo simptomų pasireiškimo intensyvumas buvo didesnis tarp respondentų, kurie lankėsi pas profesionalus. Taigi gali būti, jog stigmatizacija veikia pablogėjusią gedinčiojo savijautą, o pastaroji tampa motyvuojančiu veiksniu kreiptis į profesionalus tikintis pagerėjimo. Pasak Cramer (1999), kai socialinė parama nėra tinkama ir asmuo negali dalintis asmeniškai ir emociškai jam svarbia informacija, jis patiria daugiau psichologinių sunkumų, kurie tampa skatinančiu veiksniu siekti profesionalų pagalbą. Ateities tyrimuose svarbu analizuoti netiesioginį

stigmatizacijos ir kaltės vaidmenį dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų pagalbos siekimo procese.

Kita vertus, gali kilti klausimas ir dėl stigmatizacijos bei kaltės ir užsitęsusio gedulo konstrukto atskirumo. Kaltės jausmas ir socialinio funkcionavimo sutrikdymai – išskiriami užsitęsusio gedulo sutrikimo simptomai (TLK-11). Kaltės idėjos būdingos ir klinikinės depresijos epizodams. Taigi kaltė gali būti vertinama kaip atspindinti gedulo komplikacijas, dėl kurių asmenys ir kreipiasi į specialistus. Kadangi užsitęsusio gedulo sutrikimo įtraukimas į diagnostines kategorijas dar labai naujas, išskiriami simptomai yra nuolat kvestionuojami, keičiami atliekant daugiau mokslinių studijų šia tema, DSM ir TLK klasifikacijose pateikiamas simptomų sąrašas nėra tapatus (Lenferink & Eisma, 2018; Maciejewski et al., 2016), tad kol kas sudėtinga įvertinti konstrukto, kurie yra užsitęsusio gedulo simptomai, o kurie koreliatai. Tam reikia tolimesnių studijų. Tik svarbu paminėti, kad instrumente užsitęsusio gedulo sutrikimo simptomų vertinimui PG-13 (Prigerson et al., 2009), kurį naudojome šiame tyrime, kaltės patyrimas dėl netekties nebuvo vertinamas. Taip pat TLK-11 apibūdinant užsitęsusio gedulo sutrikimą nurodoma, kad sveikatos sutrikdymas, įvertintas pasireiškiančiais simptomais, sukelia sunkumus socialinėje srityje, o ne atvirškščiai.

Kaip jau minėta, rasti skirtumai tarp grupių, tačiau prognostinės reikšmės pagalbos siekimui nei kaltė, nei stigmatizacija neturėjo. Tikėtina, jog pastarųjų poveikis pagalbos siekimui nėra tik vienareikšmiškai teigiamas ar vienareikšmiškai neigiamas. Tokius rezultatus geriau suprasti padeda įžvalgos, gautos analizuojant kokybinius duomenis. Pavyzdžiui, vienas dalyvis, atsakydamas į anketos klausimą apie pagalbos siekimo kliūtis, teigė: „*Sunkiausia buvo perlipti per save, kaltinimai sau pradžioje atrodė labai pagrįsti*“ (158). Taigi panašu, jog tiek kaltė, tiek stigmatizacija gali veikti ir kaip pagalbos siekimą skatinantys, ir kaip apsunkinantys veiksniai, o sprendimas siekti pagalbos gali būti labiau nulemiamas kitų veiksnių. Antai šiame tyrime išryškėjo pagalbos siekimo vertė ar ryšio su mirusiuoju artimumo sąlygoti sunkumai. Vis dėlto tyrime gauti reikšmingi rezultatai, prieštaraujantys iki šiol paplitusiems svarstymams, kad stigmatizacija gedint po savižudybės yra pagalbos siekimo barjeras. Veikia, stigmatizacijos vaidmuo yra sudėtingesnis ir įvairiapusiškesnis nei manyta. Svarbu ir ateityje tęsti panašius tyrimus, kad stigmatizacijos bei kaltės įtaka pagalbos siekimo procesui būtų dar geriau suprantama. Be to reikšmingi ir skirtingų kultūrų tyrimai, nes tiek gedėjimas, tiek stigmatizacija neatsiejami nuo kultūrinių tradicijų bei nusistovėjusių normų (Dyregrov, 2011; Hjelmeland & Knizek, 2010; Osafo et al., 2011).

Stigmatizacijos ir kaltės patyrimo dažnumo skirtumai tarp siekusių ir nesiekusių pagalbos grupių išryškėjo, tačiau reikšmingų skirtumų tarp gedos

vertinimų nerasta. Nors dalyviai, kurie kreipėsi pagalbos, patyrė daugiau gėdos dėl netekties, skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas. Po artimojo savižudybės patiriama gėda, apibrėžiama kaip internalizuota stigma (Hanschmidt et al., 2016), atspindi tapatinimąsi su stigmatizuojamiems asmenims priskiriamomis savybėmis. Taigi asmuo pats save nuvertina, dėl stigmatizuojamos savybės jaučiasi prastesnis ar blogesnis. Viena iš tokių gautų rezultatų priežasčių gali būti ta, jog gėda yra sudėtingesnis ir kompleksiškesnis konstruktas, kurį įvertinti yra sunkiau. Anot Clark (2012), gėda dažnai susijusi su intensyvesnėmis emocinėmis reakcijomis, sąmoningu ar nesąmoningu su ja susijusių aspektų slėpimu, todėl kaltę atpažinti neretai būna lengviau nei gėdą. Patiriama išorinė stigmatizacija labiau susijusi su aplinkinių elgesiu, taigi jaučiant, kad artima aplinka yra priešiška, profesionalų pagalbos kreiptis gali būti lengviau nei vertinant, kad pats žmogus yra netinkamas ar nevertas. Kita vertus, kai kurie autoriai teigia, jog aplinkinių vertinimai individams yra svarbesni nei asmeninė nuomonė apie save. Pateikiamas gėdos skirstymas į *išorinę* (žinojimas, kad kiti asmenį vertina neigiamai) ir *vidinę* (savęs neigiamas vertinimas). Pirmoji savijautai yra reikšmingesnė, nes susijusi su žmogui svarbių socialinių ryšių bei evoliuciškai reikšmingo priklausymo jausmo praradimu (Kim, Thibodeau, & Jorgensen, 2011). Remiantis šiuo požiūriu, sakytume, kad išorinė stigmatizacija individui vis dėlto yra reikšmingesnė nei dėl netekties jaučiama asmeninė gėda. Šiame tyrime taip pat gautos stipresnės stigmatizacijos sąsajos su gedinčiųjų pagalbos siekimu, tačiau akivaizdus tolimesnių tyrimų poreikis siekiant geriau suprasti šių netekties po savižudybės ypatumų vaidmenį gedulo procese. Taip pat nemaža tikimybė, kad daugiausiai gėdos patiriantys asmenys atsisako dalyvauti ir tyrimuose apie gedulo po savižudybės patyrimą, taigi patiriamos gėdos poveikis pagalbos siekimui taip ir lieka neaiškus.

Negalime atmesti prielaidos, kad tyrimo rezultatams įtakos galėjo turėti ir gynybos mechanizmai, kurie kaip adaptaciniai nesąmoningi psichologiniai procesai žmogui padeda apsisaugoti nuo nerimo, vidinių ar išorinių pavojų, palaikyti savigarbą (Larsen et al., 2010; McWilliams, 2014). Pavyzdžiui, galbūt tyrimo dalyvių, nesikreipusių į psichikos sveikatos specialistus po netekties, būsenai ir elgesiui įtakos galėjo turėti neigimo gynybos mechanizmas, kuriam veikiant gedėti gali būti nesąmoningai atsisakoma, ignoruojamas netekties sukeltas skausmas (McWilliams, 2014). Galbūt dalyviai, neigiantys gedulo poveikį, kartu neigia ir jo sukeltą skausmą, pasekmes savijautai, tokius tyrimo metu analizuotus jausmus kaip dėl netekties jaučiama kaltė ar gėda. Dėl projekcijos gynybos mechanizmo vidiniai reiškiniai gali būti klaidingai suvokiami kaip kylantys iš išorės (McWilliams, 2014). Taigi galbūt aplinkinių reakcijų ir stigmatizacijos vertinimas gali atspindėti ir paties gedinčiojo nemalonus ir sau nepripažįstamas nuostatas ar jausmus, jau anksčiau aptartos savistigmos poveikį

(Bos et al., 2013). Gilesnės kokybinės studijos padėtų geriau atskleisti šių intrapsichinių mechanizmų reikšmę pagalbos siekimo procesui.

4.3 Psichologinė savijauta po artimojo savižudybės ir profesionalios pagalbos siekimas

Prisitaikymas prie pokyčių po netekties tyrime vertintas analizuojant geros savijautos rodiklį bei užsitęsusio gedulo sutrikimo simptomų pasireiškimo lygį. Negauta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp besikreipusių ir nesikreipusių pagalbos geros savijautos rodiklio (pagal PSO-5). Žinoma, gedintieji dalyvavo tyrime jau pradėję gauti pagalbą, taigi tikėtina, kad tu, kurie kreipėsi į specialistus ir pradėjo gydymą, depresijos simptomai galėjo ir susilpnėti. Vis dėlto lyginant šio tyrimo respondentų ir bendrosios populiacijos studijos duomenis, gauta, jog gedintys po artimojo savižudybės pasižymi reikšmingai prastesniais savijautos rodikliais, jiems būdinga didesnė klinikinės depresijos pasireiškimo rizika. Taigi dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų savijauta reikšmingai prastesnė – tiek tu, kurie kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus po netekties, tiek tu, kurie nesikreipė. Tokie rezultatai atspindi, kad dėl savižudybės artimojo netekę asmenys vis dėlto yra rizikos grupėje susirgti depresija, taigi svarbios postvencinės priemonės siekiant užkirsti kelią ilgalaikiams gedinčiųjų funkcionavimo sutrikdymams. Kiti atlikti tyrimai rodo, kad apskritai į psichikos sveikatos specialistus esant sunkumams Lietuvoje kreipiamasi itin retai (Skerytė-Kazlauskienė ir kt., 2015), taigi svarbu šviesti žmones apie tai, kas yra depresija ir kokie galimi jos gydymo būdai. Žinoma, atkreipiame dėmesį, jog šiame tyrime naudotasi preliminarios depresijos diagnostikos rekomendacijomis pagal PSO-5 (Topp et al., 2015). Tikslėnei diagnostikai reikalingi būtent depresijos epizodo nustatymui naudojami įrankiai.

Nors vertinant bendrus savijautos rodiklius statistiškai reikšmingų skirtumų tarp profesionalios pagalbos siekusių bei nesiekusių grupių nerasta, rezultatai atskleidė, jog asmenys, kurie kreipėsi specialistų pagalbos, pasižymi reikšmingai stipriau išreikštais užsitęsusio gedulo simptomais; taip pat jiems dažniau galėtų būti diagnozuojamas užsitęsusio gedulo sutrikimas. Kartu jie patys subjektyviai savo sveikatą vertino kaip prastesnę. Aptardami tyrimo problematiką kėlėme klausimą, ar tie asmenys, kurių savijauta prastesnė, t.y. tie, kuriems profesionalių intervencijų labiausiai reikia, yra tie, kurie ir gauna reikiamos pagalbos. Analizuojant būtent gedulo komplikacijoms specifiskus simptomus, gavome, kad prasčiau besijaučiantys asmenys siekė profesionalių intervencijų. Nors nebuvo gauta, jog užsitęsusio gedulo simptomų išreikštumas padeda reikšmingai numatyti kreipimąsi į specialistus, lygmuo buvo artimas statistiniam reikšmingumui. Tikėtina, jog skirtumai būtų išryškėję tyrinėjant didesnės imties duomenis. Be to, kaip jau minėta anksčiau, rezultatams įtakos gali turėti ir teigiamas intervencijų

poveikis dabartinei savijautai. Analizuojant tyrimo dalyvių išsakytas profesionalios pagalbos siekimo kliūtis, paties gedinčiojo savijauta kaip kliūtis buvo įvardinta tik vieno tyrimo dalyvio. Taigi tyrimo rezultatai leidžia teigti, jog patiriami užsitęsusio gedulo simptomai po netekties veikia labiau kaip motyvuojantys, o ne trukdantys kreiptis į specialistus veiksniai.

Nors mūsų tyrime gauta, kad dauguma dalyvių, kuriems galėtų būti diagnozuojamas UGS, turėjo kontaktą su psichikos sveikatos specialistais (31 % kreipėsi ir 5 % nesikreipė), tai pastebima ne visose studijose. Pavyzdžiui, Lichtenthal ir kolegų (2011) tyrime tik 43 % gedinčiųjų, kuriems galėjo būti diagnozuojamas UGS, naudojami specialistų paslaugomis. Galbūt šio tyrimo rezultatams įtakos turėjo ir neatsitiktinė tyrimo dalyvių atranka, kai gedintieji, kurie dalyvauja intervencijose buvo specialistų pakviesti dalyvauti tyrime, o tie, kuriems pasireiškia stiprūs UGS simptomai, tačiau profesionalios pagalbos nesikreipė, nesutiko dalyvauti ar negavo informacijos apie tyrimą.

Tai, kad gedintieji, kurie naudojami ar naudojami psichologinėmis intervencijomis po artimojo savižudybės, dalyvavimo tyrime metu vis tiek pasižymėjo labiau išreikštais užsitęsusio gedulo simptomais ir jiems dažniau galėjo būti diagnozuojamas užsitęsusio gedulo sutrikimas, tik dar kartą patvirtina, jog nepriklausomai nuo to ar asmuo dalyvauja intervencijose, ar ne, gedulo simptomai yra linkę mažėti ne staiga (Murphy, 2000). Anot Supiano (2012), gedulo procesas nėra laipsniškas ir jam reikia laiko; žmogus gali pasijausti geriau, po to jaustis vėl įtrauktas gedulo skausmo – savijauta gedint dažniausiai nėra tolygiai gerėjanti. Nors šiame tyrime negalime analizuoti priežastinių ryšių, atmetame galimybę, kad gedintieji, kurie kreipėsi pagalbos, būtent dėl to dabar jaučiasi prasčiau ar vertina po netekties jautę stipresnę kaltę ar stigmatizaciją. Tuo labiau, kad pasitenkinimo gauta pagalba vertinimas yra aukštas – vidurkis lygus 3,58 (iš 4 galimų).

4.4 Ryšio su prarastu asmeniu artimumo svarba pagalbos siekimo procese

Prognostiniame gedinčiųjų po savižudybės pagalbos siekimo elgesio numatymo modelyje gauta ryšio su mirusiuoju artimumo svarba. Kuo ryšys prieš artimajam nusižudant buvo vertinamas kaip artimesnis, tuo didesnė tikimybė, kad respondentas kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus ar dalyvavo savitarpio pagalbos grupėse. Vis dažniau pastebima, kad gedulo po savižudybės poveikiui santykio kokybė ir subjektyviai suvokiamas artimumas turi daugiau reikšmės nei giminystės ar ryšio tipas (Andriessen, 2009; Cerel et al., 2013; Honeycutt & Praetorius, 2016; Mitchell et al., 2004). Stroebe, Abakoumkin, Stroebe ir Schut (2012) rado, kad žmonės, kurie patyrė netikėtą netektį ir kurių ryšys su mirusiuoju buvo stipresnis, sunkiausiai prisitaikė po netekties. Jei ryšys nebuvo toks artimas, mirties netikėtumo faktorius didelės reikšmės prisitaikant

prie netekties neturėjo. Ryšio tęstinumas (angl. *continuing bonds*) apibrėžiamas kaip santykių, turėtų su artimuoju, tąsa jam mirus (Stroebe et al., 2012). Ieškoma būdų, kaip pereiti nuo fizinio prisirišimo prie psichologinio ryšio, kai mirusysis vis tiek nepraranda savo vaidmens ir svarbos gedinčiojo gyvenime, nors fiziškai jo ir nebėra (Begley & Quayle, 2007). Klimatės (2015) analizuotuose gedinčių po artimojo savižudybės interviu atsiskleidė, kad dalyviai, kurie jautė artimą ryšį su nusižudžiusiuoju prieš mirtį, po to kokių nors būdu jį tęsė ir po netekties. Taigi tyrimuose vis dažniau atskleidžiama santykio su mirusiuoju tąsos ir transformacijos svarba gedulo procese.

Tai, kad šioje studijoje nebuvo rasta reikšmingo skirtumo tarp pagalbos siekusių ir nesiekusių respondentų grupių PG-13 atsiskyrimo kančios įverčių rodo, jog su specialistų pagalba gali būti stengiamasi perdirbti ne tik prisirišimo, bet ir kitas ryšio su mirusiuoju puses. Pavyzdžiui, netekus artimojo būtent dėl savižudybės neretai būdingi intensyvūs atstūmimo jausmai (Sveen & Walby, 2007), taigi vienas iš gedulo proceso uždavinių gali būti susitaikyti su tuo, jog gedintysis jaučiasi sąmoningai atstumtas ir paliktas žmogaus, su kuriuo jautėsi palaikantis artimą ryšį. Stroebe su kolegomis (2012) mini prierašumo stiliaus svarbą gedulo proceso komplikacijoms. Anot autorių, prierašumo stilius veikia patiriamo gedulo netekus prierašumo asmens kryptį, intensyvumą ir būdą. Nors ryšio su mirusiuoju ir profesionalios pagalbos poreikio analizei reikalingi tolimesni tyrimai, iš šios studijos rezultatų ir apibendrintų mokslinių studijų galime matyti, kad darbas su specialistu gedinčiam gali būti reikalingas sprendžiant tiek su prarastu santykiu, tiek su asmenybinėmis problemomis, kurias tas praradimas aktualizavo, susijusius išgyvenimus bei sunkumus.

4.5 Nuostatų reikšmė profesionalios psichologinės pagalbos siekimui

Tyrimė išsiskyrė, kad svarbus faktorius, padedantis numatyti, ar asmuo kreipėsi pagalbos po artimojo savižudybės – tai profesionaliai psichologinei pagalbai priskiriama vertė. Ne vienoje studijoje gauta, kad nuostatos profesionalios psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu yra svarbus elgesį prognozuojantis veiksnys (Picco et al., 2016; ten Have et al., 2010). Mūsų tyrimė taip pat pasitvirtino tai, kad asmeninės nuostatos numatant elgesį yra svarbesnės nei suvokiama išorinė stigmatizacija (Barney et al., 2006). Gauti reikšmingi skirtumai tarp grupių, kai besikreipusieji į specialistus buvo būdingas didesnis atvirumas siekti profesionalios pagalbos, retesnis pirmumo teikimas savarankiškai įveikai ir didesnė vertė, suteikiama profesionalios pagalbos siekimui. Tačiau tik pastarasis faktorius turėjo svarbią prognostinę reikšmę, kas rodo, jog, sprendimui kreiptis profesionalų pagalbos, itin svarbu tai, ar ji suvokiama kaip veiksminga. Ir Komiti, Judd bei Jackson (2006) tyrimė atsiskleidė, kad tikėjimas, jog šeimos gydytojo

pagalba veiksminga, buvo vienas svarbiausių pagalbos siekimą prognozuojančių veiksmių.

Tai, kad asmenys, kurie psichologinę pagalbą laikė mažiau vertinga, buvo labiau linkę jos nesikreipti, galbūt yra informacijos trūkumo pasekmė. Anot Nam ir kolegų (2013), svarbu komunikuoti tiek apie tai, kas vyksta psichologinių intervencijų metu, tiek pateikti informacijos apie jų efektyvumą (pavyzdžiui, pozityvių rezultatų statistiką). Klaidingas požiūris, kad psichologinis konsultavimas ar psichoterapija yra „tiesiog pokalbiai su kitu žmogumi“ gali trukdyti kreiptis į specialistus, nes žmogui sunku įsivaizduoti, kuo tai gali skirtis nuo pokalbio su palaikančiu artimuoju. Vadinasi, svarbu informuoti gedinčiuosius apie tai, kas vyksta intervencijų metu, suprantamai pateikti moksliskai grįstų duomenų, kokių rezultatų jie gali tikėtis.

4.6 Įveikos ypatumai ir profesionalios pagalbos siekimas

Vertinant tyrimo dalyvių polinkį atskleisti kitiems asmeniškai reikšmingą, su patiriama kančia susijusią informaciją bei dažniausiai naudojamas įveikos strategijas, gauta, kad asmenys, kurie kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus, susidūrę su sunkumais yra linkę dažniau naudotis emocine parama ir kaltinti bei kritikuoti save. Kitų skirtumų tarp grupių naudojamų įveikos strategijų atžvilgiu nerasta. Tai, kad gedintieji, kurie kreipėsi į specialistus apskritai yra labiau linkę naudotis emocine parama, kai susiduria su sunkumais, tikėtina, rodo norą kreiptis specialistų paramos bei palaikymo ir gedint dėl netekties. Šio kintamojo reikšmė prognostiniame modelyje buvo statistiškai reikšminga ir veikiausiai atspindi įprastų asmeniui būdingų įveikos tendencijų reikšmę įveikiant ir netekties gedulo iššūkius. Ir Drapeau bei kolegų (2015) tyrimas atskleidė, kad gedintieji, pasižymėję didesniu atvirumu patyrimui, sutariamumu ir aktyviu-emociniu įveikos stiliumi (kuris apima Carver (1997) išskirtas emocijų išreiškimo, teigiamo perinterpretavimo, humoro naudojimo, priėmimo, naudojimosi emocine parama), nuostatas pagalbos siekimo atžvilgiu vertino kaip teigiamesnes. Supiano (2012) tyrime gedintieji po savižudybės, dalyvaujantys savitarpio pagalbos grupėse, aplinkinių paramos siekimą taip pat minėjo kaip vieną svarbiausių gedulo įveikos būdų.

Tuo tarpu išryškėję polinkio save kaltinti skirtumai tarp grupių galbūt atspindi tyrimo dalyvių asmenybinių ypatumų reikšmę neadaptiviai reaguojant į kylančius stresorius. Pavyzdžiui, tyrimuose patvirtinamos patologinio savęs kaltinimo sąsajos su labiau išreikšta depresine simptomatika (Kim et al., 2011). Polinkis save kaltinti gali būti susijęs ir su dėl netekties jaučiama kalte, taigi noru geriau suprasti, analizuoti artimojo savižudybės priežastis ir procesą, taip sumažinant jaučiamą atsakomybę dėl mirties. Žinoma, vertinant įveikos strategijas, svarbu atkreipti dėmesį, kad kadangi respondentai dalyvavo tyrime jau po artimojo

savižudybės, negalime atmesti, kad įveikos strategijų, turėsiančių atspindėti bendras asmenybines tendencijas, vertinimas vis dėlto veikiamas dabartinės būsenos.

Tyrime gauta, kad asmenys, kurie kreipėsi į specialistus, yra linkę labiau atsiskleisti kitiems, tačiau skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas. Nors kitose studijose pastebimas polinkio atskleisti kančią ryšys su pagalbos siekimo nuostatomis ar intencijomis (Nam et al., 2013; Vogel et al., 2007; Vogel & Wester, 2003), gali būti, jog susiduriant su rimtais gedėjimo sunkumais, net ir tie žmonės, kurie kasdienybėje nėra linkę daugiau atvirauti apie savo problemas, kreipiasi į specialistą su siekiu palengvinti gedulo skausmą. Tai, kad nerasta reikšmingų skirtumų tarp kitų įveikos strategijų naudojimo dažnumo galbūt atspindi, kad įveika yra sudėtingas dinaminis procesas, apimantis asmenį, jo aplinką ir sąveikas tarp jų (Folkman & Moskowitz, 2004). Schnider ir kolegų (2007) tyrime, nors tik vengiančios emocinės įveikos strategijų naudojimo dažnumas teigiamai prognozavo užsitęsusio gedulo bei potrauminio streso sutrikimo simptomų pasireiškimo intensyvumą, teigiamos koreliacijos rastos tiek su aktyvia emocine, tiek su į problemos sprendimą orientuota įveika, kas rodo, jog asmuo gali naudotis įvairiomis įveikos strategijomis bei kai kurių iš jų naudojimo dažnumas gali persidengti.

Taip pat rezultatai nepatvirtino, kad psichikos sveikatos profesionalų pagalbos siekė ar jos nesiekė asmenys būtų linkę labiau naudotis tokiais gedulo įveikos būdais, kai orientuojamasi į netektį (emocijos, mintys, elgesys, susiję su netektimi), ar nuo netekties (emocijos, mintys, elgesys, kai netekties temos vengiama, stengiamasi nuo jos atsiriboti). Tiek asmenys, kurie kreipėsi į specialistus, tiek tie, kurie nesikreipė, panašiu dažnumu minėjo ir vienus, ir kitus įveikos būdus. Taigi tyrime negauta, kad išimtinai vengimas susidurti su netekties realybe būtų susijęs ir su vengimu kreiptis į profesionalus. Rezultatai patvirtina Stroebe ir Schut (1999) pasiūlyto *gedulo įveikos dvigubo proceso modelio* idėją, kad būtent gedinčiojo svyravimas tarp sąlyčio su netektimi ir jos vengimo užtikrina sėkmingą prisitaikymą prie netekties pokyčių, o geduliui svarbūs tiek susidūrimo su netektimi, tiek praradimo skausmo vengimo komponentai (Stroebe & Schut, 2010). Gaffney su Hannigan (2010) gedintys tyrimo dalyviai pirmaisiais metais taip pat pastebėjo nuolatinį judėjimą tarp emocijų, susijusių su netektimi, kilimo ir poreikio jų vengti, atsiriboti nuo netekties. Anot Klimaitės (2015), nors plačiai paplitęs tikėjimas, kad vengimas kalbėti apie patirtą netektį yra gynybinė neadaptivi gedinčiojo pozicija, vis dėlto netekties gedulą asmuo gali įveikti ir nekalbėdamas apie jį. Žinoma, šiame tyrime gedulo įveikai apibūdinti naudojome atsakymų į vieną klausimą duomenis. Detaliau analizuojant gedulo įveikos procesą, būtų galima geriau suprasti individualių įveikos būdų sąsajas su profesionalios pagalbos poreikiu bei siekimo elgesiu.

4.7 Demografinės bei su netektimi susijusios charakteristikos ir pagalbos siekimas

Šiame tyrime negauta reikšmingų skirtumų tarp pagalbos siekusių ir nesiekusių gedinčiųjų grupių šiais demografiniais ir su netektimi susijusiais aspektais: tyrimo dalyvio lytis, amžius, gyvenamoji vieta, šeiminė padėtis, išsilavinimas, tikėjimas, ankstesnė lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus patirtis, netekties tipas, nusižudžiusiojo amžius ir nusižudžiusiojo lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus patirtis. Kituose tyrimuose pateikiami rezultatai apie demografinių charakteristikų sąsajas su pagalbos siekimo elgsena nevienareikšmiai. Pavyzdžiui, vienuose randamos amžiaus, lyties ar išsilavinimo sąsajos su pagalbos siekimu, kituose nerandamos (Elhai et al., 2008; Grigienė, 2015; Picco et al., 2016; Skerytė-Kazlauskienė ir kt., 2015; Vogel et al., 2007).

Ward-Ciesielski, Wielgus ir Jones (2015) lygino nuostatas psichoterapijos atžvilgiu tų gedinčiųjų po savižudybės, kurių artimasis prieš mirtį lankė psichoterapiją, ir tų, kurių nelankė arba buvo lankęs anksčiau. Kaip ir mūsų tyrime, reikšmingų skirtumų tarp grupių nerasta. Kaip pagalbos siekimo kliūtis artimojo lankymosi pas specialistus patirtis mūsų tyrime minėta vieną kartą. Teigiamai nuteikia, jog nepaisant to, kad besilankydamas pas specialistus artimasis vis tiek nusižudė, dažniausiai neatgraso pačių gedinčiųjų nuo kreipimosi profesionalios pagalbos. Nors studijose aptinkama, kad ankstesnė konsultavimo patirtis gali būti susijusi su teigiamesnėmis nuostatomis psichologinės pagalbos atžvilgiu (Pumpa & Martin, 2015; ten Have et al., 2010; Vogel & Wester, 2003), tai, kad šiame tyrime lygintos grupės šiuo aspektu nesiskyrė, patvirtina, kad savižudybės artimoje aplinkoje patirtis yra unikalus skausmingas patyrimas, kai siekiama susitaikyti su itin intensyviu ir ypatingų resursų reikalaujančiu stresoriumi (Stroebe et al., 2005; Supiano, 2012), kuris gali paskatinti ieškoti pagalbos priemonių, nors prieš tai jomis ir nebuvo naudojamosi.

4.8 Sisteminės profesionalios pagalbos siekimo kliūtys

Didžioji dauguma tyrimo dalyvių (net 93 %), nepriklausomai nuo to, ar kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus ir ar jautė šios pagalbos poreikį, teigė, jog, jų manymu, profesionalios pagalbos galimybės po artimojo savižudybės turėtų būti aktyviai siūlomos pačių specialistų. Kitų šalių autoriai taip pat siūlo orientuotis į aktyvius metodus susisiekiant su gedinčiais po savižudybės (Drapeau et al., 2015; Pitman et al., 2016). Be to mūsų tyrimo dalyviai minėdami pagalbos siekimo kliūtis neretai išskyrė informacijos apie pagalbos galimybes trūkumą. Verta paminėti, jog pakankamai dažnai kartojosi finansinių sunkumų ir privačios pagalbos poreikio temos. Rezultatai dar kartą atspindi, jog svarbu plėtoti kokybiškas, nemokamas pagalbos paslaugas gedintiesiems po savižudybės. Kartu

svarbu, kad ši informacija pasiektų artimuosius, nes, pavyzdžiui, klaidingas įsitikinimas, jog efektyvios klinikinės intervencijos gali būti tik mokamos, tampa rimtu barjeru jų siekti turintiems mažesnes pajamas. Svarbu, kad galimybių plėtra neapsiribotų tik didžiais miestais (minėtas pagalbos galimybių trūkumas provincijoje). Taip pat reikšminga, kad gedintieji galėtų pasirinkti skirtingus pagalbos būdus: individualią, grupinę psichologinę ar psichiatrinę pagalbą. Įvairus tyrimo respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie norėtų dalyvauti savitarpio pagalbos grupėse, jei nėra jose iki šiol lankęsi (15 % norėtų, 41 % nenorėtų, 44 % neapsisprendę), rodo, jog svarbu, kad siūlomas pagalbos būdas gedinčiajam būtų priimtinas. Kita vertus, neapsisprendusiųjų, ar norėtų dalyvauti, procentas didelis, kas taip pat gali rodyti tiesiog informacijos apie grupių procesą, tikslus ir efektyvumą trūkumą.

4.9 Ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams

Vienas šio tyrimo ribotumų – tai imties dydis ir dalyvių pasiskirstymas pagal demografines charakteristikas. Tyrime dalyvavo daugiau moterų nei vyrų. Kai kuriose studijose nustatomi lyčių skirtumai susiję su gedulo proceso ypatumais ir profesionalios psichologinės pagalbos siekimu (Jordan & McMenemy, 2004; Komiti et al., 2006; Murphy, 2000; Vogel et al., 2007), kitose jų nerandama (Picco et al., 2016). Nors šioje imtyje nerasta skirtumų tarp lyčių profesionalios psichologinės pagalbos siekimo elgesio, tokį rezultatą galėjo lemti mažesnis tyrimo dalyvių vyrų skaičius. Deja žymiai mažesnis dalyvaujančių vyrų procentas yra itin dažna gedulo tyrimų problema visame pasaulyje (McDaid et al., 2008; Pitman et al., 2016). Rekomenduojama ateityje siekti atlikti platesnio masto studijas, apimančias pakankamą skirtingomis demografinėmis ir su netektimi susijusiomis charakteristikomis pasižyminčių dalyvių įvairovę. Naudinga analizuoti ir didesnių imčių rezultatus, nes šio tyrimo rezultatams, pavyzdžiui, logistinei regresinei analizei, įtakos galėjo turėti maža tyrimo dalyvių imtis bei didelis kintamųjų skaičius.

Taip pat tyrimo dalyvių atranka nebuvo atsitiktinė. Taigi tikėtina, jog rezultatai turi generalizavimo ribas. Gali būti, jog tyrime nedalyvavo tie asmenys, kuriems būdingi aukščiausi stigmatizacijos, gėdos, kaltės rodikliai, prastesnė savijauta, neigiamiausios nuostatos kreipimosi į specialistus atžvilgiu. Kaip, pavyzdžiui, didelė gėda gali tapti veiksmu, skatinančiu užsidaryti nuo aplinkinių (Wiklander et al., 2003), ji gali tapti barjeru dalintis savo patirtimis su tyrėjais. Taip pat tikėtina, jog asmenys, skeptiškai nusiteikę psichologinės pagalbos atžvilgiu, atsisako dalyvauti ir mokslinėse psichologinėse studijose. Ankstesniuose Lietuvoje atliktuose gedulo po savižudybės tyrimuose taip pat pastebėtos pakankamai ryškios vengimo dalyvauti tyrimuose tendencijos (Klimaitė, 2015). Stroebe (1998) pastebėjo atsisakymo dalyvauti tyrime apie gedulą skirtumus tarp

lyčių: atsisakiusieji dalyvauti interviu (bet užpildę klausimynus) našliai vyrai pasižymėjo didesniais depresinės simptomatikos rodikliais nei sutikusieji, tuo tarpu atsisakiusios moterys – mažesniais nei sutikusios. Lichenthal su kolegomis (2011) atskleidė, kad atsisakiusiųjų dalyvauti tyrime gedinčiųjų patiriama kančia buvo didesnė nei sutikusiujų. Taigi ateityje būtų reikšminga įvertinti, ar rezultatai apie stigmatizacijos, gėdos ir kaltės sąsajas su pagalbos siekimo elgsena išlieka panašūs vertinant, koku intensyvumu šios patirtys pasireiškia nusižudžiusio artimojo gyvenime. Kita vertus, tyrimuose su pažeidžiamomis grupėmis yra itin svarbu užtikrinti, kad asmenys, kurie nenori dalyvauti tyrime, nebūtų verčiami to daryti, arba būtų vengiama kviesti individus, patiriančius itin didelę kančią, kad būtų išvengta neigiamos dalyvavimo tyrime įtakos asmens sveikatai (Andriessen, Krysinska et al., 2018). Be to svarbu atkreipti dėmesį, kad tai, jog šiame tyrime dalyvavo tiek aktyviai pagalbos siekiantys, tiek nesiekiantys asmenys, gali būti laikoma jo privalumu, nes skirtumų tarp grupių analizė atskleidė, jog studijų, kuriose renkami tik intervencijose dalyvaujančių asmenų duomenys, rezultatai negali būti tiesiog apibendrinami visiems dėl savižudybės artimojo netekusių asmenims.

Postvencijos tyrimams suicidologijos lauke kol kas skirtas palyginti minimalus dėmesys. Andriessen (2014) paskaičiavo, kad 2003–2013 m. pagrindiniuose tarptautiniu mastu pripažintuose moksliniuose suicidologijos žurnaluose vos 4 % visų publikacijų buvo skirtos postvencijos sričiai tyrinėti. Taigi nors žinių šia tema po truputį daugėja, gedulo po savižudybės tyrimų poreikis akivaizdus. Dėl itin ryškaus studijų būtent gedinčiųjų po savižudybės pagalbos siekimo srityje trūkumo, šiuo tyrimu siekėme išanalizuoti įvairius potencialius profesionalios pagalbos siekimo barjerus, todėl turėjome atsisakyti detalesnės atskirų konstruktyvų analizės. Ateityje būtų svarbu detaliau analizuoti pagalbos siekimo bei naudojimosi ja ypatumus. Pavyzdžiui, įvertinti kiek kartų asmuo lankėsi pas specialistus, ar vis dar lankosi, kuriuo metu kreipėsi. Be to šiame tyrime daugiau neanalizavome kreipimosi pagalbos į įvairius specialistus (psichologus, gydytojus psichiatrus, savitarpio pagalbos grupes) skirtumų. Tyrimo imtis šiam tikslui pasiekti buvo per maža, o ir dalis tyrimo dalyvių naudojosi keletu pagalbos būdų. Nors pastebima, kad nuostatos psichikos sveikatos specialistų pagalbos atžvilgiu gali nemaža dalimi sutapti (Barney et al., 2006), vis dėlto gali būti, kad išryškėtų ir tam tikri skirtumai. Pavyzdžiui, lankytis savitarpio pagalbos grupėse gali motyvuoti tai, jog jose dalyvauja ir kiti su panašiomis patirtimis susidūrę žmonės. Kita vertus, dalyvavimo grupėje barjeru gali tapti žinojimas, jog savo patirtimis tektų dalintis ne su vienu specialistu, o su didesniu skaičiumi nepažįstamų žmonių.

Dar vienas tyrimo trūkumas tas, kad respondentų grupes lyginome pagal tai, kaip jie retrospektyviai vertina savo ankstesnes patirtis. Dabartinė savijauta ir intervencijų patirtys galėjo turėti įtakos tam, kaip vertinami ankstesni

išgyvenimai. Ateityje būtų svarbu atlikti longitudinius tyrimus apie tai, kaip keičiasi gedinčiųjų savijauta prieš ir po profesionalių intervencijų. Konstruktyvų vertinimas prieš kreipiantis profesionalios pagalbos leistų tiksliau išanalizuoti sprendimą jos siekti skatinančius ir slopinančius veiksnius atmetant pačios intervencijos poveikį rezultatams. Kita vertus, tyrimuose dažnai pasirenkami daug ilgesni laiko po netekties intervalai (net iki dešimčių metų), o šiame tyrime dalyviai netektį patyrė daugiausiai prieš 3 metus, taigi tikimybė tiksliau atsiminti ne taip seniai patirtus išgyvenimus, didesnė.

Šiame tyrime tai, jog analizuojant duomenis buvo vertinamas konkretus pagalbos siekimo elgesys, o ne, pavyzdžiui, studijose neretai analizuojamos elgesio intencijos, gali būti laikoma privalumu. Anot tyrėjų, taip elgesys geriausiai numatomas, nes nors intencijos ir teigiamai koreliuoja su veiksmais, jos nebūtinai tiksliai atspindi, kaip individas pasielgs (Vogel et al., 2007). Vis dėlto pagalbos siekimo procesas yra sudėtingas, veikiamas įvairių veiksnių. Pavyzdžiui, anot Kushner ir Sher (1989), kuo labiau artėjama prie konkretaus elgesio, tuo aktyviau reiškiasi jo vengimo veiksniai, susijusios baimės patiriamos intensyviau, nes didėja tikimybė su jomis susidurti realybėje, taigi asmens nusiteikimas siekti pagalbos gali priklausyti ir nuo to, kuriame sprendimo priėmimo procese žmogus yra. Atsižvelgiant į reiškinio kompleksiskumą, ateityje rekomenduojama derinti kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus, tiek siekiant suprasti bendresnes gedinčiųjų po savižudybės pagalbos siekimo elgesio tendencijas, tiek individualias trajektorijas. Taip pat, kadangi gedulas, jo įveika, socialinės reakcijos į netektį dėl savižudybės – glaudžiai su kultūra susiję reiškiniai (Dyregrov, 2011; Osafo et al., 2011; Pitman et al., 2016), svarbu tęsti panašaus pobūdžio tyrimus įvairiuose kultūrinuose kontekstuose ar net atlikti bendras palyginamąsias studijas.

4.10 Rekomendacijos

Remdamiesi tyrimo rezultatais, galime pateikti praktines rekomendacijas planuojantiems postvencijos priemones bei su gedinčiais po savižudybės dirbantiems specialistams:

1. Nemažai daliai tyrimo dalyvių teko susidurti su stigmatizuojančiomis ir nemaloniomis aplinkinių reakcijomis po savižudybės. Taigi pasitvirtina visuomenės švietimo ir tinkamų nuostatų suicidinio elgesio atžvilgiu formavimo (Witte et al., 2010) svarba. Mokymas apie gedulo ir savižudybės procesus aplinkiniams padėtų geriau suprasti, kaip tinkamiau reaguoti į gedintį žmogų, bei išvengti klaidingų įsitikinimų apie savižudybes, veikiančių bendravimą su gedinčiuoju.

2. Sisteminiu lygmeniu svarbu užtikrinti skubios pagalbos galimybes dėl savižudybės artimojo netekusiems asmenims, kad priėmimo pas specialistą nereikėtų ilgai laukti ar nebūtų sudėtinga užsiregistruoti vizitui, nes susidūręs su tokiais sunkumais žmogus gali nusivilti ir nustoti ieškoti reikiamos pagalbos. Rekomenduojama siūlyti įvairius pagalbos būdus (individualią, grupinę psichologinę ar psichiatrinę pagalbą), kad asmuo galėtų pasirinkti ją pagal kylančius sunkumus ir savo poreikius. Turėtų būti prieinama nemokama ir nuotolinė psichologinė pagalba.

3. Tyrime atsiskleidė gedinčiųjų po savižudybės informavimo apie profesionalios pagalbos galimybes bei ypatumus reikšmė. Remiantis studijos rezultatais, siūloma:

3.1. Apie profesionalios pagalbos būdus, galimybes bei kontaktus turi būti informuojami visi dėl savižudybės artimojo netekę asmenys. Tokį poreikį išsakė beveik visi tyrime dalyvavę respondentai. Dėl savijautos ir būsenos iš karto po netekties informacija turėtų būti pateikiama rašytine forma (Murphy, 2000), kad gedintysis galėtų vėliau prie jos sugrįžti, apgalvoti.

3.2. Tyrime pastebėta, kad pirmaisiais metais po netekties pagalbos poreikis kinta nežymiai. Gedintieji neretai jaučia aplinkinių spaudimą nustoti gedėti, jie gali būti neužtikrinti, ar „normalu“ po netekties prastai jaustis ilgą laiką. Todėl svarbu nurodyti, kad gedulo procesas gali trukti ilgai, būti nepastovus ir kintantis, kad profesionalų pagalba galima kreiptis ir praėjus ilgesniam laikui po netekties.

3.3. Gedulas – natūralus procesas, kurį savo tempu ir savais būdais žmogus gali įveikti pats be papildomų intervencijų. Tačiau gedintiesiems patiems gali būti nelengva įvertinti, kada gedėjimo skausmas yra „normalus“, o kada jis yra komplikavęsis. Tyrimo rezultatai rodo, kad gedintiesiems po savižudybės svarbu trumpai pateikti informaciją apie tai, kaip jie gali atpažinti depresijos ar užsitęsusio gedulo simptomus, bei kokios profesionalios pagalbos tokiu atveju galima ir reikėtų kreiptis.

3.4. Suteikiant informaciją apie psichologinės pagalbos galimybes svarbu pateikti mokslu grįstus duomenis apie pagalbos būdų efektyvumą, trumpai nurodyti, ko žmogus gali tikėtis kreipęsis į specialistą, kas vyksta konsultacijų metu. Pristatant savitarpio pagalbos grupes trumpai nurodyti informaciją apie grupės procesus, tikslus, veiksmingumą. Svarbu nurodyti, kokiais atvejais ir kuo profesionali pagalba gali būti vertinga, kuo ji skiriasi nuo pokalbio su kitu artimu žmogumi. Reikėtų pabrėžti, kad individas neprivalo su psichologiniais sunkumais susidoroti pats ir kreipimasis į profesionalus yra ne silpnumo ženklas, o racionalus sprendimas, atspindintis rūpestį savo savijauta ir apsaugantis nuo tolimesnių būsenos komplikacijų.

3.5. Kadangi gedintiesiems po savižudybės gali būti būdingas didesnis profesionalų pagalbos poreikis dėl po artimojo mirties jaučiamos kaltės, rengiant informavimo apie pagalbos galimybes priemones naudinga nurodyti, jog kreipdamasis į psichikos sveikatos specialistus asmuo galės gauti mokslškai grįstų žinių, atsakymų apie savižudybės procesą, su specialisto ar grupės pagalba galės atskirti klaidingus įsitikinimus nuo realių faktų.

3.6. Nors gedintieji gali nejausti stipraus profesionalios pagalbos poreikio, kreipdamiesi į specialistus jie vis tiek gali gauti naudos palengvinant gedulo skausmą (pavyzdžiui, norėdami geriau suprasti savižudybės procesus bei su tuo susijusią asmeninę atsakomybę dėl artimojo mirties). Svarbu informuoti, kad normalu, jog po savižudybės gedinčiam kyla daug įvairių klausimų ir pasimetimo, taigi jis gali kreiptis į specialistą vienkartiniam ar trumpalaikiam konsultavimui, kad gautų atsakymus į rūpimus klausimus.

3.7. Kadangi patiriama stigmatizacija gali būti susijusi tiek su prastesne savijauta, tiek su pagalbos poreikiu, galima nurodyti, kad, jei asmuo jaučia supratimo ar palaikymo po netekties trūkumą savo aplinkoje, jam gali padėti psichikos sveikatos profesionalas ar savitarpio pagalbos grupė gedintiesiems.

3.8. Nusizudžiusiųjų artimiesiems, kurie vis dėlto nusprendžia į profesionalus nesikreipti, gali būti naudinga nurodyti literatūrą, kuri padėtų geriau suprasti suicidinės krizės, gedulo procesus ir sumažinti dėl netekties jaučiamą kaltę bei geriau suprasti savo gedėjimo ypatumus.

4. Psichikos sveikatos profesionalams gali tekti dažniau susidurti būtent su tais gedinčiaisiais po savižudybės, kurie patiria daugiau stigmatizacijos, neigiamų santykių pokyčių po netekties, jaučiasi kaltėsi dėl artimojo mirties, taigi svarbu turėti omenyje šiuos terapinio darbo su gedinčiuoju aspektus. Taip pat asmenys, kurie kreipėsi į specialistus, ryšį su mirusiuoju vertino kaip artimesnį, vadinasi, konsultuojant gedintįjį gali išryškėti prarasto santykio su mirusiuoju analizės svarba.

IŠVADOS

1. Dėl savižudybės artimojo netekusiems asmenims, kurie po netekties kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus arba dalyvavo savitarpio pagalbos grupėse, lyginant su tais, kurie į profesionalus nesikreipė, buvo būdingi stipriau išreikšti užsitęsusio gedulo simptomai, jiems dažniau galėjo būti priskiriama preliminari užsitęsusio gedulo sutrikimo diagnozė. Siekį specialistų pagalbos gedintieji pasižymėjo teigiamesnėmis nuostatomis profesionalios psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu. Susidūrę su sunkumais jie dažniau naudojos emocinės paramos siekimo bei savęs kaltinimo įveikos strategijomis.
2. Asmenims, kurie kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus po netekties, buvo būdinga stipriau jaučiama kaltė, stigmatizacija bei dažniau patiriami neigiami santykių su aplinkiniais pokyčiai po artimojo savižudybės.
3. Subjektyvus ryšio artimumo su mirusiuoju vertinimas, profesionaliai psichologinei pagalbai priskiriama vertė ir naudojimosi emocine parama įveikos strategijos vartojimo dažnumas reikšmingai teigiamai prognozavo, ar asmuo po netekties kreipėsi į psichikos sveikatos specialistus arba dalyvavo savitarpio pagalbos grupėje.
4. Tyrimo dalyviai patys dažniausiai išskyrė su sveikatos sistemos spragomis susijusias profesionalios psichologinės pagalbos siekimo kliūtis. Išryškėjo aktyvaus profesionalios pagalbos siūlymo dėl savižudybės artimojo netekusiems asmenims poreikis. Subjektyvūs įsitikinimai ir jausmai, kaip pagalbos siekimo trukdžiai, pačių dalyvių minėti retai.
5. Dėl savižudybės artimojo netekę asmenys pasižymėjo reikšmingai prastesniais psichologinės savijautos rodikliais, jiems buvo būdinga didesnė klinikinės depresijos pasireiškimo rizika nei bendrosios populiacijos atstovams.

LITERATŪRA

- Aguirre, R., & Slater, H. (2010). Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies, 34*(6), 529-540. doi: 10.1080/07481181003761336
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 32*(4), 665-683. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior (2nd ed.)*. Maidenhead, Berkshire, England; New York: Open University Press.
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention. *Crisis, 30*(1), 43-47. doi: 10.1027/0227-5910.30.1.4
- Andriessen, K. (2014). Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals: Lessons learned for the future of postvention. *Crisis, 35*(5), 338-48. doi: 10.1027/0227-5910/a000269
- Andriessen, K., Kryszynska, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2018). Harmful or helpful? A systematic review of how those bereaved through suicide experience research participation. *Crisis, 1*-13. doi: 10.1027/0227-5910/a000515
- Andriessen, K., Mowll, J., Lobb, E., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2018). "Don't bother about me" The grief and mental health of bereaved adolescents. *Death Studies, 42*(10), 607-615. doi: 10.1080/07481187.2017.1415393
- Anusic, I., & Lucas, R.E. (2014). Do social relationships buffer the effects of widowhood? A prospective study of adaptation to the loss of a spouse. *Journal of Personality, 82*(5), 367-78. doi: 10.1111/jopy.12067
- Bailey, S. E., Dunham, K., & Kral, M. J. (2000). Factor structure of the Grief Experience Questionnaire. *Death Studies, 24*(8), 721-738. doi: 10.1080/074811800750036596
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 51-54. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01741
- Barrett, T. W., & Scott, T. B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*(2), 201-215. doi: 10.1111/j.1943-278X.1989.tb01033
- Bartik, W., Maple, M., & McKay, K. (2015). Suicide bereavement and stigma for young people in rural Australia: A mixed methods study. *Advances in Mental Health, 13*(1), 84-95. doi: 10.1080/18374905.2015.1026301

- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(4), 406-417. doi: 10.1111/sltb.12026
- Begley, M., & Quayle, E. (2007). The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study. *Crisis, 28*(1), 26-34. doi: 10.1027/0227-5910.28.1.26
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*(1), 110-116. doi: 10.1111/j.1943-278X.2010.00009
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research, 157*(1-3), 311-314. doi: 10.1016/j.psychres.2007.05.013
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and reasearch. *Basic and Applied Social Psychology, 35*(1), 1-9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality, 54*(1), 106-148. doi: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assesing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social PSychology, 56*(2), 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Caserta, M. S., & Lund, D. A. (2007). Toward the development of an inventory of daily widowed life (IDWL): Guided by the dual process model of coping with bereavement. *Death Studies, 31*(6), 505-35. doi: 10.1080/07481180701356761
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis, 29*(1), 38-44. doi: 10.1027/0227-5910.29.1.38
- Cerel, J., Maple, M., Aldrich, R., & van de Venne, J. (2013). Exposure to suicide and identification as survivor. Results from a random-digit dial survey. *Crisis, 34*(6), 413-419. doi: 10.1027/0227-5910/a000220
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The continuum of "survivorship": Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(6), 591-600. doi: 10.1111/sltb.12093

- Chapple, A., Ziebland, S., & Hawton, K. (2015). Taboo and the different death? Perceptions of those bereaved by suicide or other traumatic death. *Sociology of Health and Illness*, 37(4), 610-625. doi:10.1111/1467-9566.12224
- Chen, J., Choi, Y. J., Mori, K., Sawada, Y., & Sugano, S. (2009). Those who are left behind: An estimate of the number of family members of suicide victims in Japan. *Social Indicators Research*, 94(3), 535-544. doi: 10.1007/s11205-009-9448-3
- Clark, A. (2012). Working with guilt and shame. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(2), 137-143. doi: 10.1192/apt.bp.110.008326
- Clark, S., & Goldney, R. (1995). Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. *Crisis*, 16(1), 27-33. doi: 10.1027/0227-5910.16.1.27
- Clark, S. (2001). Bereavement after suicide – How far have we come and where do we go from here? *Crisis*, 22(3), 102-108. doi: 10.1027//0227-5910.22.3.102
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. New York: Lawrence Erlbaum Associates
- Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: A reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 381-387. doi: 10.1037/0022-0167.46.3.381
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21. doi: 10.1111/j.0031-5990.2005.00004
- Čekanavičius, V. ir Murauskas, G. (2009). *Statistika ir jos taikymai 3*. Vilnius: TEV.
- De Groot, M. H., de Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 418-431. doi: 10.1521/suli.2006.36.4.418
- Dyregrov, K. (2004). Strategies of professional assistance after traumatic deaths: Empowerment or disempowerment? *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 181-189. doi: 10.1111/j.1467-9450.2004.00393
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2005). Sibings after suicide – “The forgotten bereaved”. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 714-724. doi: 10.1521/suli.2005.35.6.714
- Dyregrov, K. (2009). How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. *Omega*, 59(3), 221-238. doi: 10.2190/OM.59.3.c
- Dyregrov, K. (2011). What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *Crisis*, 32(6), 310-318. doi: 10.1027/0227-5910/a000098

- Drapeau, C. W., Cerel, J., & Moore, M. (2015). How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death Studies*, *40*(3), 165-171. doi: 10.1080/07481187.2015.1107660
- Elhai, J. D., Schweinle, W., & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale – Short form. *Psychiatry Research*, *159*(3), 320-329. doi: 10.1016/j.psychres.2007.04.020
- Ellenbogen, S., & Gratton, F. (2001). Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *31*(1), 83-90. doi: 10.1521/suli.31.1.83.21315
- Eurostat (2017). *Suicide rate in the EU member states, 2014*. Paimta iš: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, *33*(7), 591-608. doi: 10.1080/07481180902979973
- Fielden, J. M. (2003). Grief as a transformative experience: Weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide. *International Journal of Mental Health Nursing*, *12*(1), 74-85. doi: 10.1046/j.1440-0979.2003.00271
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, *36*(4), 368-373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *35*(1), 79-90. doi: 10.1037/h0029636
- Fisher, M. L., & Exline, J. J. (2010). Moving toward self-forgiveness: Removing barriers related to shame, guilt, and regret. *Social and Personality Psychology Compass*, *4*(8), 548-558. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00276
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, *55*, 745-774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Frost, D. M. (2011). Social stigma and its consequences for the socially stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*(11), 824-839. doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00394
- Gaffney, M., & Hannigan, B. (2010). Suicide bereavement and coping: A descriptive and interpretative analysis of the coping process. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *5*, 526-535. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.137
- Gailienė, D. (1998). *Jie neturėjo mirti: savižudybės Lietuvoje*. Vilnius: Tyto alba.
- Gailienė, D. (2005). Užburtame rate: Savižudybių paplitimas Lietuvoje po Nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija*, *31*, 7-15.

- Gailienė, D. (2015). Savižudybės Lietuvoje. Sociokultūrinis kontekstas. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 198-216). Vilnius: Eugrimas.
- Geleželytė, O. (2014). *Nusižudžiusių artimieji: Veiksniai, turintys įtakos pagalbos (ne)siekimui*. (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Gillen, G. (2006). Coping during inpatient stroke rehabilitation: An exploratory study. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 136-145. doi: 10.5014/ajot.60.2.136
- Grad, O. ir Zavasnik, A. (2001). Išgyvenusieji artimųjų savižudybę – kas jie? Iš D. Gailienė (Sud.), *Savižudybių prevencijos idėjos* (p. 171-181). Vilnius: Tyto alba.
- Green, B. L. (2000). Traumatic loss: Conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5(1), 1-17. doi: 10.1080/10811440008407845
- Grigienė, D. (2015). Socialinės paramos siekimas susidūrus su sunkumais: ar vyrai taiko šią įveiką? *Jaunųjų mokslininkų psichologų darbai*, 4, 1-6. doi: 10.15388/JMPD.2015.4.06
- Grigutyte, N. (2015). Tyrimo metodologija. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 24-35). Vilnius: Eugrimas.
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences – A systematic review. *PLoS One*, 11(9): e0162688. doi: 10.1371/journal.pone.0162688
- Harrington-LaMorie, J., Jordan, J. R., Ruocco, K., & Cerel, J. (2018). Surviving families of military suicide loss: Exploring postvention peer support. *Death Studies*, 42(3), 143-154. doi: 10.1080/07481187.2017.1370789
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: A descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72(2), 185-194. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00462-1
- Hawton, K., Houston, K., Malmbergand, A., & Simkin, S. (2003). Psychological autopsy interviews in suicide research: The reactions of informants. *Archives of Suicide Research*, 7(1), 73-82. doi: 10.1080/13811110301566
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2018). *Mirties priežastys 2017*. Paimta iš:
http://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys/Mirties_priezastys_2017.pdf
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80. doi:10.1521/suli.2010.40.1.74

- Hogan, N. S., & Schmidt, L. A. (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies, 26*(8), 615-634. doi: 10.1080/07481180290088338
- Hogan, N. S., & Schmidt, L. A. (2015). Inventory of Social Support. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention* (pp. 99-102). NY: Routledge.
- Honeycutt, A., & Praetorius, R. T. (2016). Survivors of suicide: Who they are and how do they heal? *Illness, Crisis and Loss, 24*(2), 103-118. doi: 10.1177/1054137315587646
- Howarth, R. (2011). Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of Mental Health Counseling, 33*(1), 4-10. doi: 10.17744/mehc.33.1.900m56162888u737
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*(2), 177-186.
- Johnsen, I., Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2012). Participants with prolonged grief – how do they benefit from grief group participation? *Omega, 65*(2), 87-105. doi: 10.2190/OM.65.2.a
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(3), 180-187. doi: 10.1037/a0036836
- Jordan, J. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 91-102. doi: 10.1521/suli.31.1.91.21310
- Jordan, J. R., & McMenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(4), 337-349. doi: 10.1521/suli.34.4.337.53742
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(1), 41-65. doi:10.1521/jscp.20.1.41.22254
- Kahn, J. H., Hucke, B. E., Bradley, A. M., Glinski, A. J., & Malak, B. M. (2012). The Distress Disclosure Index: A research review and multitrait-multimethod examination. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 134-149. doi: 10.1037/a0025716
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders, 131*(1-3), 339-343. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 137*(1), 68-96. doi: 10.1037/a0021466

- Klimaitė, V. (2015). *Dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų gedulo patyrimas* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Knieper, A. (1999). The suicide survivors grief and recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*(4), 353-364.
- Knizek, B. L., Hjelmeland, H., Skruibis, P., Fartacek, R., Fekete, S., Gailiene, D., ... Rohrer, R. R. (2008). County council politicians' attitudes toward suicide and suicide prevention: A qualitative cross-cultural study. *Crisis, 29*(3), 123-130. doi: 10.1027/0227-5910.29.3.123
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 47*(1), 138-143. doi: 10.1037/AJ022-0167.47.1.138
- Komiti, A., Judd, F., & Jackson, H. (2006). The influence of stigma and attitudes on seeking help from a GP for mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(9), 738-745. doi: 10.1007/s00127-006-0089-4
- Krägeloh, C. U. (2011). A systematic review of studies using the Brief COPE: Religious coping in factor analyses. *Religions, 2*(3), 216-246. doi: 10.3390/rel2030216
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*(4), 251-257. doi: 10.1037/0735-7028.20.4.251
- Larsen, A., Bøggild, H., Mortensen, J. T., Foldager, L., Hansen, J., Christensen, A., ... Munk-Jørgensen, P. (2010). Psychopathology, defence mechanisms, and the psychosocial work environment. *International Journal of Social Psychiatry, 56*(6), 563-577. doi: 10.1177/0020764008099555
- Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(4), 350-362. doi: 10.1521/suli.34.4.350.53737
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Lenferink, L. I. M., & Eisma, M. C. (2018). 37650 ways to have “persistent complex bereavement disorder” yet only 48 ways to have “prolonged grief disorder”. *Psychiatry Research, 261*, 88-89. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.050
- Lester, D. (2002). Qualitative versus quantitative studies in psychiatry: Two examples of cooperation from suicidology. *Archives of Suicide Research, 6*(1), 15-18. doi: 10.1080/13811110213124

- Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L. W., & Chow, Y. M. (2014). Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death Studies*, 38(3), 165-171. doi: 10.1080/07481187.2012.738770
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Kissane, D. W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E. C., & Prigerson, H. G. (2011). Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatric Services*, 62(10), 1225-1229. doi: 10.1176/ps.62.10.pss6210_1225
- Lindqvist, P., Johansson, L., & Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8(26). doi: 10.1186/1471-244X-8-26
- Lobb, E. A., Janson, L. J. K., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698. doi: 10.1080/07481187.2010.496686
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266-275. doi:10.1002/wps.20348
- Maple, M., Edwards, H., Plummer, D., & Minichiello, V. (2010). Silenced voices: Hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health and Social Care in the Community*, 18(3), 241-248. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00886
- Maulik, P. K., Eaton, W. W., & Bradshaw, C. P. (2009). The role of social network and support in mental health service use: Findings from the Baltimore ECA Study. *Psychiatric Services*, 60(9), 1222-1229. doi: 10.1176/ps.2009.60.9.1222
- McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., & Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 438-443. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040824
- McIntosh, J., & Kelly, L. D. (1992). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. *Crisis*, 13(2), 82-9.
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375-89. doi: 10.1521/suli.2008.38.4.375
- McNess, A. (2007). The social consequences of "how the sibling died" for bereaved young adults. *Youth Studies Australia*, 26(4), 12-20.
- McWilliams, N. (2014). *Psichoanalitinė diagnostika: Asmenybės struktūros samprata klinikiniame procese*. Vilnius: Vaistų žinios.

- Miller, C. T., & Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues, 57*(1), 73-92. doi:10.1111/0022-4537.00202
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis, 25*(1), 12-18. doi: 10.1027/0227-5910.25.1.12
- Miers, D., Abbott, D., & Springer, P.R. (2012). A phenomenological study of family needs following the suicide of a teenager. *Death Studies, 36*(2), 118-33. doi: 10.1080/07481187.2011.553341
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2016). The legal status of suicide: A global review. *International Journal of Law and Psychiatry, 44*, 54-74. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.032
- Murphy, S. A. (2000). The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Studies, 24*(7), 585-602. doi: 10.1080/07481180050132794
- Nam, S. K., Choi, S. I., Lee, J. H., Lee, M. K., Kim, A. R., & Lee, S. M. (2013). Psychological factors in college students' attitudes toward seeking professional psychological help: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(1), 37-45. doi: 10.1037/a0029562
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(4), 801-814. doi: 10.1037/0022-3514.77.4.801
- O'Connor, M., Lasgaard, M., Shevlin, M., & Guldin, M. (2010). A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard Trauma Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief-Revised: Are we measuring complicated grief or posttraumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders, 24*(7), 672-679. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.009
- Osafo, J., Hjelmeland, H., Akotia, C. S., & Knizek, B. L. (2011). The meanings of suicidal behavior to psychology students in Ghana: A qualitative approach. *Transcultural Psychiatry, 48*(5), 643-659. doi: 10.1177/1363461511417319
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas: metodinė priemonė*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (3rd edition)*. England: Open University Press.
- Parker, H. A., & McNally, R. J. (2008). Repressive coping, emotional adjustment, and cognition in people who have lost loved ones to suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(6), 676-687. doi: 10.1521/suli.2008.38.6.676
- Picco, L., Abidin, E., Chong, S. A., Pang, S., Dafie, S., Chua, ... Subramaniam, M. (2016). Attitudes toward seeking professional psychological help: Factor structure and socio-demographic predictors. *Frontiers in Psychology, 7*, 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00547

- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 86-94. doi:10.1016/S2215-0366(14)70224
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *87*, 22-29. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.009
- Pivar, I. L., & Field, N. P. (2004). Unresolved grief in combat veterans with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*(6), 745-755. doi: 10.1016/j.janxdis.2003.09.005
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, *6*(8). doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-645). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/10436-026
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. 3rd, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, *59*(1-2), 65-79. doi: 10.1016/0165-1781(95)02757-2
- Povilaitienė, I. (2011). *Relatives of the first episode psychosis patients: The relationship between appraisal of illness situation, social support, and psychological distress over time* (Doctoral dissertation). Vilnius: Vilnius University.
- Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health. (1999). *PSO (5) geros savijautos rodiklis*. Hillerod.
- Pumpa, M., & Martin, G. (2015). The impact of attitudes as a mediator between sense of autonomy and help-seeking intentions for self-injury. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *9*(27), 1-9. doi: 10.1186/s13034-015-0058-3
- Rando, T. A., Doka, K. J., Fleming, S., Franco, M. H., Lobb, E. A., Parkes, C. M., & Steele, R. (2012). A call to the field: Complicated grief in the DSM-5. *Omega*, *65*(4), 251-255. doi: 10.2190/OM.65.4.a
- Reeder, G. D., & Pryor, J. B. (2008). Dual psychological processes underlying public stigma and the implications for reducing stigma. *Medicine, Mental Health, Science, Religion, and Well-being*, *6*(1), 175-186. doi: 10.4103/0973-1229.36546

- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(2), 231-239. doi: 10.1007/s00127-013-0745-4
- Saarinen, P. I., Hintikka, J., Lehtonen, J., Lönnqvist, J. K., & Viinamäki, H. (2002). Mental health and social isolation among survivors ten years after a suicide in the family: A case-control study. *Archives of Suicide Research*, *6*(3), 221-226. doi: 10.1080/13811110214143
- Saulaitis, A. (2001). Katalikų Bažnyčios požiūris į savižudybę ir savižudybių prevenciją. Iš D. Gailienė (Sud.), *Savižudybių prevencijos idėjos* (p. 36-58). Vilnius: Tyto alba.
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Prolonged grief disorder and depression in widows due to the rwandan genocide. *Omega*, *59*(3), 203-219. doi: 10.2190/OM.59.3.b
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *17*(1), 31-37. doi: 10.1017/S1121189X00002669
- Schut, H., Stoebe, M., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. S. Stroebe, R.O Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 705-737). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., & Georgi, K. (2011). Do suicides' characteristics influence survivors' emotions? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *41*(2), 117-125. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00024
- Schnider, K. R., Elhai, J. D., & Gray, M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, *54*(3), 344-350. doi: 10.1037/0022-0167.54.3.344
- Schomerus, G., Evans-Lacko, S., Rusch, N., Mojtabai, R., Angermeyer, M. C., & Thornicroft, G. (2014). Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *24*(2), 166-171. doi: 10.1017/S2045796014000109
- Skerytė-Kazlauskienė, M., Mažulytė, E. ir Eimontas, J. (2015). Psichologinės savijautos, trauminės patirties ir įveikos įverčiai visose tyrimo dalyvių grupėse. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 36-46). Vilnius: Eugrimas.
- Skrubis, P., Dadašev, S. ir Geleželytė, O. (2015). Savižudiško elgesio stigma. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 217-231). Vilnius: Eugrimas.

- Skruibis, P., Gailienė, D., Hjelmeland, H., Fartacek, R., Fekete, S., Knizek, B.L., ... Rohrer, R. (2010). Attitudes towards suicide among regional politicians in Lithuania, Austria, Hungary, Norway and Sweden. *Suicidology Online*, *1*, 79-87.
- Stroebe, M. S. (1998). New directions in bereavement research: Exploration of gender differences. *Palliative Medicine*, *12*(1), 5-12. doi: 10.1191/026921698668142811
- Stroebe, M. S., Abakoumkin, G., Stroebe, W., & Schut, H. (2012). Continuing bonds in adjustment to bereavement: Impact of abrupt versus gradual separation. *Personal Relationships*, *19*(2), 255–266. doi: 10.1111/j.1475-6811.2011.01352
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*(3), 197-224. doi: 10.1080/074811899201046
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega*, *61*(4), 273-289. doi: 10.2190/OM.61.4.b
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 349-371). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/10436-015
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology*, *24*(7), 1030-1050. doi: 10.1521/jscp.2005.24.7.1030
- Supiano, K. (2012). Sense-making in suicide survivorship: A qualitative study of the effect of grief support group participation. *Journal of Loss and Trauma*, *17*(16), 489-507. doi: 10.1080/15325024.2012.665298
- Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2007). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(1), 13-29. doi: 10.1521/suli.2008.38.1.13
- Tam, C. L., & Lim, S. G. (2009). Perceived social support, coping capability and gender differences among young adults. *Sunway Academic Journal*, *6*, 75-88.
- Ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(2), 153-163. doi: 10.1007/s00127-009-0050-4
- Topkaya, N. (2014). Gender, self-stigma, and public stigma in predicting attitudes toward psychological help-seeking. *Educational Sciences: Theory and Practice*, *14*(2), 480-487. doi: 10.12738/estp.2014.2.1799

- Topp, C. W., Ostergaard, S. D., Sondergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(3), 167-76. doi: 10.1159/000376585
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *54*(1), 40-50. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.40
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, *50*(3), 351-361. doi: 10.1037/0022-0167.50.3.351
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007). Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development*, *85*(4), 410-422. doi:10.1002/j.1556-6678.2007.tb00609
- Wago, S. S., Byrkjedal, I. K., Sinnes, H. M., Hystad, S. W., & Dyregrov, K. (2017). Social support and complicated grief: A longitudinal study on bereaved parents after the Utoya terror attack in Norway. *Scandinavian Psychologist*, *4*, e10. doi: 10.15714/scandpsychol.4.e10
- Ward-Ciesielski, E. F., Wielgus, M. D., & Jones, C. B. (2015). Suicide-bereaved individuals' attitudes toward therapists. *Crisis*, *36*(2), 135-141. doi: 10.1027/0227-5910/a000290
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *17*(3), 293-300. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00227
- Wilson, A., & Marshall, A. (2010). The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Studies*, *34*(7), 625-640. doi: 10.1080/07481181003761567
- Witte, T. K., Smith, A. R., & Joiner, T. E. (2010). Reason for cautious optimism? Two studies suggesting reduced stigma against suicide. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(6), 611-626. doi: 10.1002/jclp.20691
- Žemaitienė, N., Jaruševičienė, L. ir Gailienė, D. (2001). Savižudybė mokykloje. Iš D. Gailienė (Sud.) *Savižudybių prevencijos idėjos* (p. 138-171). Vilnius: Tyto alba.

PRIEDAI

1 priedas. Tyrime naudotų skalių aprašomosios charakteristikos ir ATSPPH-SF faktorių svoriai

1 lentelė. Tyrime naudotų skalių aprašomosios charakteristikos

Kintamieji	N	Intervalas		Asimetrijos koef.	Eksceso koef.
		Galimas	Tyrimo		
GEQ Stigmatizacija	82	10–50	11–46	0,74	–0,10
GEQ Gėda	82	7–35	7–35	0,45	–0,23
GEQ Kaltė	82	6–30	8–30	–0,08	–1,03
ISS	82	5–25	9–25	–0,51	–0,25
PSO-5	82	0–100	0–84	0,15	–0,98
PG-13	74	11–55	13–50	0,20	–0,76
PG-13 Atsisk. kančios krit.	74	2–10	2–10	–0,03	–1,16
PG-13 Kogn., emoc., elg. simptomai	74	9–45	10–41	0,35	–0,68
ATSPPH	82	10–40	10–40	–0,95	0,89
ATSPPH Atvirumas siekti prof. pag.	82	3–12	3–12	–0,40	–0,45
ATSPPH Prof. pag. siekimo vertė	82	4–16	4–16	–1,04	0,77
ATSPPH Pirmumo neteikimas savarankiškai įv.	82	3–12	3–12	–0,45	–0,44
SSRPH	82	5–15	5–15	0,82	0,78
DDI	82	12–60	12–60	–0,60	0,37
COPE Aktyvi įveika	81	2–8	2–8	–0,51	0,08
COPE Planavimas	81	2–8	3–8	0,08	–0,61
COPE Teigimas perinterpretavimas	81	2–8	2–8	0,12	–0,31
COPE Priėmimas	81	2–8	2–8	–0,35	–0,63
COPE Humoro naudojimas	81	2–8	2–8	1,37	1,09
COPE Atsigręžimas į religiją	81	2–8	2–8	0,74	–0,13
COPE Naudojimasis emocine parama	81	2–8	2–8	0,28	–0,78
COPE Naudojimasis instrumentine parama	81	2–8	2–8	0,16	–0,48
COPE Mąstymo nukreipimas	81	2–8	2–8	–0,14	–0,76
COPE Neigimas	81	2–8	2–8	1,05	1,01
COPE Emocijų išreiškimas	81	2–8	2–8	0,52	–0,30
COPE Psichoaktyvių medžiagų vartojimas	81	2–8	2–8	1,51	1,98

Kintamieji	N	Intervalas		Asimetrijos koef.	Eksceso koef.
		Galimas	Tyrimo		
COPE Pasitraukimas	81	2–8	2–6	0,34	-0,74
COPE Savęs kaltinimas	81	2–8	2–8	0,58	-0,38

Pastaba: N – respondentų skaičius. GEQ – Gedulo patyrimo klausimynas; ISS – Socialinės paramos skalė; PG-13 – Užsitęsusio gedulo klausimynas; PSO-5 – PSO-5 geros savijautos rodiklis; ATSPPH – Nuostatų profesionalios psichologinės pagalbos siekimo atžvilgiu skalė; SSRPH – Psichologinės pagalbos gavimo stigmos skalė; DDI – Kančios atskleidimo rodiklis; COPE – Įveikos strategijų klausimynas.

2 lentelė. ATSPPH-SF faktorių svoriai

Teiginys	1 faktorius: Atvirumas siekti profesionalios pagalbos	2 faktorius: Profesionalios pagalbos siekimo vertė	3 faktorius: Pirmumo neteikimas savarankiškai įveikai
1		0,39	
2	0,50		
3	0,76		
4			0,39
5		0,87	
6		0,88	
7		0,53	
8	0,58		
9			0,85
10			0,63

2 priedas. Tyrimo anketos pirmas lapas

GEDULAS PO ARTIMOJO SAVIŽUDYBĖS Klausimynas

Gerbiamas(-a) tyrimo dalyvi(-e),

Vilniaus universiteto mokslininkų grupė, vadovaujama profesorės Danutės Gailienės, atlieka tyrimą, kuriuo siekiama išsiaiškinti artimojo savižudybę išgyvenusiųjų patirtis, poreikius bei sunkumus. Prašome Jūsų sutikti dalyvauti šiame tyrime ir užpildyti anketą. Užtruksite iki 30 minučių.

Ši anketa yra konfidenciali, Jums nereikia nurodyti savo vardo ir pavardės. Tyrimo duomenys bus laikomi saugiai. Kiekvienam apklausos dalyviui bus priskirtas kodas ir tolesnėje analizėje bus naudojamas tik šis naujai sugeneruotas identifikacinis kodas. Gauti duomenys bus analizuojami ir pristatomi mokslo darbuose apibendrintai, nesiejant jų su konkretaus asmens atsakymais.

Mums labai svarbus Jūsų dalyvavimas!

INFORMUOTAS SUTIKIMAS

Prašome savo parašu patvirtinti sutikimą dalyvauti mūsų tyrime. Atminkite, kad bet kuriuo metu galite nutraukti tyrimą ir grąžinti anketą tyrėjui.

Dalyvauti tyrime sutinku: _____
(parašas)

Data: _____

Kontaktinis asmuo:
dokt. Odeta Geleželytė
El. paštas: odeta.gelezelyte@fsf.stud.vu.lt

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra
Universiteto g. 9-1, Vilnius 01513

JRAŠO TYRĖJAS

Identifikacinis kodas:

Tyrėjas:



3 priedas. Teminės duomenų analizės rezultatai: temų sąrašas ir jas apibūdinantys aprašymai

Atsakymų į klausimą „Ar jautėte, kad aplinkinių bendravimas ar elegesys su Jumis po įvykusios savižudybės pasikeitė? Kokius pokyčius pastebėjote?“ analizės rezultatai:

1. Tema: Pokyčių nebuvo

Apibendrinanti tema: Pokyčių nebuvo

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pokyčių nebuvo arba atsakymas nepateiktas.

Tipinis pavyzdys: *Bendravimas nepasikeitė* (122)

2. Tema: Netinkami patarimai

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai išsakydavo netinkamus su netektimi susijusius patarimus.

Tipinis pavyzdys: *Kai kurie paguodos žodžiai tik dar labiau skaudino (pvz., „reikia gerbti jo pasirinkimą“, „tu jauna, graži ir protinga – susirasi kitą vyrą“ ir pan.)* (135)

3. Tema: Perdėtas, netinkamas dėmesys

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Perdėtas, netinkamas domėjimasis artimojo savijauta, įvykusia netektimi, perdėtas ar netinkamas paguodos siūlymas.

Tipinis pavyzdys: *Artimieji ir draugai pasiskirstė į dvi grupes, vieni kurie lindo į akis siūlydami savo paguodą <...>* (115)

4. Tema: Aplinkinių nežinojimas, kaip elgtis

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai nežinojo, kaip su juo elgtis po netekties, buvo pasimetę, jautėsi nejaukiai.

Tipinis pavyzdys: *Pasimetimą susitikus (tarsi nežino kaip elgtis)* (142)

5. Tema: Naudojimasis artimojo savijauta

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai naudojosi pablogėjusia jo savijauta po netekties pasiekti savo tikslams.

Tipinis pavyzdys: *Kai kurie kolegos pradėjo naudotis situacija, neatsiskaityti už darbus, dažnai atsiprašinėja iš darbo – žino, kad aš nesigilinsiu ir neatsakysiu neigiamai.* (135)

6. Tema: Kaltinimas, gėdinimas, smerkimas

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jautėsi kaltinamas ar gėdinamas aplinkinių dėl netekties. Arba įvardina, kad aplinkiniai smerkė artimąjį ar nusižudžiusįjį.

Tipinis pavyzdys: *kiti išvis <...> pradėjo <...> kaltinti* (115)

7. Tema: Spėliojimai ir apkalbos

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai spėliojo informaciją, susijusią su nusižudžiusiu ir įvykusia netektimi, apkalbinėjo nusižudžiusį ar artimąjį.

Tipinis pavyzdys: *Bet beveik dauguma kas mažai pažinojo vyrą kažkodėl nusprendžia, kad buvo bėdų su alkoholiu ir nusižudė būdamas neblaiviam stovyje nors taip nebuvo.* (160)

8. Tema: Santykiai nebe tokie artimi

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad anksčiau buvę artimesni santykiai su aplinkiniais po įvykusios savižudybės nutolo.

Tipinis pavyzdys: *Daugelis žmonių atitolo* (170)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis išsako, kad jam trūko aplinkinių rūpesčio ir palaikymo.

9. Tema: Santykiai nebe tokie artimi

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai nebebendravo, nosisuko, nutraukė santykius.

Tipinis pavyzdys: *Daugelis nustojo bendrauti* (140)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis išsako, kad jam trūko aplinkinių rūpesčio ir palaikymo.

10. Tema: Vengimas kalbėti apie netektį

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai vengė kalbėti apie mirusįjį ar kitus su netektimi susijusius aspektus, ar vengė paties artimojo.

Tipinis pavyzdys: *Nejauki tylą, vengimas kalbėti apie pasirinkusįjį išeiti savo noru.* (128)

11. Tema: Padidėjęs saugojimas

Apibendrinanti tema: Neigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad dėl mirties aplinkiniai tapo jautresni, labiau saugantys, kad netektis nepasikartotų.

Tipinis pavyzdys: *Tapo jautresni, įtaresni, tapo saugantys* (128)

12. Tema: Netekties slėpimas

Apibendrinanti tema: Užsidarymas

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad nepasakojo, slėpė netektį, mirties priežastį.

Tipinis pavyzdys: *Aš, aišku, niekam nesiskelbiau ir net nenorėjau skelbtis apie tai* (146)

13. Tema: Uždarumas

Apibendrinanti tema: Užsidarymas

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad su aplinkiniais bendrauti vengė, buvo užsidaręs, išgyvenimus pasilaikydavo sau.

Tipinis pavyzdys: *Esu pati su savimi* (123)

14. Tema: Sustiprėjo ryšiai su aplinkiniais

Apibendrinanti tema: Teigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad ryšiai su aplinkiniais sustiprėjo, pagerėjo.

Tipinis pavyzdys: *Su likusiu broliu ryšys pasidarė stipresnis* (114)

15. Tema: Aplinkinių pagalba ir palaikymas

Apibendrinanti tema: Teigiami pokyčiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai po netekties teikė pagalbą, palaikymą, tinkamai prisitaikė prie netektį patiriančio žmogaus.

Tipinis pavyzdys: *Tapo jautresni mano atžvilgiu, pakantesni man, bei teikė visokeriopą pagalbą* (124)

Atsakymų į klausimą „Ar teko / tenka susidurti su nemaloniomis apkinkinių reakcijomis, dėl kurių apie įvykusią savižudybę ir savo išgyvenimus kalbėti norėjote mažiau? Su kokiomis?“ analizės rezultatai:

1. Tema: Nemalonių reakcijų nenurodyta

Apibendrinanti tema: Nemalonių reakcijų nenurodyta

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad nemalonių reakcijų nebuvo arba atsakymas nepateiktas.

Tipinis pavyzdys: *Ne* (112)

2. Tema: Nemalonūs pasisakymai apie nusižudžiusiuosius ir savižudybes

Apibendrinanti tema: Savižudybės stigma

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad patyrė nemalonių pasisakymų apie nusižudžiusiuosius ar savižudybes bendrai ar konkrečiai apie šį mirusį artimąjį ar jo savižudybę.

Tipinis pavyzdys: *Kad vyras savanaudiškai pasielgė apie kitus negalvojo.* (160)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis išsako jautęsis kaltinamas ir priežasčių bei įvykio analizavimo. Neapima citatų, kai dalyvis nurodo, kad taip buvo bandoma jam padėti, ar jį paguosti, patarti, tačiau netinkamai. Neapima citatų, kai dalyvis įvardina viešų asmenų nemalonus pasisakymus.

3. Tema: Priežasčių paieška, įvykio analizavimas

Apibendrinanti tema: Savižudybės stigma

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai analizavo nusižudžiusiojo gyvenimą, savižudybės procesą, ieškojo, aptarinėjo savižudybės priežastis. Apima citatas, kai analizuojamas nebūtinai šio mirusio artimojo savižudybės procesas ar priežastys.

Tipinis pavyzdys: *Dalintis savo jausmais dažnai atbaido žmonių siekis surasti „priežastį“, kodėl tai įvyko. Pašnekovai, kurie iš pradžių atrodė nuoširdūs ir tikrai pergyvenantys, po to pradėdama daryti apibendrinimus, išvadas. Tada supranti, kad tai tėra bandymas lyg ir sulaukti patvirtinimo, kad „jiems taip negali atsitikti“, savęs raminimas, kad tokie atvejai būna išimtiniai ir turi būti labai svarios priežastys ir aplinkybės, į kurias jų artimieji niekaip negali papulti.* (170)

4. Tema: Skatinimas meluoti apie mirties priežastį

Apibendrinanti tema: Savižudybės stigma

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad iš aplinkinių sulaukė liepimo, skatinimo, prašymo meluoti apie tikrąją mirties priežastį.

Tipinis pavyzdys: *Na tie aplinkiniai, <...>, kurie įvykus nelaimei nusprendė, jog niekam nereikia sužinoti, kas iš tikrųjų įvyko. <...> Jie liepė visiems sakyti, jog <...> mirė nuo infarkto. Iš pradžių sutikau, nes tai buvo ta diena, kai sužinojau apie nelaimę ir tikrai negalėjau racionaliai mąstyti. Tačiau kitą dieną, susirašinėdama su geriausia drauge apie įvykusių nelaimę supratau, jog aš negaliu jai meluoti.* (154)

5. Tema: Savižudybės tema viešojoje erdvėje

Apibendrinanti tema: Savižudybės stigma

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina nemalonias reakcijas, susijusias su savižudybėmis, viešojoje erdvėje.

Tipinis pavyzdys: *Savižudybės tema stigmatizuota, o žiniasklaidos viešinami politikų pasisakymai ir iš to kylančios diskusijos aplinkoje verčia jaustis blogai, pvz., vienu metu Karbauskis pareiškė, kad smurtas yra opesnė problema nei savižudybės, pirmoji dažnai turi įtakos antrai problemai, o Veryga konstatavo, kad pagrindinė savižudybės priežastis yra alkoholis. Tarp pritariančių tokioms nuomonėms jaučiausi taip, lyg ir jie mane matytų kaip asocialią, prieš vyrą smurtavusią žmoną, kurių namuose alkoholis liejosi laisvai.* (170)

6. Tema: Nelaidojimas Bažnyčioje pagal įprastas apeigas

Apibendrinanti tema: Savižudybės stigma

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad nusižudęs artimasis nebuvo laidojamas pagal įprastas bažnytines apeigas.

Tipinis pavyzdys: *Nelaidojo bažnyčioje pagal apeigas, iškart po mišių į duobę, net gedėjimui salės giminaičiai neužsakė* (139)

7. Tema: Netekties temos vengimas

Apibendrinanti tema: Mirties tabu / netinkamos reakcijos į gedulą

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad aplinkiniai vengia, nenori kalbėti savižudybės, netekties tema.

Tipinis pavyzdys: *Žmonės <...> kalbą nukreipia apie ką nors kitą* (113)

8. Tema: Abejingumas

Apibendrinanti tema: Mirties tabu / netinkamos reakcijos į gedulą

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina aplinkinių abejingumą, nepakankamą reagavimą, dėmesingumo trūkumą.

Tipinis pavyzdys: *Kai kurių šeimos narių ar draugų abejingumas* (117)

9. Tema: Netinkami patarimai ar paguodos žodžiai

Apibendrinanti tema: Mirties tabu / netinkamos reakcijos į gedulą

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina netinkamus patarimus ar paguodos žodžius. Kai dalyvis nurodo, kad taip sakant ar elgiantis buvo bandoma jam padėti, paguosti, patarti, tačiau netinkamai. Apima ir nemalonias aplinkinių reakcijas, netinkamus patarimus dėl gedulo proceso.

Tipinis pavyzdys: *Neapgalvoti paguodos žodžiai („toks likimas“, „ar nesigaili, kad neturėjote vaikų?“, <...> „palaidojai – ir užmiršk“ ir pan.)* (135)

10. Tema: Perdėtas dėmesys įvykusiai netekčiai

Apibendrinanti tema: Mirties tabu / netinkamos reakcijos į gedulą

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad, jo manymu, įvykusiai savižudybei, netekčiai buvo skiriama per daug dėmesio; išreiškiama, jog dalyvis norėjo apie tai kalbėti mažiau.

Tipinis pavyzdys: *Susidūriau su savižudybės romantizavimu, prieš tai esu labai prieš. Kažkodėl visiems atrodo, kad reikia tada vos ne visi draugų susitikimai turi būti vienos tematikos, reikia pastoviai visiems važinėti į kapines ir t.t.* (148)

Išimty: Neapima priežasčių paieškos ir įvykio analizavimo.

11. Tema: Kaltinimas

Apibendrinanti tema: Kaltinimas

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jautė ar patyrė aplinkinių kaltinimą dėl įvykusios savižudybės. Apima citatas, kai užduodami klausimai, ar artimasis negalėjo nieko padaryti, ar nepastebėjo savižudybės rizikos anksčiau.

Tipinis pavyzdys: *Žmonės ieško kaltų dėl asmens savižudybės, didelė dalis kaltės krenta nusižudžiusio asmens šeimai, giminei, jog laiku neužkirto kelio šiai baisiai nelaimėi. Ypač ši kaltė krenta iš bendrojo lavinimo mokyklos bendruomenės* (163)

12. Tema: Užsidarymas

Apibendrinanti tema: Užsidarymas

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad šia tema su aplinkiniais nekalbėjo ar nenori kalbėti.

Tipinis pavyzdys: *Neteko kalbėtis apie savižudybę* (122)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis šia tema nusprendė, pradėjo nekalbėti ar kalbėti norėjo mažiau dėl patiriamų nemalonių aplinkinių reakcijų.

13. Tema: Prasta gedinčiojo savijauta dėl netekties

Apibendrinanti tema: Prasta savijauta dėl netekties

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina savo prastą savijautą po netekties. Apima ir citatas, kuriose dalyvis mini, kad aplinkiniams tai atlaikyti buvo ar būtų per sunku.

Tipinis pavyzdys: *Tiesiog buvau smarkiai išsibalansavusi, jautri, liūdna ir nesuprasta – jaučiau, kad aplinkiniai tą jaučia, nesinorėjo dar eskaluoti.* (158)

14. Tema: Aplinkiniai su savižudybių patirtimi

Apibendrinanti tema: Kita

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad susidūrė su daugeliu žmonių, kurie taip pat yra patyrę savižudybę savo aplinkoje.

Tipinis pavyzdys: *Svarbu paminėti, kad man dalinantis savo išgyvenimais, visi žmonės turėjo panašių patirčių, apie kurias norėjo papasakoti.* (164)

Atsakymų į klausimą „Kas Jums labiausiai padėjo gedint po artimojo netekties?“ analizės rezultatai:

1. Tema: Niekas nepadėjo

Apibendrinanti tema: Niekas nepadėjo

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam nepadėjo niekas.

Tipinis pavyzdys: *Niekas nepadėjo* (123)

2. Tema: Savarankiška įveika

Apibendrinanti tema: Savarankiška įveika

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad padėjo sau pats, tačiau konkrečių būdų ar pavyzdžių neįvardina.

Tipinis pavyzdys: *Pati sau norėjau padėti, sekėsi sunkiai.* (126)

3. Tema: Atsiribojimas nuo kitų

Apibendrinanti tema: Atsiribojimas nuo kitų

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo vienatvė.

Tipinis pavyzdys: *Verkimas vienatvėje* (129)

4. Tema: Artimieji

Apibendrinanti tema: Emocinė ir instrumentinė aplinkinių pagalba

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo šeima, draugai, artimieji, bendradarbiai, kiti aplinkiniai. Koduojama nepriklausomai, ar dalyvis detalizuoja, kaip padėjo, ar ne. Jei dalyvis detalizuoja, kaip artimieji padėjo, priskiriami papildomi kodai.

Tipinis pavyzdys: *Draugai* (111)

5. Tema: Palaikymas

Apibendrinanti tema: Emocinė ir instrumentinė aplinkinių pagalba

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo kitų žmonių palaikymas, parama, supratimas.

Tipinis pavyzdys: *Artimų draugų palaikymas* (136)

6. Tema: Pasirūpinimas buitimi

Apibendrinanti tema: Emocinė ir instrumentinė aplinkinių pagalba

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo kitų žmonių pasirūpinimas jo buitimi, kitais darbais ar rūpesčiais.

Tipinis pavyzdys: *Kaimynai, kurie ilgą laiką rūpinosi buitimi* (135)

7. Tema: Bendravimas

Apibendrinanti tema: Emocinė ir instrumentinė aplinkinių pagalba

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo bendravimas su aplinkiniais ne su netektimi susijusiomis temomis. Arba neįvardina pokalbių temų išvis (iš citatos nėra aišku, ar pokalbiai būtent netekties, ar kitomis temomis).

Tipinis pavyzdys: *Paprastas bendravimas su aplinkiniais, neliečiant mirties temos.* (115)

8. Tema: Psichologas / psichoterapeutas

Apibendrinanti tema: Psichikos sveikatos specialistai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo psichologas / psichoterapeutas / psichoterapija.

Tipinis pavyzdys: *Per psichologines konsultacijas jaučiuosi laisvai, jaučiu, jog manęs įdėmiai klausomasi. Kai kuriuos dalykus padėjo suvokti ir labai tikslios psichologės įžvalgos, kai, pvz., papasakojau jai apie sapnus, kuriuose sapnavau <...>* (154)

9. Tema: Grupės

Apibendrinanti tema: Psichikos sveikatos specialistai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo lankymasis savitarpio pagalbos grupėse nusižudžiusių artimiesiems.

Tipinis pavyzdys: *Savitarpio pagalbos grupė* (129)

10. Tema: Medikamentai

Apibendrinanti tema: Psichikos sveikatos specialistai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo medikamentai, gyd. psichiatras ar kitas gydytojas.

Tipinis pavyzdys: *Dėl lėtinio skausmo dar iki netekties, per netektį ir po jos reguliariai vartojami antidepresantai* (128)

Išimty: Neapima psichologo, psichoterapeuto pagalbos.

11. Tema: Domėjimasis savižudybių tema

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo domėjimasis, skaitymas savižudybių tema.

Tipinis pavyzdys: *Daug skaičiau ir domėjausi savižudybių tema* (135)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis įvardina jog analizavo konkrečiai įvykusios savižudybės aspektus.

12. Tema: Įvykusios savižudybės proceso analizė

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo įvykusios savižudybės proceso analizė.

Tipinis pavyzdys: *Jo gyvenimo analizė* (000)

13. Tema: Kitos su mirusiuoju ir netektimi susijusios veiklos

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo su mirusiuoju ir netektimi susijusios veiklos, prisiminimai, pozityvių santykių su artimuoju aspektų vertinimas.

Tipinis pavyzdys: *<...> kapo lankymas, jo mylimų dainų klausymasis* (143)

Išimty: Neapima citatų apie domėjimąsi savižudybių tema ir įvykusios savižudybės proceso analizę.

14. Tema: Kaltės mažinimas

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo sumažėjusi kaltė dėl įvykusios netekties ar kaltės nebuvimas.

Tipinis pavyzdys: *Man ypač reikėjo išisąmoninti, kad įvykis nebuvo mano atsakomybė* (158)

15. Tema: Panašios patirtys

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo bendravimas su panašią patirtį turinčiais žmonėmis.

Tipinis pavyzdys: *Teko pabendrauti su vaikinų savižudybę išgyvenusia mergina ir radau realių savijautos sąsajų.* (158)

16. Tema: Pyktis ant mirusiojo

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo pyktis ant mirusiojo.

Tipinis pavyzdys: *Tikriausiai padėjo, kad iš tiesų ne tiek gedėjau, kiek supykau ant to žmogaus. Nes jis pasielgė labai savanaudiškai savo šeimos ir pačių artimiausių atžvilgiu, sukėlė jiems daug skausmo, nors jie prie jo nesėkmių daug neprisidėjo.* (148)

17. Tema: Verkimas

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo verkimas dėl netekties.

Tipinis pavyzdys: *Verkimas vienatvėje* (129)

18. Tema: Prasmės radimas

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo netekties prasmės paieškos ar radimas.

Tipinis pavyzdys: *Man buvo labai svarbu surasti prasmę tam, kad bandyčiau išverti skausmą ir kapstyti iš sunkumų.* (152)

19. Tema: Mirties neišvengiamumo pripažinimas

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo mirties neišvengiamumo pripažinimas.

Tipinis pavyzdys: *Mėginimas racionaliai paaiškinti sau, kas įvyko, kad visi anksčiau ar vėliau mirsim.* (150)

20. Tema: Netekties priėmimas

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo netekties realybės priėmimas, supratimas, kad artimasis mirė ir to nepakeisi.

Tipinis pavyzdys: *Supratimas, kad nieko nebepakeisiu, turiu priimti tikrovę tokią, kokia ji yra, ir judėti pirmyn.* (151)

21. Tema: Kalbėjimas(is)

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija į netektį

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo kalbėjimas / kalbėjimasis apie netektį, kitų žmonių išklausymas.

Tipinis pavyzdys: *Pokalbiai apie tai su mama.* (127)

Išimtys: Neapima citatų, kai dalyvis įvardina, kad jam padėjo kalbėjimasis kitomis nei netekties temomis.

22. Tema: Vengimas aplinkos, kuri primintų artimąjį

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija nuo netekties

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo vengimas aplinkos, kuri primintų artimąjį.

Tipinis pavyzdys: *Nesilankymas pas močiutę namuose* (135)

23. Tema: Su netektimi susijusių minčių vengimas

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija nuo netekties

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad vengė galvoti apie mirusį artimąjį, netektį.

Tipinis pavyzdys: *Malonios patirtys kurios leisdavo nustumti į šoną blogas mintis* (156)

24. Tema: Nekalbėjimas netekties tema

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija nuo netekties

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo nekalbėjimas netekties tema su kitais žmonėmis.

Tipinis pavyzdys: *Minimalus kalbėjimas apie tai, kas atsitiko, su kitais žmonėmis* (000)

25. Tema: Rūpinimasis kitais

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija nuo netekties

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo rūpinimasis artimaisiais ar kitais žmonėmis.

Tipinis pavyzdys: *Rūpestis mažų vaiku.* (134)

26. Tema: Kitos veiklos

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija nuo netekties

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo kitos veiklos, užimtumas, darbas. Apima skaitymą, sportą, muzikos klausymąsi ir pan.

Tipinis pavyzdys: *Darbinga rutina, sportas* (145)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis įvardina, kad skaitė literatūrą domėdamasis savižudybių tema.

27. Tema: Aplinkos pakeitimas

Apibendrinanti tema: Įveika kaip orientacija nuo netekties

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo aplinkos pakeitimas.

Tipinis pavyzdys: *Po netekties iš dalies padėjo aplinkos pakeitimas, išvažiavimas į užsienį.* (135)

28. Tema: Tikėjimas

Apibendrinanti tema: Tikėjimas

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo tikėjimas, religija, lankymasis maldos namuose.

Tipinis pavyzdys: *Ėjau į bažnyčią* (123)

29. Tema: Kaltė

Apibendrinanti tema: Kaltė

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jaučiasi kaltas dėl netekties.

Tipinis pavyzdys: *Praėjus beveik 2 m. po netekties vis dar jaučiuosi kalta, neišgelbėjusi savo artimojo.* (111)

30. Tema: Profesinė patirtis

Apibendrinanti tema: Kita

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo asmeninė profesinė patirtis.

Tipinis pavyzdys: *Asmeninė profesinė patirtis* (142)

31. Tema: Augintiniai

Apibendrinanti tema: Kita

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo augintiniai.

Tipinis pavyzdys: *Augintiniai (šunys), kurie prisiglaudžia, be to reikalauja veiklos (nesvarbu koks oras ar ūpas, einam 3kart per dieną į lauką)* (128)

32. Tema: Laikas

Apibendrinanti tema: Kita

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo laikas.

Tipinis pavyzdys: *Tiesiog palikau tai laikui, manau, jog laikas išgydo.* (133)

33. Tema: Nuovargis

Apibendrinanti tema: Kita

Apibūdinimas: Dalyvis mini, kad jam padėjo nuovargis.

Tipinis pavyzdys: *Nuovargis* (132)

34. Tema: Mažesnis aktyvumas

Apibendrinanti tema: Kita

Apibūdinimas: Dalyvis mini, kad jam padėjo mažesnis aktyvumas dalyvaujant kasdieniniame gyvenime.

Tipinis pavyzdys: *Gyvenimo tempo sulėtinimas* (166)

35. Tema: Organizacijos

Apibendrinanti tema: Kita

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jam padėjo t.t. organizacijos.

Tipinis pavyzdys: *„Jaunimo linijos“ organizacija* (117)

Atsakymų į klausimą „Jei jautėte specialistų pagalbos poreikį, ar iškilo kliūčių, dėl kurių tos pagalbos negalėjote gauti?“ analizės rezultatai:

1. Tema: Kliūčių nekilo

Apibendrinanti tema: Kliūtys neįvardintos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad kliūčių nekilo, arba atsakymo nepateikė išvis.

Tipinis pavyzdys: *Jokių kliūčių nekilo.* (117)

2. Tema: Pagalbos poreikio nebuvimas

Apibendrinanti tema: Kliūtys neįvardintos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pagalbos poreikio nebuvo.

Tipinis pavyzdys: *Nereikėjo specialistų pagalbos.* (122)

3. Tema: Neieškojimas pagalbos

Apibendrinanti tema: Kliūtys neįvardintos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pagalbos neieškojo.

Tipinis pavyzdys: *Kadangi pagalbos labai neieškojau, sunku atsakyti.* (114)

4. Tema: Šokas

Apibendrinanti tema: Prasta savijauta

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad patyrė šoką.

Tipinis pavyzdys: *Buvau šoke.* (123)

5. Tema: Pagalbos siekimo stigma: Kreipimasis pagalbos – silpnumo išraiška

Apibendrinanti tema: Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pagalbos nesikreipė, nes manė, kad taip elgiasi silpni žmonės.

Tipinis pavyzdys: *Iš pradžių nenorėjau kreiptis pagalbos, nes tai man rodėsi silpnumo išraiška* (164)

6. Tema: Pagalbos siekimo stigma: Stigma

Apibendrinanti tema: Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, jog nesikreipė pagalbos dėl psichikos sveikatos specialistų pagalbos siekimo stigos.

Tipinis pavyzdys: <...> *bijojau kreiptis, dėl įvairių stereotipų visuomenėj.* (131)

7. Tema: Netikėjimas pagalbos veiksmingumu

Apibendrinanti tema: Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad netikėjo / netiki, kad kažkas jam gali padėti, netiki, jog pagalba gali būti veiksminga.

Tipinis pavyzdys: *Netikėjimas, jog padės* (129)

8. Tema: Baimė apie netektį kalbėti su nepažįstamu žmogumi

Apibendrinanti tema: Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad bijojo / nenorėjo apie netektį kalbėti su nepažįstamu specialistu.

Tipinis pavyzdys: *Bijojau atvirai apie tai kalbėti su man nepažįstamu žmogumi.* (132)

9. Tema: Savarankiška įveika

Apibendrinanti tema: Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad su gedulu susijusius sunkumus bandė įveikti savarankiškai, be niekieno pagalbos.

Tipinis pavyzdys: *Maniau, kad pati susitvarkysiu savo skausmą* (126)

10. Tema: Kaltė dėl netekties

Apibendrinanti tema: Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jautėsi kaltas dėl netekties.

Tipinis pavyzdys: *Sunkiausia buvo perlipti per save, kaltinimai sau pradžioje atrodė labai pagrįsti.* (158)

11. Tema: Neapibūdintos vidinės kliūtys: Nesiryžimas kreiptis

Apibendrinanti tema: Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad nesiryžo, neprisiruošė kreiptis pagalbos.

Tipinis pavyzdys: *Nepasiryžau kreiptis* (113)

12. Tema: Neapibūdintos vidinės kliūtys: Manymas, kad pagalba buvo reikalinga, nors nesikreipė

Apibendrinanti tema: Kreiptis trukdantys įsitikinimai ir jausmai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pagalbos nesikreipė, anksčiau manė, kad ji nebuvo reikalinga, tačiau dabar mano, jog iš tiesų pagalba buvo reikalinga.

Tipinis pavyzdys: *Tiesiog tuo metu neatrodė jog reikia pagalbos. Dabar praėjus trims metams akivaizdu kad pagalba būtų padėjusi.* (115)

13. Tema: Nesikreipimas dėl ankstesnės patirties

Apibendrinanti tema: Neigiamą patirtis

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pagalbos nesikreipė dėl neigiamos ankstesnės (iki šios netekties) susidūrimo su profesionaliais patirties.

Tipinis pavyzdys: *Prieš daugiau kaip metus lankiausi keletą mėnesių pas savo gydymo įstaigos psichologę ir mano manymu mūsų darbas nebuvo veiksmingas.* (P128)

Išimty: Neapima citatų apie nepasitenkinimą specialistu kreipiantis dėl šios netekties.

14. Tema: Netinkamas specialistas

Apibendrinanti tema: Neigiama patirtis

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina nepasitenkinimą konkrečiu specialistu ar jo darbu.

Tipinis pavyzdys: *Vieną kartą mėginau eiti pas mokyklos psichologę, bet patirtis buvo neigiama, jaučiausi dar blogiau.* (161)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis įvardina, jog į specialistą nesikreipė dėl ankstesnės patirties (iki netekties).

15. Tema: Nusivylimas specialistais dėl įvykusios savižudybės

Apibendrinanti tema: Nusivylimas specialistais dėl įvykusios savižudybės

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pagalbos nesikreipė dėl nusivylimo specialistais, kurie nesugebėjo padėti nusižudžiusiam artimajam.

Tipinis pavyzdys: *Psichiatras neatrodė išeitis, nes jis nesugebėjo padėti net sergančiam vyrui.* (160)

16. Tema: Reikia daug pastangų dėl skubaus priėmimo pas gydytoją

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad reikėjo įdėti daug pastangų, kad pas specialistą būtų priimtas skubiai.

Tipinis pavyzdys: *Jaučiausi fiziškai labai prastai, todėl nusprendžiau nueiti pas šeimos gydytoją. Skambinau dėl papildomos registracijos kelias dienas, kol buvau užrašyta.* (135)

17. Tema: Pagalbos reikia ilgai laukti

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad reikėjo ilgai laukti vizito pas specialistą.

Tipinis pavyzdys: *Taip, eilės pas specialistus.* (113)

18. Tema: Tinkamos pagalbos trūkumas gyvenamojoje vietoje

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad jo gyvenamojoje vietoje tinkama pagalba neprieinama.

Tipinis pavyzdys: *Mūsų mieste nėra nei psichologo, nei psichiatro.* (112)

19. Tema: Gaunama pagalba trumpalaikė

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pagalba gauta, tačiau, jo manymu, per trumpą laiką.

Tipinis pavyzdys: *Norėjosi, kad psichologo pagalba būtų buvusi teikiama ilgesnį laiką sūnui mokykloje.* (125)

20. Tema: Nepasitenkinimas medikamentiniu gydymu

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad gavo tik medikamentinį gydymą arba įvardina, kad nenorėjo medikamentinio gydymo.

Tipinis pavyzdys: *Gavau tik medikamentinę pagalbą, kuri dirbtinai nuramindavo.* (116)

21. Tema: Privačios pagalbos poreikis

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad vengė kreiptis pagalbos į viešąjį sektorių. Arba dalyvis įvardina netikėjimą, kad viešame sveikatos sektoriuje gaunama pagalba yra kokybiška ar kad nepasitikėjo / nepasitikė sveikatos apsaugos sektoriumi. Arba dalyvis įvardina, kad dėl netekties kreipėsi / ieškojo privačios psichologinės pagalbos.

Tipinis pavyzdys: *Dauguma gerų specialistų dirba privačiai, tiek pinigų neturiu* (140)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis pateikia informacijos apie konkrečius įvykius, nusivylimą konkrečiais specialistais ar situacijomis.

22. Tema: Finansiniai sunkumai

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pagalbos nesikreipė, nes negali finansiškai sau to leisti, pagalba brangiai kainuoja.

Tipinis pavyzdys: *Tai yra brangi paslauga, nes kreipiausi privačiai.* (129)

23. Tema: Aktyvios pagalbos poreikis: Specialistų iniciatyvos siūlant pagalbą poreikis

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad pats turėjo ieškoti pagalbos, nesulaukė iniciatyvos iš gydymo įstaigų.

Tipinis pavyzdys: *Nors pirmą pagalbą gavau lengvai (važiavau pas poliklinikoje budintį psichologą), toliau pagalbos teko ieškoti pačiai. <...> Daugiau iš šios įstaigos negavau jokie paklausimo, kaip jaučiuosi. Teko pagal rekomendacijas ieškoti privačia praktika užsiimančių specialistų.* (170)

24. Tema: Aktyvios pagalbos poreikis: Informacijos apie pagalbos galimybes ir specialistus trūkumas

Apibendrinanti tema: Sveikatos sistemos spragos

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad nežinojo, kur kreiptis pagalbos arba informacija, kurią turėjo, buvo klaidinga.

Tipinis pavyzdys: *Net nežinojau, ar Lietuvoje yra specialistų, kurie gali teikti pagalbą artimiesiems.* (123)

25. Tema: Laiko trūkumas

Apibendrinanti tema: Kiti individualūs trikdžiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, jog pagalbos nesikreipė dėl laiko trūkumo ar didelio užimtumo.

Tipinis pavyzdys: *Nebuvo laiko.* (145)

26. Tema: Kiti trikdžiai, apsunkinantys naudojimosi pagalba galimybes

Apibendrinanti tema: Kiti individualūs trikdžiai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina kitas išorines kliūtis, dėl kurių jo lankymosi pas specialistus galimybės yra apribotos.

Tipinis pavyzdys: *Prižiūriu visiškai neįgalią motiną, negaliu išvykti kada panorėjus* (115)

Išimty: Neapima finansinių sunkumų ar laiko trūkumo.

27. Tema: Naudojimasis kitais pagalbos būdais

Apibendrinanti tema: Naudojimas kitais pagalbos būdais

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad naudojosi kitais pagalbos būdais, ne formalia specialistų pagalba.

Tipinis pavyzdys: *Bendravau su artimais man žmonėmis.* (130)

28. Tema: Artimųjų skatinimas ir pagalba kreipiantis į specialistus

Apibendrinanti tema: Kreiptis pagalbos motyvuojantys veiksniai

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, kad profesionalų pagalbos paskatino kreiptis artimieji ir / arba kad artimieji padėjo surasti informacijos apie pagalbos galimybes, palaikė kreipiantis profesionalios pagalbos.

Tipinis pavyzdys: *Vienas draugas patarė kur kreiptis ir viskas buvo paprasta.* (156)

29. Tema: Informacijos apie savižudybių aspektus poreikis

Apibendrinanti tema: Kita

Apibūdinimas: Dalyvis įvardina, jog norėjo gauti daugiau informacijos apie savižudybių aspektus.

Tipinis pavyzdys: *Tiesiog norėjau sužinoti daugiau kodėl taip nutiko, kodėl žmogus (iš psichologinės) pusės galėjo taip pasielgti, kas paskatino jį tam žingsniui, gal tai buvome mes, gal per mažai skyrėme dėmesio, gal tai buvo alkoholio įtaka.* (120)

Išimty: Neapima citatų, kai dalyvis nurodo, kas trukdė šios informacijos gauti. Tuomet citata priskiriama atitinkamam kliūties kodui.

4 priedas. Mokslinės publikacijos ir pranešimai disertacijos tema

Mokslinės publikacijos disertacijos tema

- Geleželytė, O.** Stigma po artimojo savižudybės (2015). *Jaunųjų mokslininkų psichologų darbai*, 4. doi: 10.15388/JMPD.2015.4.03
- Klimaitė, V., & **Geleželytė, O.** (2015). When it is difficult to trust again. Experiencing disappointment after the suicide of a loved one. In D. Gailienė (Ed.), *Lithuanian faces after transition: Psychological Consequences of Cultural Trauma* (p. 249-259). Vilnius: Eugrimas.
- Skruibis, P., Dadašev, S., & **Geleželytė, O.** (2015). The stigma of suicidal behaviour. In D. Gailienė (Ed.), *Lithuanian faces after transition: Psychological Consequences of Cultural Trauma* (p. 217-233). Vilnius: Eugrimas.
- Klimaitė, V., **Geleželytė, O.**, Janulytė, I., Stumbrytė, A., Skruibis, P. ir Gailienė, D. (2014). Gedinčių po artimojo savižudybės psichologiniai poreikiai ir tarpasmeninių santykių pokyčiai. *Lietuvių katalikų mokslo akademijos metraštis*, 38.
- Klimaitė, V., Labokienė, I., **Geleželytė, O.** ir Stumbrytė, A. (2014). Pralkalbinti artimo dėl savižudybės netekusįjį – iššūkis tyrėjui ar gedinčiajam? *Jaunųjų mokslininkų psichologų darbai*, 3.

Mokslinėse konferencijose skaityti pranešimai disertacijos tema

- Geleželytė, O.**, Gailienė, D., Mažulytė-Rašytinė, E., Latakienė, J., Rimkevičienė, J., & Skruibis, P. Is stigmatization really a help-seeking barrier among suicide-bereaved? 17th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. 2018 m. rugsėjo 5-8 d., Gentas (Belgija).
- Geleželytė, O.**, & Gailienė, D. Social support experience in suicide bereavement: Relations to stigmatization, feelings of shame and emotional self-disclosure. 17th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. 2018 m. rugsėjo 5-8 d., Gentas (Belgija).
- Geleželytė, O.**, Gailienė, D., Mažulytė-Rašytinė, E., Latakienė, J., Rimkevičienė, J. ir Skruibis, P. Gedulas po savižudybės: Prognostiniai profesionalios psichologinės pagalbos siekimo veiksniai. Lietuvos psichologų kongresas. 2018 m. gegužės 17-19 d., Klaipėda.
- Geleželytė, O.**, Mažulytė-Rašytinė, E., Latakienė, J. ir Rimkevičienė, J. Stigma po artimojo savižudybės ir profesionalios psichologinės pagalbos siekimas. 15-oji Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija. 2018 m. balandžio 27 d., Vilnius.

- Geleželytė, O.,** Gailienė, D., Skruibis, P., Rimkevičienė, J., Mažulytė, E., Latakienė, J., & Lošakevičius, A. Analysis of suicide cases in Lithuania: Intervention gaps and recommendations. 15th European Congress of Psychology. 2017 m. liepos 11-14 d., Amsterdamas (Nyderlandai).
- Geleželytė, O.,** Latakienė, J., Mažulytė, E., Rimkevičienė, J. ir Lošakevičius, A. Savižudybės atvejų Vilniaus mieste analizė: pagalba gedintiesiems. 14-oji Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija. 2017 m. balandžio 21 d., Vilnius.
- Geleželytė, O.,** Klimaitė, V., & Gailienė, D. Suicide survivors in Lithuania: I have to cope with it on my own. 16th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. 2016 m. rugsėjo 8-10 d., Oviedo (Ispanija).
- Geleželytė, O.** Help-Seeking Barriers after Suicide of a Close Relative. 14th European Congress of Psychology. 2015 m. liepos 7-10 d., Milanai (Italija).
- Geleželytė, O.,** Klimaitė, V., & Gailienė, D. Suicide Survivors: Barriers to Social Help-Seeking. 28th World Congress of the International Association for Suicide Prevention. 2015 m. birželio 16-20 d., Monrealis (Kanada).
- Klimaitė, V., **Geleželytė, O.,** Skruibis, P., & Gailienė, D. After Traumatic Loss: Coping and Suicidal Risk of Suicide Survivors. XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies. 2015 m. birželio 10-13 d., Vilnius.
- Klimaitė, V., **Geleželytė, O.,** Skruibis, P. ir Gailienė, D. Gedulo po savižudybės ypatumai: rekomendacijos teikiantiems psichologinę pagalbą. Lietuvos psichologų kongresas. 2015 m. gegužės 8-9 d., Vilnius.
- Geleželytė, O.** „Kai pagalvoji, kad visi žino, jog pas tave taip įvyko...“ Stigma po artimojo savižudybės. XII-oji Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija. 2015 m. balandžio 24 d., Vilnius.
- Klimaitė, V. ir **Geleželytė, O.** Pagalba nusižudžiusių artimiesiems: praktinės rekomendacijos. VI-oji kasmetinė Vilniaus traumų psichologijos konferencija. 2015 m. balandžio 10 d., Vilnius.

UŽRAŠAMS

Vilniaus universiteto leidykla
Universiteto g. 1, LT-01513 Vilnius
El. p. info@leidykla.vu.lt,
www.leidykla.vu.lt
Tiražas 20 egz.