

Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Psichologijos institutas

Justyna Kolesnik

Sveikatos psichologijos studijų programa  
Magistro darbas

**Šeimos gydytojų ir rezidentų nuostatos į savižudybę**

Darbo vadovė: prof. dr. Roma Jusienė

Vilnius  
2020

## TURINYS

|   |    |
|---|----|
| SANTRAUKA .....   | 4  |
| SUMMARY .....   | 5  |
| SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS .....   | 6  |
| PRATARMĖ .....  | 7  |
| 1.ĮVADAS .....  | 8  |
| 1.1.Savižudybių prevencija.....   | 8  |
| 1.2.Savižudybių prevencija pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje .....                                       | 8  |
| 1.3.Šeimos gydytojo vaidmuo savižudybių prevencijoje .....  | 9  |
| 1.4.Iššūkių ir sunkumai darbe su suicidiniu pacientu .....  | 12 |
| 1.5.Nuostatų samprata .....   | 14 |
| 1.5.1.Nuostatos į savižudybę .....  | 15 |
| 1.5.2.Nuostatų į savižudybę tyrinėjimo ir vertinimo specifika .....   | 15 |
| 1.5.3.Sveikatos priežiūros specialistų nuostatos į savižudybę.....  | 17 |
| 1.5.4.Veiksniai besisiejęntys su nuostatomis į savižudybę .....   | 19 |
| 1.6.Tyrimo problema .....   | 21 |
| 1.7.Tyrimo tikslas ir uždaviniai .....  | 22 |
| 2.METODIKA .....  | 23 |
| 2.1.Tyrimo dalyviai .....   | 23 |
| 2.2.Tyrimo instrumentai .....   | 24 |
| 2.3.Tyrimo eiga .....   | 27 |
| 2.4.Duomenų analizės metodai.....   | 27 |
| 3.REZULTATAI .....  | 29 |
| 3.1.Šeimos medicinos specialistų nuostatos į savižudybes .....  | 29 |
| 3.2.Šeimos gydytojų ir šeimos medicinos rezidentų nuostatos į savižudybes.....                                  | 30 |
| 3.3.Šeimos medicinos specialistų patirtis su savižudybe asmeniniame gyvenime ir jų nuostatos į savižudybes..... | 33 |
| 3.4.Šeimos medicinos specialistų susidūrimas su suicidiškais pacientais ir jų nuostatos į savižudybes.....      | 35 |
| 3.5.Šeimos medicinos specialistų dalyvavimas mokymuose ir jų nuostatos į savižudybes .....                      | 38 |
| 4.REZULTATŲ APTARIMAS .....   | 40 |
| 4.1.Tyrimo ribotumai ir idėjos ateities tyrimams .....  | 44 |
| 4.2.Praktinės rekomendacijos .....  | 45 |
| IŠVADOS.....  | 46 |

|  |    |
|--|----|
| LITERATŪRA .....                                       | 47 |
| PRIEDAI .....  | 56 |
| 1 priedas. Informuotas sutikimas tyrimo dalyviui. .... | 56 |
| 2 priedas. Anketa. ....                                | 57 |

## SANTRAUKA

Šeimos gydytojų ir rezidentų nuostatos į savižudybę, Justyna Kolesnik, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2020, 59 psl.

Šeimos gydytojai užima svarbų vaidmenį savižudybių prevencijoje, kadangi gali atpažinti paciento suicidinę riziką ir nukreipti jį tolimesnei pagalbai. Tačiau nėra aišku, kokie veiksniai siejasi su labiau tinkamomis nuostatomis į savižudybę, todėl svarbu nagrinėti šeimos medicinos specialistų nuostatas į savižudybę bei su nuostatomis susijusius aspektus. Tyrimo tikslas – ištirti šeimos medicinos specialistų (gydytojų ir rezidentų) nuostatas į savižudybes bei galimas sąsajas tarp nuostatų į savižudybes ir skirtingų asmeninių bei profesinių veiksnių. Tyrime dalyvavo 90 šeimos medicinos specialistų, dirbančių sveikatos priežiūros įstaigose: 84 moterys ir 6 vyrai, kurių amžiaus vidurkis – 45,54 metai. Nuostatoms į savižudybę tirti buvo naudotas Nuostatų savižudybės atžvilgiu klausimynas (ATTS), informacijos apie įvairius asmeninius ir profesinius veiksnius surinkimui naudota anketa. Rezultatai parodė, kad rezidentų savižudybės priimtimumo nuostatos įverčiai didesni nei gydytojų, tačiau savižudybės smerkimo ir nenuspėjamumo nuostatų įverčiai mažesni. Rastas neigiamas ryšys tarp susidūrimo dažnumo su savižudybe artimoje aplinkoje ir smerkimo nuostatos įverčių. Taip pat egzistuoja teigiamas ryšys tarp susidūrimo dažnumo su suicidiniu pacientu darbe ir smerkimo nuostatos įverčių. Mokymuose dalyvavusių medikų nenuspėjamumo nuostatos įverčiai mažesni negu nedalyvavusių, taip pat dalyvavusių mokymuose nuostatos į savižudybių prevenciją yra labiau teigiamos.

**Raktiniai žodžiai:** savižudybių prevencija, nuostatos į savižudybes, šeimos gydytojai

## SUMMARY

Family physicians' and residents' attitudes toward suicides, Justyna Kolesnik, Vilnius, Vilnius University, 2020, 59 p.

Family physicians play an important role in suicide prevention, as they can identify the patient's risk of suicide and refer the patient for further assistance. However, it is not clear which factors are related to more suitable attitudes toward suicides. Therefore, it is important to analyze family medicine professionals' attitudes toward suicides and factors related to them. The purpose of this research is to examine family medicine professionals' (doctors' and residents) attitudes toward suicides and relationship between attitudes toward suicides and different personal and professional factors. In total, 90 family medicine professionals from healthcare facilities participated in this study: 84 are females and 6 males with the average age of 45.54. Attitudes Towards Suicide Questionnaire (ATTS) was used to measure attitudes toward suicides. A survey was used to collect the information about various personal and professional factors. The results showed that family medicine residents had higher estimates of suicide acceptability than physicians, but lower estimates of suicide condemnation and unpredictability. A negative correlation was found between the frequency of exposure to suicide in the immediate environmental and estimates of condemning attitude toward suicide. The results revealed that the more frequently physicians encounter the suicidal patient, the more likely they have condemning attitude toward suicide. Estimates of suicide unpredictability of physicians who participated in the training are lower than those who did not, as well as attitudes toward suicide prevention of the physicians who participated in the training are more positive.

**Key words:** suicide prevention, attitudes toward suicide, family physicians

## SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

**Savižudybė** – mirtis dėl savo paties veiksmų, kurių imtasi su aiškiu arba numanomu ketinimu numirti (Skruibis, 2008).

**Savižudybių prevencija** – įvairios strategijos ir priemonės, kurios yra nukreiptos į savižudybių rizikos ir poveikio mažinimą (Lygnugarytė-Grikšienė, 2020).

**Šeimos gydytojas** – medicinos gydytojas, kuris bendradarbiaudamas su sveikatos priežiūros specialistais ir kitais specialistais, teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas visų amžiaus grupių pacientams (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, 2019).

**Nuostata** – sąlyginai stabilus ir bendras objekto, asmens, grupės, klausimo ar reiškinio vertinimas, esantis kontinuume nuo teigiamo iki neigiamo vertinimo. Nuostatos atskleidžia apibendrintus pasirinktų objektų vertinimus (VandenBos, 2015).

## PRATARMĖ

Savižudybė yra sudėtinga visuomenės sveikatos problema, turinti globalią reikšmę (Turecki & Brent, 2016). Tai daugialypis ir daugiaveiksnis reiškinys, kurį galima apibūdinti iš skirtingų požiūrių ir perspektyvų (Liaugaudaite, Zemaitiene ir Bunevicius, 2020). Kiekvienais metais visame pasaulyje nusižudo apie 800 000 žmonių (World Health Organization, 2018). Remiantis Higienos instituto išankstiniais mirties priežasčių duomenimis, 2019 metų Lietuvoje savižudybių rodiklis siekė 23,5/100 000 (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020), palyginus su Europos – 15,4/100 000 ir pasaulio – 10,6/100 000 (World Health Organization, 2018). Per 2019 metus Lietuvoje nusižudė 657 žmonės: 539 vyrų ir 118 moterų (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020). Tokiame kontekste savižudybių prevencija išskiriama kaip viena pagrindinių užduočių ir tampa esmine visuomenės sveikatos sritimi (World Health Organization, 2013; World Health Organization, 2014).

Atsižvelgiant į tai, kad savižudybė yra sudėtinga ir kompleksinė problema, prevencijos vykdymas platesne prasme, įtraukiant kuo daugiau tarnybų bei specialistų, gali atnešti reikšmingą ir ilgalaikį savižudybės rodiklių mažėjimą (World Health Organization, 2014). Kadangi didelis skaičius žmonių prieš savižudybę apsilanko pas šeimos gydytojus (Ahmedani et al., 2014), viena iš tokių sistemų, kurioje savižudybių prevencija gali būti sėkminga – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros sritis. Nurodoma, kad savižudybių prevencija yra viena iš svarbesnių bendrosios praktikos gydytojų funkcijų (Lake, 2008; Mann et al., 2005), tad iškyla tinkamo atsako į suicidinį pacientą ir suicidinės rizikos identifikavimo svarba (Boukouvalas, El-Den, Murphy, Salvador-Carulla, & O'Reilly, 2019).

Šeimos medicinos specialistų tinkamas sureagavimas į suicidinį pacientą gali priklausyti nuo daugelio veiksnių, vieni svarbesnių – jų turimos nuostatos į savižudybę (Feldman et al., 2007). Nurodoma, kad netinkamos nuostatos į psichikos sutrikimus ir savižudybę gali turėti neigiamą poveikį darbui su pacientais bei uždelsti su pagalba, pagalba gali būti ne tokia efektyvi (Clement et al., 2015). Nuostatos, įgūdžiai bei atsako į suicidinį pacientą tinkamumas gali sietis su įvairiais asmeniniais ir profesiniais veiksniais, tokiais kaip, pavyzdžiui, patirtis darbe su suicidiniaisiais pacientais, dalyvavimas mokymuose, asmeninė patirtis su savižudybe (Neimeyer, Fortner, & Melby, 2001).

Kadangi nagrinėjant nuostatas ir su jomis besisiejiančius veiksnius gaunami nevienareikšmiški rezultatai, taip pat tyrimai atliekami skirtingose šalyse, tokių tyrimų trūksta Lietuvoje, todėl svarbu analizuoti šeimos medicinos nuostatas į savižudybę ir su jomis besisiejiančius veiksnius atsižvelgiant į Lietuvos sociokultūrinį kontekstą.

## 1. ĮVADAS

### 1.1. Savižudybių prevencija

Savižudybių prevencija tampa vienu iš svarbiausių uždavinių, norint sėkmingai užkirsti kelią mirtims nuo savižudybių. Išskiriama daugybė įvairių strategijų ir būdų, kaip galima išvengti mirčių. Vieni iš jų apima, pavyzdžiui, specialistų švietimą, kaip atpažinti psichikos sutrikimus bei pastebėti žmogaus suicidinę riziką, kiti pabrėžia psichikos sutrikimų gydymą, prieigos prie savižudybių priemonių ribojimą (Mann et al., 2005, Zalsman et al., 2016). Nagrinėjant strategijų ir būdų efektyvumą, autoriai nurodo, kad nėra vienos pranašesnės už kitas, pabrėždami moksliskai pagrįstų strategijų ir būdų kombinacijų taikymą (Zalsman et al., 2016). Nepaisant to, kad klinikinėje praktikoje nėra efektyvaus algoritmo tiksliai prognozuoti savižudybę, klinikinių, psichologinių, sociologinių savižudybės faktorių supratimas ir atpažinimas nurodomas kaip galintis padėti identifikuoti aukštos suicidinės rizikos individus ir padėti jiems paskiriant ar nukreipiant tinkamam gydymui (Turecki & Brent, 2016), kartu su depresijos atpažinimu ir kitų psichikos sutrikimų atpažinimu pirminėje sveikatos priežiūroje (Dueweke & Bridges, 2018; Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016).

### 1.2. Savižudybių prevencija pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje

Sveikatos priežiūros specialistai išskiriami kaip nepaprastai svarbūs ištekliai savižudybių prevencijai ir suicidinės rizikos valdymui (Boukouvalas et al., 2019). Akcentuojama ir pirminės sveikatos priežiūros sistemos reikšmė (World Health Organization, 2014), kadangi ten dirbantys specialistai turi didesnę tikimybę susidurti su savižudišku pacientu, negu kitos sveikatos priežiūros grandys (DeHay, Ross, & McFaul, 2015). Taip pat šie specialistai turi dažną, glaudų bei ilgą kontaktą su visuomene bei yra teigiamiau priimami pacientų (World Health Organization, 2000). Akcentuojama, kad pirminė sveikatos priežiūra užtikrina gyvybiškai svarbią ryšį tarp visuomenės ir sveikatos priežiūros sistemos. Pirminė sveikatos priežiūros sistema nurodoma kaip tinkama savižudybių prevencijai, kadangi pasižymi tokiomis savybėmis, kaip platesnis prieinamumas, holistinis požiūris ir pasirengimas užtikrinti tęstinę paciento priežiūrą (World Health Organization, 2000). Daugelyje atvejų esminis krūvis tenka pirminės sveikatos priežiūros gydytojams, rezidentams ir slaugytojams, todėl specialistai susiduria su pastoviai augančiu pacientų skaičiumi, kurių susirgimai nėra somatiniai (Patel, cit. iš Ouzouni & Nakakis, 2012). Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra gali būti esminė grandis savižudybių prevencijoje (Saini et al., 2010), kurioje tampa įmanoma laiku identifikuoti suicidinį pacientą ir nukreipti tinkamos pagalbos (Dueweke & Bridges, 2018). Literatūros apžvalgoje išskiriami 4 pagrindiniai savižudybės rizikos valdymo komponentai pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje: (1) specialistų švietimas; (2) savižudybės



rizikos ir/arba nuotaikos sutrikimų įvertinimas (3) depresijos ir kitų psichikos sutrikimų gydymas (4) savižudybės rizikos įvertinimas ir valdymas (Dueweke & Bridges, 2018). Pirminės sveikatos priežiūros specialistai (ne psichikos sveikatos) ir jų mokymas identifikuoti suicidinį pacientą, įvertinti riziką bei suteikti pagalbą yra nurodomi kaip vieni svarbesnių kryptių savižudybių prevencijoje, kurie turi būti įgyvendinti (World Health Organization, 2014). Mokslininkai šeimos gydytojų, dirbančių pirminėje sveikatos priežiūroje, mokymą, skirtą atpažinti depresijos ir suicidiškumo ženklus bei jų valdymą, įvardina kaip efektyvius savižudybių prevencijos metodus (Liaugaudaite et al., 2020; van der Feltz-Cornelis et al., 2011). Taigi, pirminė sveikatos priežiūros sistema ir joje dirbantys šeimos gydytojai tampa svarbūs užkertant kelią savižudybėms.

### 1.3. Šeimos gydytojo vaidmuo savižudybių prevencijoje

Lietuvoje šeimos gydytojo institucija tampa vis reikšmingesnė: šeimos gydytojai teikia vis daugiau paslaugų ir atlieka įvairių funkcijų, aptarnauja daugiausia gyventojų (Paulikienė ir Jurgutis, 2013). Nurodoma, kad net 75 proc. Lietuvos gyventojų aptarnauja šeimos gydytojai (Jankauskienė, cit. iš Paulikienė ir Jurgutis, 2013). Lyginant skirtingų specializacijų gydytojus, 2018 metais pas šeimos gydytojus apsilankė daugiausiai pacientų, buvo net 12 370 176 vizitai (Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalas, 2018). Augantys sveikatos poreikiai ir pacientų reikalavimai sveikatos priežiūros sistemai, tuo pačiu laiku reikalauja dar labiau stiprinti esmines kompetencijas, tokias kaip į pacientą orientuota priežiūra, tęstinumo užtikrinimas, paslaugų visapusiškumas, holistinis požiūris bei į bendruomenę orientuotą priežiūra ir problemų sprendimas (Vainiomaki, Jurgutis, Putz, & Juknevičiute, 2012). Šeimos gydytojas taip pat yra siejamoji grandis su kitais gydytojais specialistais, taip pat vadybininkas ir žmogus, pas kurį iškilus problemai asmuo kreipiasi pirmiausiai. Nurodoma, kad būtent jų pastangos gali tapti veiksniumi, padedančiu sumažinti savižudybių skaičių mūsų visuomenėje (Leonavičius ir Valius, 2017), tai žmogus turintis tęstinį ryšį su pacientu ir žinantis apie jį, kaip individą, apie visas jo ligas, sveikatą, o ne tik apie vieną susirgimą, dėl kurio tuo metu kreipiasi (Paulikienė ir Jurgutis, 2013), todėl gali matyti pacientą platesniame kontekste.

Pirminės sveikatos priežiūros sistemoje dirbantys šeimos gydytojai nurodomi kaip vartininkai (angl. *gatekeepers*) savižudybių prevencijos srityje, kurie gali atpažinti suicidinę riziką ir nukreipti pacientą tolimesnei pagalbai (Coppens et al., 2018). Šeimos gydytojai turi daug pareigų ir funkcijų. Jų teisės, pareigos, kompetencijos ir atsakomybės Lietuvoje yra reglamentuotos. Nuo 2019 metų gegužės mėnesio išleistas naujas šeimos gydytojų medicinos normos leidimas, kur šeimos gydytojo norma buvo atnaujinta, papildyta bei joje didesnis dėmesys kreipiamas ir savižudybės prevencijai. Joje reglamentuota, kad šeimos gydytojai privalo pastebėti ir laiku nukreipti specializuotos pagalbos pacientą, esantį savižudybės krizėje (Lietuvos respublikos

Sveikatos apsaugos ministerija, 2019). Pabrėžiama šeimos gydytojų kompetencijų svarba. Nurodoma, kad jie turi žinoti ir mokėti atpažinti savižudybės riziką, suteikti pirminę paramą ir po to nukreipti pacientą specializuotai pagalbai (Lietuvos respublikos Valstybės kontrolė, 2017).

Įvairiose šalyse atliekami savižudybių autopsijos tyrimai rodo, kad savižudiškų ketinimų turintys asmenys prieš bandydami žudytis neretai apsilanko pas medikus (Žemaitienė, Bulotaitė, Jusienė ir Veryga, 2011). Mokslininkai, nagrinėjantys pacientų pagalbos siekimo elgesį (angl. *help-seeking behavior*) iki savižudybės, pabrėžia, kad šeimos gydytojai yra vieni iš tų specialistų, pas kuriuos, kartu su psichikos sveikatos ir kitais sveikatos specialistais, kreipiasi savižudybės krizę išgyvenantys pacientai. Prieš bandymą žudytis pas gydytojus apsilanko ne tiek mažai pacientų. Skirtingų tyrimų duomenimis gaunama, kad nuo 24 iki 69 proc. žmonių, kurie vėliau bandė žudytis ar nusižudė, kontaktavo su psichiatrais arba šeimos gydytojais mėnesio laikotarpyje iki savo mirties (Barnes, Ikeda, & Kresnow, 2001). Nustatoma, jog tik vienas iš penkių žmonių, kurie vėliau mėnesio eigoje nusižudė, lankėsi pas psichikos sveikatos specialistus (Dueweke & Bridges, 2018), tačiau apsilankymai pas šeimos gydytojus neturint psichikos sveikatos sutrikimo diagnozės buvo žymiai dažnesni. Nurodoma, kad nuo 4-ių – 12-os mėnesių iki mirties, paplitę vizitai pas gydytoją neturint psichikos sutrikimo diagnozės (Ahmedani et al., 2014). Nagrinėjant medicininius įrašus, nerandama fiksuotų užrašų apie tai, kad pacientas prisipažino turįs minčių, ketinąs ar planuojąs nusižudyti, taip pat nėra ir apie tai, kad gydytojas pastebėtų suicidines paciento tendencijas (Ahmedani et al., 2014).

Nepaisant dažnų vizitų, pacientų išsakomos vizito pas gydytojus priežastys gali būti visai kitokios. Minimai, kad tokioje situacijoje net pasidomėjimas apsilankiusio pas gydytoją žmogaus gyvenimu gali padėti užkirsti kelią savižudybei (Žemaitienė ir kiti, 2011). Labai dažnai minčių, ketinimų ar planų nusižudyti turintys pacientai kreipiasi į ne psichikos sveikatos specialistą. Tokių kreipimusių priežastys neretai būna vienokio ar kitokio pobūdžio somatiniai arba kiti simptomai, be išreikštų suicidinių tendencijų pokalbyje, tad ir vizito metų nėra apie kalbama apie galimą paciento suicidiškumą (Wasserman, 2016, Wolk-Wasserman, cit. iš Wasserman, 2016). Su suicidine rizika gali sietis įvairūs sveikatos sutrikimai. Pastebima, kad daugelis gydytojų tikisi, kad apie savižudybę svarstantis pacientas turėtų būti tipiškus depresijos požymius atitinkantis žmogus, tačiau nurodoma, kad depresija gali maskuotis po fiziniais simptomais, skausmu, miego sunkumais, nuovargiu ir kitais negalavimais, tad be gilesnės diagnostikos sunku atskirti, koks sutrikimas kamuoja žmogų (Wolk-Wasserman D., cit. iš Wasserman, 2016). Įvardinama, kad su įvairiu suicidiniu elgesiu dažnai yra susiję psichikos sveikatos sutrikimai (ypač depresija), tačiau svarbu paminėti ir tai, kad įtakos gali turėti turimos somatinės, lėtinės ligos pvz. onkologinė liga, chroninis skausmas ir kitos (World Health Organization, 2013; Fässberg et al., 2016). Kadangi vienas iš pirminės sveikatos priežiūros sistemos ir joje dirbančių šeimos gydytojų uždavinys yra lėtinių ligų

valdymas ir kontrolė (Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, 2019), o moksliniai tyrimai nustato, kad lėtinės ligos gali būti komorbidiškos su depresija, taip pat sietis su įvairiu suicidiniu elgesiu ir būti rizikos veiksniu ateities savižudybei (Gürhan, Beşer, Polat, & Koç, 2019), tad tampa svarbu nepamiršti atidžiai stebėti paciento psichinę būklę. Depresija išskiriama kaip vienas rimtesnių rizikos veiksnių suicidiniam elgesiui (Liaugaudaite et al., 2020), todėl nurodoma, kad šeimos gydytojams svarbu atpažinti suicidines mintis, ketinimus, planus žudyti tarp depresiją turinčių pacientų bei išmokti atpažinti depresijos požymius apskritai (Coppens et al., 2018). Nustatyta, kad sergantys depresija pacientai gali turėti skirtingų somatinių simptomų ir nusiskundimų, pavyzdžiui, skausmų ir kreiptis pas specialistą būtent dėl jų. Kadangi gydytojai didelį dėmesį skiria būtent somatiniams simptomams, gali kilti problemų depresijos ir suicidinės rizikos atpažinime (Tylee & Gandhi, 2005). Depresiją sunkiau atpažinti ir tuo atveju, jeigu pacientas jau turi kitą somatinę ligą (World Health Organization, 2000). Tyrimai rodo, kad mažiau negu pusė šeimos gydytojų paklausia pacientų, turinčių depresiją, apie suicidines mintis ir/ar ketinimus (Feldman et al., 2007) ir daugiau negu pusė atpažįsta savižudybės ženklus (Elzinga, Gilissen, Donker, Beekman, & de Beurs, 2019).

Nagrinėjant savižudybės ženklų ir/ar rizikos pastebėjimo sunkumus, keliamos prielaidos, kad galbūt patys pacientai nesieja savo suicidinių tendencijų su patiriamais somatiniais simptomais ir nematydami sąsajų nepasisako. Dar viena versija – atėjęs pacientas nepasako apie savo savijautą manydamas, kad suicidiškumas silpnumo ženklas, jausdamas gėdą arba bijodamas specialisto reakcijos. Tokiame kontekste atsiranda grėsmė, kad pacientas, svarstantis apie savižudybę, vizito metu neišsakys, kad svarsto nusižudyti, bandysiąs atrodyti stiprus ir neparodyti vidinės desperacijos (Wasserman, 2016, Wolk-Wasserman D., cit. iš Wasserman, 2016). Šeimos gydytojai dažnai atsiduria nepalankiose situacijose, kuriose paciento suicidinė rizika yra nustatoma iš tiesioginio paciento pasakymo, elgesio stebėjimo ar ligos istorijos peržiūros (Brunero, Smith, Bates, & Fairbrother, 2008). Tokiose situacijose savižudybių prevencijos sėkmė ir kelio užkirtimas savižudybei priklauso nuo specialisto gebėjimo priimti sprendimą apie paciento suicidinę riziką ir sprendimą nukreipti profesionalios pagalbos (Department of Health, cit. iš Brunero et al., 2008), tačiau iškyla grėsmė nepastebėti apie savižudybę svarstančio paciento.

Nepaisant anksčiau minėtų sunkumų, tyrimai rodo, kad siekiant pagalbos, apie pusę besikreipiančiųjų kalba arba užsimina apie savižudybę prieš bandymą žudyti, todėl pastangos gerinti gydytojo reakciją ir intervenciją, kurią gali atlikti pirminės sveikatos priežiūros specialistai, gali atnešti teigiamų pokyčių (Barnes et al., 2001). Ne mažiau svarbus nurodomas ir psichikos surikimų bei suicidinės rizikos patikra (angl. *screening*) (Mann et al., 2005). Įvairių šalių nacionalinėse savižudybių prevencijos strategijose pabrėžiama, kad pagrindinis dalykas yra sveikatos priežiūros specialistų mokymas, kaip atpažinti ir įvertinti paciento suicidinę riziką bei

gerinti įgūdžius, kad būtų tinkamai reaguojama į pacientą (Boukouvalas et al., 2019; Renberg & Jacobsson, 2003), tad šiame kontekste iškyla tinkamos komunikacijos su pacientu svarba.

#### 1.4. Iššūkiai ir sunkumai darbe su suicidiniu pacientu

Neabejojama, kad sveikatos priežiūros specialistai gali būti labai svarbūs užkertant kelią savižudybėms, tačiau tuo pačiu metu egzistuoja įvairūs barjerai, kliudantys tinkamai identifikuoti riziką, ją įvertinti bei valdyti (Neimeyer & Pfeiffer, cit. iš Rothes & Henriques, 2018). Darbas su suicidiniaisiais žmonėmis yra iššūkius kelianti sritis, nepaisant to, mažai žinoma apie gydytojų patirtį, susiduriant su suicidiniaisiais pacientais, apie jų patiriamus sunkumus bei sunkumų suvokimą (Rothes, Henriques, Leal, & Lemos, 2014; Rothes & Henriques, 2018). Atliekami tyrimai rodo, kad specialistai dažnai susiduria su skirtingais sunkumais, tačiau gali būti išskiriami emociniai, techniniai, komunikaciniai (Rothes et al., 2014).

Visų pirma – sisteminiai, techniniai. Šeimos gydytojui kilus įtarimų dėl paciento suicidiškumo, jis turėtų būti nukreiptas pas psichiatrą arba psichologą, kad pacientas gautų specializuotą pagalbą (Wasserman, 2016). Psichiatrų, psichologų, šeimos gydytojų ir kitų specialistų, prižiūrinčių savižudybės krizėje esantį pacientą tarpusavio bendradarbiavimas turi didelę reikšmę tokio paciento priežiūrai visuose jos etapuose. Tačiau nurodoma, kad ne visada jis yra tinkamas ir/ar pakankamas, kadangi išlieka tam tikras smerkiantis požiūris, noras apsaugoti privatumą, galbūt dėl to ir išlieka didelis neidentifikuotų savižudybės riziką turinčių asmenų skaičius, o esant tokiomis sąlygomis savižudybių prevencija tampa sunkiai įgyvendinama (Wasserman, 2016). Įvardinama, kad egzistuoja problemos komunikuojant su kolegomis, kurios specialistui gali kelti diskomfortą tad svarbus yra bendravimo kultūros ir grįžtamojo ryšio tarp skirtingų sveikatos grandžių sistemos kūrimas (Paulikienė ir Jurgutis, 2013; Vainiomäki et al., 2012). Taip pat vienas iš sunkumų minimas ribotas gydytojo konsultacijos laikas, kas kartu su įgūdžių ir žinių trūkumu bei netinkamu apmokymu psichikos sveikatos srityje yra nurodomos kaip reikšmingos kliūtys identifikuojant ir dirbant su suicidiniaisiais pacientais (Saini et al., 2010).

Ne mažiau svarbu ir emociniai sunkumai. Prie emocinių dažnai priskiriamas distresas, perdegimas, jautimasis sutrikdytu ir pan. (Rothes et al., 2014). Nurodoma, kad susidūrimas su suicidine riziką turinčiais pacientais, jų gydymas yra gąsdinanti ir įvairias emocijas galinti kelti patirti (Renberg & Jacobsson, 2003). Atliekami tyrimai rodo, kad paciento savižudybė gali būti sukrečiančiu įvykiu bendrosios praktikos gydytojo praktikoje, dėl kurios jaučiami tokie jausmai kaip kaltė, sielvartas bei savigrauža (Saini, Chantler, While, & Kapur, 2016). Rasta ir tai, kad didesnė darbo patirtis siejama su mažesniu neigiamų emocijų pasireiškimu po paciento savižudybės ir įvardinama savotišku apsauginiu veiksmu (Saini et al., 2016).

Kai kuriuose tyrimuose nurodoma, kad šeimos gydytojai nėra tinkamai paruošti (Coppens et al., 2018). Teigiama, kad tinkamai apmokius bendrosios praktikos gydytojus, kaip elgtis vizito metu susidūrus su suicidišku pacientu, gauta, kad įgūdžiai pagerėja, kas prisideda prie savižudybių rodiklių sumažinimo (Rutz, von Knorrling, & Walinder, cit. iš Barnes et al., 2001). Pirminės sveikatos priežiūros specialistų žinių apie savižudybę trūkumas arba nesėkmė atrenkant (angl. *screening*) pacientus su depresija, kuri nurodoma kaip vienas iš savižudybės rizikos veiksnių, gali sukelti nereagavimą, kaip ir nutinka daugelyje savižudybių atvejų (Mann et al., 2005; Bocquier et al., 2013). Todėl pabrėžiama mokymų reikšmė, kad specialistai turėtų žinių ir įgūdžių identifikuoti suicidinę riziką turintį pacientą, įvertinti riziką bei ją valdyti (Michail & Tait, 2016). Mokymai sveikatos priežiūros sistemoje dirbantiems specialistams apie savižudybių prevenciją yra dažnai minima sudedamoji nacionalinių savižudybių strategijų dalis įvairiose šalyse, tačiau kartais kyla problemų dėl metodų efektyvumo ankstyvajam savižudybės rizikos identifikavimui, intervencijai ar savižudybės krizėje esančių pacientų nukreipimui (van Landschoot, Portzky, & Van Heeringen, 2017). Tyrimai rodo, kad specialistai, praėję mokymus, ne tik geriau supranta pagalbą, tačiau ir labiau pasitiki savo gebėjimais, kad galės padėti pacientui (Graham, Rudd, & Bryan, 2011), mokymus praėjusių specialistų nuostatos yra labiau tinkamos (Gask, Dixon, Morriss, Appleby, & Green, 2006). Pirminės sveikatos priežiūros specialistų mokymas atpažinti depresiją bei vertinti suicidinę riziką yra išskiriamas kaip pagrindinis metodas norint išgelbėti žmogų (Mann et al., 2005; World Health Organization, 2014).

Komunikaciniai sunkumai dažnai įvardinami kaip pyktis ant paciento, nežinojimas kaip kalbėti apie mirtį, savižudybę (Rothes et al., 2014), taip pat konfliktai su pacientu (Vainiomäki et al., 2012). Siekiant optimizuoti diagnozavimo ir gydymo procesą, gydytojai turi būti apmokyti bendravimo su savižudiškų minčių, ketinimų ar planų turinčiais pacientais. Pabrėžiama komunikacijos reikšmė tarp gydytojo ir paciento, kurią teigiamai arba neigiamai veikia gydytojo turimos nuostatos į savižudybę, jo bendravimo įgūdžiai ir psichologinis pasiruošimas dorotis su savidestruktyviu elgesiu (Wasserman, 2016). Nors egzistuoja nemažai tyrinėjimų, kaip efektyviai vertinti savižudybės riziką, į kokius komponentus atsižvelgti, ką turėtų daryti gydytojas, tačiau trūksta nurodymų, kaip užduoti jautraus turinio klausimus pacientui, kad būtų įmanoma aptikti paciento suicidinės tendencijas, kaip reaguoti į suicidinį pacientą visos priežiūros metu, siekiant sumažinti jo distresą ir kančią (McCabe, Garside, Backhouse, & Xanthopoulou, 2016). Nurodoma, kad dabartinis medikų mokymas nėra grįstas švietimu, kaip tinkamai komunikuoti su pacientu, kad būtų lengviau atpažinti jo savižudybės riziką ir sureaguoti į išsakomas mintis, ketinimus ar planus nusižudyti (McCabe et al., 2016). Kalbėti apie savižudybę yra sunku, taip pat svarbu suvokti, kad neįmanoma užkirsti kelio visoms savižudybėms. Nepaisant to, specialistams labai svarbi yra tinkama ir efektyvi komunikacija (McCabe et al., 2016).

Mažai žinoma ir apie pačius gydytojus, jų asmeninius bei profesinius veiksnius, susijusius su efektyviu savižudybės rizikos atpažinimu ir valdymu (Bocquier et al., 2013). Kai kurie tyrėjai iškelia prielaidas, kad su tikslingu ženklų bei rizikos atpažinimu ir valdymu gali būti susiję ir specialistų nuostatos, žinios ar kiti asmeniniai bruožai (Feldman et al., 2007). Suicidinės rizikos nepastebėjimą vizito metu gali lemti tiek apmokymo trūkumas, tiek apskritai neigiamos specialistų nuostatos į savižudybę, pagalbą bei prevenciją (Graham et al., 2011). Taigi, šeimos gydytojams vykdant savižudybių prevenciją pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje iškyla nemažai sunkumų bei iššūkių.

### 1.5. Nuostatų samprata

Nuostatos apibrėžiamos kaip mintinės reprezentacijos, apibendrinančios individo vertinimą apie tam tikrą žmogų, grupę, daiktą, veiksmą ar idėją (Smith, Mackie, & Claypool, 2015), tai mūsų pozicija į socialinius reiškinius ar objektus (Suslavičius, 2006). Turimos nuostatos lemia tai, kad tas pats socialinis dirgiklis, skirtingiems žmonėms sukelia skirtingas reakcijas, iš to atsiranda elgesio įvairovė (Suslavičius, 2006). Nuostatos dažnai įvardinamos kaip susidedančios iš trijų komponentų: kognityvinio, emocinio ir elgesio (Smith et al., 2015). Kognityvinis komponentas susideda iš asmens turimų žinių ar įsitikinimų apie nuostatų objektą, kadangi nuostatos nėra įgimtos, o formuojamos dažnai veikiant įvairiai informacijai. Teigiama, kad kognityvinis komponentas neatsiejamas nuo emocinio, kuris gali skatinti arba slopinti priimti žinių priėmimą ir yra apie žmogaus emocines reakcijas į nuostatų objektą. Elgesio komponentas apibrėžiamas kaip žmogaus sąveika su nuostatų objektu (Suslavičius, 2006, Smith et al., 2015). Dažnai manoma, kad nuostatos patemtose tam tikrais specifiniais įsitikinimais, emocijomis ir praeities elgesiu, kuris susijęs su tais objektais (VandenBos, 2015).

Per pastaruosius dešimtmečius labai pažengė tyrinėjimai, kuriuose nagrinėjama nuostatų įtaka elgesiui (Ajzen, Fishbein, Lohman, & Albarracin, 2018). Nuostatų įtaka nagrinėjama ir geriausiai suprantama sociopsichologinių teorijų kontekste, kuriose nuostatos pabrėžiamos kaip determinuojančios ateities elgesį (Brunero et al., 2008). Nuostatos taip pat siejamos ir su sprendimų priėmimu (Sanbonmatsu, Prince, Vanous, & Posavac, 2005). Kadangi nuostatos yra žmogaus pozicijų apibendrinamai, jos yra lengvai aktyvinamos ir naudojamos, todėl neskiriant daug dėmesio ir pastangų analizuoti gaunamus signalus, nuostata gali „priimti“ sprendimą, nors žmogus nebūtinai tą įsisąmonins (Suslavičius, 2006). Nuostatos nėra pastovios, gali keistis natūraliai dėl tam tikrų gyvenimo įvykių, patirčių, tiek gali būti keičiamos paveikiant jas nauja informacija, pvz. mokant žmogų (Smith et al., 2015; Suslavičius, 2006). Apibendrinant galima teigti, kad nuostatos yra svarbus reiškinys mūsų gyvenime, turintis įtakos tiek mūsų mąstymui, elgesiui, tiek sprendimų priėmimui, tačiau nuostatos gali būti keičiamos.

### 1.5.1. Nuostatos į savižudybę

Nuostatos į savižudybę pradėtos tyrinėti jau gan senai, Lietuvoje pirmieji nuostatų tyrimai prasidėjo prieš daugiau nei du dešimtmečius (Ružytė, cit. iš Skruibis, Gailienė ir Labanauskaitė, 2008). Nuostatos į savižudybę yra nagrinėjamos iš skirtingų pusių. Visų pirma, įvardinama, kad tam tikros nuostatos siejasi su didesne savižudybes rizika (Gibb, Andover, & Beach, 2006), kiti tyrėjai nurodo nuostatų į savižudybes reikšmę elgiantis su savižudybės rizikoje esančiu asmeniu (Lang et al., cit. iš Shannonhouse, Lin, Shaw, & Porter, 2017). Ne mažiau svarbus ir nuostatų formavimosi mechanizmas. Dažnai nurodoma, kad nuostatos gali būti perduodamos ir išmokstamos socializacijos procese. Veikiant jam galima suformuoti tinkamas ar labiau smerkiančias savižudybę. Taip pat pabrėžiama religijos, regiono bei sociodemografinių veiksnių, tokių kaip lytis, amžius, rasė, išsilavinimas, reikšmė (Agnew, 1998). Formavimosi procese ne mažiau svarbi yra asmens sociokultūrinė aplinka. Kokios nuostatos paplitusios visuomenėje, gali priklausyti ir nuo jos istorinio, kultūrinio šalies konteksto (Wasserman, 2016). Nagrinėjant Lietuvos kontekstą, vyrauja labiau neigiamos bei smerkiančios nuostatos, jų formavimuisi poveikį darė ir istorinės aplinkybės (Gailienė, 2015).

Nurodoma, kad jos yra vienas svarbesnių aspektų efektyviai savižudybių prevencijai (Rockwell & Brien, 1973). Tyrinėjant nuostatas taip pat nurodoma, kad nuostatų į savižudybę keitimas yra viena iš pagrindinių technikų norint pagerinti savižudybių prevenciją ir užkirsti kelią naujoms mirtims (Pokorny, cit. iš Agnew, 1998; Scheerder, Reynders, Andriessen, & van Audenhove, 2010). Atliekamų nuostatų tyrimų įvairiose imtyse rezultatai patvirtina tai, kad nuostatos savižudybės atžvilgiu yra kur kas sudėtingesnis ir įvairiapusiškesnis konstruktas (Skruibis, Kazlauskas ir Gailienė, 2008) negu tik dichotominis vertinimas. Nagrinėjant nuostatas iš savižudybių prevencijos perspektyvos, svarbu yra tai, kad nuostatos gali būti keičiamos (Skruibis ir kiti, 2008b; Scheerder et al., 2010). Pabrėžiama, kad įvairios specialistų mokymo programos gali pakeisti tiek turimas žinias, tiek nuostatas į savižudybę (Clifford, Dora, & Tsey, 2013), kas leistų vykdyti efektyvesnę savižudybių prevenciją.

### 1.5.2. Nuostatų į savižudybę tyrinėjimo ir vertinimo specifika

Nuostatų į savižudybę tyrimai jau nuo senų laikų domina mokslininkus (Kodaka, Poštuvan, Inagaki, & Yamada, 2010). Pirmuose nuostatų tyrinėjimo bandymuose buvo naudojami atviri klausimai, pusiau struktūruotas interviu, kas apunkimo tiek duomenų interpretavimą, tiek palyginimą su kitomis imtimis ar šalimis (Skruibis ir kiti, 2008a). Tyrimuose dažniausiai išskiriamos šios trys metodikos: SOQ (Suicide Opinion Questionnaire, autoriai Domino, Moore, Westlake, & Gibson, 1982), SUIATT (Suicide Attitude Questionnaire, autoriai Diekstra & Kerkhof, 1988) ir ATTS (Attitudes Towards Suicide, autoriai Renberg & Jacobsson, 1998) (Kodaka et al.,

2010). Pirmiausiai buvo sukurtas SOQ klausimynas, susidedantis iš 15 subskalių ir 100 klausimų. Klausimyno autoriai teigia, kad tai parodo nuostatų į savižudybę kompleksiskumą, sudėtingumą bei pabrėžia, kad nuostatos turi būti matuojamos plačiau, ne tik dichotomiškai: teigiama/neigiama nuostata (Domino, Moore, Westlake, & Gibson, 1982). Tyrėjai pripažįsta, kad nuostatos yra sunkiai tyrinėjamas konstruktas, pabrėžiamas jų multidimensiškumas (Renberg & Jacobsson, 2003) bei kitimas laike, dėl šitos priežasties kartais galimi žemesni patikimumo ir kitų kriterijų rodikliai (Kodaka et al., 2010). SOQ klausimynas sulaukė kritikos dėl nepakankamų psichometrinių charakteristikų (Kodaka et al., 2010). Diekstra & Kerkhof (1988) kritikuoja SOQ klausimyną ir sukūrė savo – SUIATT. Tačiau ir šis klausimynas sulaukė kritikos dėl savo ilgio ir 19-os subskalių, todėl buvo kurta ATTS metodika (Renberg & Jacobsson, cit. iš Skruibis ir kiti, 2008a). Nepaisant to, kad metodika atitinka nuostatų tyrimams keliamus reikalavimus (pvz. multidimensiškumą, platų pritaikomumą ir kt.), yra tam tikrų sunkumų su psichometrika: kai kurių skalių žemesnis patikimumas, dėl nuostatų polinkio keistis, nestabilus konstruktas ir pan. (Kodaka et al., 2010; Renberg & Jacobsson, 2003). Atsižvelgus į populiariausių metodikų, skirtų matuoti nuostatas į savižudybes, šiam tyrimui pasirinktas naujas ATTS klausimynas. Šis klausimynas plačiai naudojamas Lietuvoje ir kaip nurodoma tinka nuostatų tyrimams. Klausimynas susideda iš 5 nuostatų: priimtimumo, pasmerkimo, nenuspėjamumo, nesikišimo ir vienatvės (Skruibis ir kiti, 2008a). Verta panagrinėti, kokias nuostatas jis matuoja.

- Priimtimumo nuostata reiškia individo pritarimą tam, kad savižudybė gali būti išeitis (Skruibis ir kiti, 2008a). Labiau priimtinesnės nuostatos siejamos didesne savižudybės rizika (Renberg & Jacobsson, 2003) ir gali būti prediktorius savižudiškam elgesiui (Gibb et al., 2006). Teigiama, kad nuostatos turėtų būti analizuojamos neatsiejant nuo kultūros (Domino et al., 1982). Kalbant apie labiau priimtinesnes nuostatas šalyje, nurodoma, kad Lietuvoje nuostatas į savižudybes formavo ir istorinė praeitis (Gailienė, 2015; Knizek et al., 2008). Ištyrus didelę 19-os skirtingų grupių imtį Lietuvoje, gauta, kad bendrai vyrauja labiau smerkiančios nuostatos į savižudybę (Skruibis, 2008). Priimtimumo nuostatos reikšmė tiriama ne tik nagrinėjant asmens suicidiškumą, bet ir pagalbos teikimo procese. Minima, kad jeigu konsultantas turi stiprią priimtimumo nuostatą, tai gydymas gali būti ne toks griežtas ir savotiškai leidžiantis paciento savižudybei įvykti. Priešingu atveju, kai konsultantas turi silpnai išreikštą priimtimumo nuostatą, tas gali veikti komunikaciją su pacientu visai kita linkme, pvz. norės hospitalizuoti, nors galbūt dar nereikėtų ir t.t. (Beeson, 2014).
- Pasmerkimo nuostata yra apie tai, ar žmogus pateisina savižudybę, ar smerkia, ar bando suprasti suicidinį asmenį (Skruibis ir Klimaitė, 2010). Tyrimais nustatyta, kad silpnesnė



pasmerkimo nuostata, ypač jeigu stipriai išreikšta priimtino nuostata, siejama su aukštesniu suicidiškumu (Skruibis, 2008). Minima, kad kito žmogaus smerkimas, atstūmimas ir nesupratimas gali dar labiau pabloginti savižudybės krizėje esančio žmogaus būklę ir paskatinti suicidinį procesą (Eskin et al., 2016). Pasmerkimas taip pat nurodomas kaip kliūtis kreiptis pagalbos (Kleiman, Riskind, & Schaefer, 2014) kadangi žmogus bijo pasmerkimo, priekaištų (Skruibis, Dadašev ir Geležėlytė, 2015).

- Nenuspėjamumo nuostata apibrėžiama kaip požiūris, kad savižudybės nuspėti neįmanoma, o kalbėjimas apie ją – tik manipuliavimas ir kalbant apie savižudybę žmogus nenusižudys (Skruibis ir Klimaitė, 2010). Nagrinėjant šią nuostatą kartais ji yra prilyginama žinių komponentui, kadangi su ja susiję klausimai apie žinias, pavyzdžiui, ar žmogus, kuris grasina nusižudyti, retai nusižudo arba ar savižudybė įvyksta be perspėjimo ir t.t. (Kazlauskaitė, 2006). Tinkamos žinios nurodomas kaip vienas svarbesnių veiksnių siekiant tinkamai vykdyti savižudybių prevenciją (Skruibis, 2008). Tirti nuostatų pokyčiai po mokymų pirminėje specialistų grandyje ir gauta, kad mokymai galėjo prisidėti prie nenuspėjamumo nuostatos pokyčių (Kazlauskaitė, 2006). Kituose tyrimuose taip pat akcentuojama mokymų nauda keičiant žinias bei nuostatas (Ahmadani et al., 2014; van Landschoot et al., 2017)
- Nesikišimo nuostata kitaip gali būti įvardinama, kaip nuostata į savižudybių prevenciją (Skruibis ir kiti, 2008a). Tai plačiai nagrinėjama nuostata įvairiuose kontekstuose (Shannonhouse et al., 2017). Nuostatos į savižudybių prevenciją siejamos ir geresniais įgūdžiais (Scheerder et al., 2010). Tinkama nuostata į prevenciją labai svarbi ir mokymų kontekste (Skruibis, 2008; van Landschoot et al., 2017), priešingu atveju mokymai gali būti neefektyvūs (Skruibis, 2008). Dažnai nuostatų į prevenciją keitimas yra vienas iš mokymų savižudybių tematika tikslų (Shannonhouse et al., 2017).
- Vienatvė – požiūris, ar kad vienatvės jausmas gali būti priežastis atimti sau gyvybę (Skruibis ir Klimaitė, 2010). Vienatvės nuostatos išreikštumas siejamas su didesne suicidine rizika (Skruibis, 2008).

Apibendrinant, galima teigti, kad nuostatos yra platus, tačiau sunkiai tyrinėjamas konstruktas. Nepaisant to nuostatos į savižudybę siejasi su paties žmogaus suicidiškumu, bandymais žudyti. Ne mažiau svarbu tai, kad nuostatos svarbios nagrinėjant požiūriu į kitą žmogų bei pagalbos teikimo kontekste.

### 1.5.3. Sveikatos priežiūros specialistų nuostatos į savižudybę

Savižudybių prevencijos sėkmė gali priklausyti nuo įvairių sveikatos priežiūros profesionalų gebėjimų įvertinti savižudybės riziką bei sudaryti planą, tačiau turimos nuostatos į savižudybes ir prevenciją, taip pat gali turėti įtakos savižudybės rizikos nustatymui bei paciento suicidiškumo valdymo įgūdžiams (Brunero et al., 2008). Be žinių ir įgūdžių rinkinio, sveikatos profesionalų nuostatos gali būti svarbus veiksnys, determinuojantis sėkmingą atsaką į paciento suicidiškumą (Valente, Valente & Saunders, cit. iš Brunero et al., 2008). Sveikatos priežiūros specialistų nuostatos, kartu su žiniomis ir pasitikėjimu savo gebėjimais yra sudėtinga, tačiau reikšminga sąveika, lemianti paciento elgesį ir galinti turėti įtakos pacientų gydymo rezultatams ar net gyvybės išgelbėjimui (Boukouvalas et al., 2019). Kultūriniai ir moraliniai įsitikinimai apie savižudybes, perdėtai pesimistinis požiūris į savižudybių prevenciją ir dorojimąsi su savižudybėmis nurodomos kaip reikšmingos kliūtys pacientui atsiverti, o gydytojui pastebėti savižudybės riziką ir pasiteirauti paciento (Turecki & Brent, 2016). Taip pat nustatoma, kad suicidiniam asmeniui labai svarbus tinkamas jo priėmimas, jo palaikymas, socialinė parama (Kleiman et al., 2014), o netinkamos reakcijos, tokios kaip žmogaus smerkimas, stigmatizavimas yra kliūtis kreiptis pagalbos (Dadašev, Skruibis, Gailienė, Latakienė & Grižas, 2016). Todėl labai svarbu, kad besikreipiantis pas gydytoją žmogus nebūtų pasmerktas ir saugioje aplinkoje galėtų išdrįsti prašyti pagalbos. Pabrėžiama tinkamų nuostatų į savižudybių prevenciją reikšmė, kadangi tai gali turėti įtakos suicidinės rizikos įvertinime ir valdyme. Teigiama, kad neigiamos nuostatos į savižudybės prevenciją gali paskatinti specialistus nerimtai žiūrėti į rizikos vertinimą arba sukelti pasipriešinimą mokymams, galvojant, kad tai ne jų atsakomybė ir ne jų kompetencija ir t.t. (Herron, Ticehurst, Appleby, Perry, & Cordingley, 2001).

Nagrinęjant sveikatos priežiūros specialistų nuostatas į savižudybę, atlikta nemažai tyrimų tiriant slaugos personalą, šeimos gydytojus, skubios pagalbos specialistus, medicinos studentus ir psichikos sveikatos specialistus. Nustatoma, kad neigiamos nuostatos į bandymus žudyti gali apriboti galimybę spręsti problemas, kurios trikdo pacientą, o paciento atstūmimas gali dar labiau padidinti paciento suicidinę riziką (Wolk-Wasserman; Wingate, Joiner, Walker, Rudd, Jobes, cit. iš Grimholt, Haavet, Jacobsen, Sandvik, & Ekeberg, 2014). Nustatoma, kad psichikos sveikatos specialistų nuostatos į savižudybę yra labiau teigiamos nei šeimos gydytojų, skubios pagalbos gydytojų bei slaugytojų (Lygnugarytė-Grikšienė, 2020). Nurodoma, kad bendrosios praktikos gydytojai ir psichiatrinėje srityje dirbantys specialistai gydo žmones skirtinguose sveikatos priežiūros lygiuose, sutinka pacientus skirtingais suicidinio proceso etapais, pradedant mintimis apie savižudybę ir baigiant bandymais arba įvykdyta savižudybe. Gydytojai dažnai susiduria su krizinėse situacijose esančiais pacientais, po bandymo žudyti, kurie buvo bent trumpai gydyti

somatinėje ligoninėje. Nustatoma, kad psichiatrinėse skyriuose dirbantys daug dažniau susiduria su suicidiškais pacientais, tačiau jie turi ir daugiau apmokymų kaip vertinti riziką bei ją valdyti (Grimholt et al., 2014). Taip pat atlikti tyrimai rodo ir nuostatų skirtumus lyginant dirbančius psichikos sveikatos ir pirminėje sveikatos priežiūros sistemose. Randama, kad skiriasi pats savižudybės suvokimas, pvz. psichikos sveikatos srityje dirbantys turi labiau teigiamas nuostatas į savižudybę bei didesnę norą padėti, tinkamesnes nuostatas į prevenciją (Hawton, Marsack, Fagg, cit. iš Grimholt et al., 2014), negu skubios pagalbos ir šeimos gydytojų labiau neigiamos nuostatos nei psichiatrinės (Suokas, Suominen, & Lönnqvist, 2008). Kituose tyrimuose nustatoma, kad daugiau nei pusę šeimos gydytojų yra pasiruošę dirbti su savižudybės krizėje esančiu pacientu, tačiau tuo pat metu susidurta su jų nuomone, kad suicidiniai pacientai neišsako savo minčių bei ketinimų (Singh, Shalavadi, & Thyloth, 2017). Dažnai nuostatos tiriamos ir medicinos studentų imtyse, kadangi tai būsimi specialistai. Lyginant psichologijos ir medicinos studentus nustatyta, kad klaidingi įsitikinimai apie savižudybę yra labiau paplitę medikų imtyje, jų nuostatos į savižudybių prevenciją yra teigiamos (Skruibis, cit. iš Lygnugarytė-Grikšienė, 2020), kitur nustatoma, kad medicinos studentų nuostatos nedaug skiriasi nuo neprofesionalų (Skruibis, 2008). Kituose tyrimuose gaunama, kad medicinos studentai turi stipresnę savižudybės priimtumo nuostatą negu religijos studijų studentai (Mockus, cit. iš Kazlauskaitė, 2006).

Apibendrinant, nuostatos į savižudybę yra tyrinėjamos ir įvairių specialybių medikų imtyse, tačiau tyrimų rezultatai yra kontraversiški.

#### 1.5.4. Veiksniai besisiejantys su nuostatomis į savižudybę

Nuostatos gali būti glaudžiai susijusios su įvairiais veiksniais. Tyrimai nagrinėja įvairių profesinių ir asmeninių veiksnių reikšmę nuostatomis, įgūdžiams ir tinkamam reagavimui į suicidinį asmenį (Neimeyer et al., 2001). Dažniausiai nagrinėjami veiksniai yra lytis, amžius, šeiminė padėtis, profesinė patirtis, pasitikėjimas gebėjimais ir begalė kitų (Neimeyer et al., 2001).

- Vienas iš dažnesnių veiksnių – amžius. Tiriant bendrąją populiaciją gauti rezultatai pabrėžia, kad jauni žmonės labiau linkę tikėti, kad galima ir reikia gelbėti suicidinį asmenį. Galima teigti, kad jaunesni žmonės turi labiau teigiamas nuostatas į savižudybių prevenciją (Renberg & Jacobsson, 2003). Vyresnis amžius siejamas su labiau priimtinomis nuostatomis į savižudybę (Phillips & Luth, 2020), mažesniu savižudybės supratimu (aukštesniu smerkimu) (Renberg & Jacobsson, 2003). Kalbant apie amžių, pabrėžiamas kartų skirtumas (Cerel, Bolin, & Moore, 2013) ir tai, kad jaunesni žmonės linkę atviriau kalbėti savižudybės tema (Renberg & Jacobsson, 2003). Analizuojant šį kintamąjį medikų imtyje, gaunama, kad jaunesnio amžiaus tiriamieji reikšmingai geriau taikytų savižudybės intervenciją, lyginant su

vyresnio amžiaus tiriamaisiais, turi labiau teigiamas nuostatas į prevenciją (Leskauskas, Lygnugaryte-Griksiene, Jasinskas ir Masiukiene, 2016).

- Dar vienas iš svarbių veiksnių – savižudybių prevencijos mokymai. Nagrinėjant nuostatas, randama teigiama mokymų įtaka nuostatų pokyčiams (van Landschoot et al., 2017, Shannonhouse et al., 2017). Ištyrę skirtingas tikslines grupes mokslininkai mini, kad bent trumpi savižudybių prevencijos mokymai yra būtini visiems „vartininkams“ (dvasininkams, mokytojams, medikams) (Skruibis, 2008). Nagrinėjamos ir sveikatos priežiūros specialistų, dalyvavusių mokymuose savižudybių prevencijos srityje, nuostatos. Gauna, kad nuostatos į prevenciją yra statistiškai reikšmingai teigiamesnės nei nedalyvavusių (Brunero et al., 2008). Randamos sąsajos tarp mokymų ir aukštesnių intervencijos įgūdžių (Neimeyer et al., 2001). Nagrinėjant stigmatizavimą yra pabrėžiama daugialypė, įvairių lygmenų intervencija, kuria būtų mėginama keisti pamatines nuostatas kurios lemia savižudybės smerkimą, stereotipizavimą (Skruibis, Dadašev ir Geleželytė, 2015). Autoriai mini, kad nevertėtų pamiršti to fakto, kad vyraujančios visuomenėje nuostatos veikia ir sveikatos priežiūros specialistus – šeimos gydytojus, psichologus, greitosios pagalbos gydytojus, pareigūnus ir kitus, todėl pabrėžiamas tinkamas apmokymas ruošiant šiuos specialistus (Skruibis ir kiti, 2015). Minima, kad mokymai gali pakeisti ar pagerinti neigiamas nuostatas sveikatos priežiūros specialistų imtyse (Herron et al., 2001), pagrindžiamas mokymų efektyvumas ne psichikos sveikatos srityje dirbantiems specialistams (Brunero et al., 2008, Herron et al., 2001). Lietuvoje atlikto tyrimo su medicinos studentais duomenimis, gauta, kad po mokymų studentų nuostatos pagerėjo: sumažėjo savižudybės priimtumas, pagerėjo nuostatos į prevenciją (Petrauskaitė, cit. iš Kazlauskaitė, 2006). Kitame tyrime gauti panašūs rezultatai: studentų, išklaususių paskaitas apie savižudybes, požiūris į prevenciją ir suicidinį pacientą statistiškai reikšmingai geresnis negu tų, kurie tokių paskaitų neturėję (Sun, Long, & Boore, 2007). Pabrėžiama, kad gydytojai yra viena iš mažiausiai motyvuotų grupių savižudybių prevencijos vykdymui. Autoriai svarsto, kad to priežastis galėtų būti jausmas, kad esi nekompetentingas (Öncü, Soykan, Özgür & Sayil, 2008). Nepaisant mokymų svarbos, vis dar mažai kas žinoma apie mokymus ir jų efektyvumą sveikatos priežiūros specialistams (van Landschoot et al., 2017).
- Asmeninis susidūrimas su suicidiniu elgesiu – ne mažiau svarbus veiksnys nuostatų nagrinėjime (Beeson, 2014). Kiekviena savižudybė paveikia kito žmogaus, šeimos bei visuomenės gyvenimus (World Health Organization, 2014). Bandžiusio žudyti artimieji dažnai išgyvena daug stiprių emocijų, pavyzdžiui, gėdos jausmą, neigiamą vertinimą, baimę būti apkaltintam, kiti ir realiai susiduria su aplinkinių smerkimu (Skruibis ir kiti, 2015). Iš

vienos pusės jie gali smerkti patį artimąjį (Skrubis ir kiti, 2015), iš kitos – rūpintis, bandyti jį suprasti (Dadašev, 2017). Atliekamų tyrimų rezultatai rodo, kad žmonės, susidūrę su suicidiniu artimojo elgesiu patys turi labiau priimtinas nuostatas į savižudybę (Miliukaitė, cit. iš Kazlauskaitė, 2006), savižudybę labiau pateisina (Renberg & Jacobsson, 2003). Atliekant tyrimą su medicinos studentais, rasta, kad tų, kurie turėjo asmeninę patirtį susiduriant su savižudybe, nuostata į savižudybių prevenciją ir jos sėkmingumą nėra tokia teigiama, lyginant su tokios asmeninės patirties neturėjusiais asmenimis (Wallin & Runeson, 2003). Tačiau kitų tyrimų rezultatai rodo, kad žmonių, susidūrusių su šeimos narių, draugų ar kitų artimų žmonių bandymais žudyti nuostatos į savižudybių prevenciją yra labiau teigiamos, jie bando suprasti ir palaikyti artimąjį (mažiau smerkia) (Cerel et al, 2013; Garcia-Williams & McGee, 2016). Nėra vienprasmisškų rezultatų, kaip asmeninis susidūrimas su suicidiniu artimo žmogaus elgesiu siejasi su nuostatomis į savižudybę. Keliami prielaida, kad galbūt asmeninis susidūrimas veikia tik tam tikrus nuostatų į savižudybę aspektus (Beeson, 2014).

- Darbinė patirtis yra dažnai nagrinėjamas veiksnys. Tyrimų rezultatai rodo, kad turintys daugiau patirties dirbant su pacientais, svarstančiais apie savižudybę, turi labiau teigiamas nuostatas į prevenciją (Singh et al., 2017) ir apskritai į pacientą (Samuelsson, Asberg, & Gustavsson, 1997). Tačiau kiti tyrėjai gauna priešingus rezultatus, kad trumpesnę darbo patirtį turintys specialistai noriau taikė intervencijos įgūdžius, turėjo labiau teigiamas nuostatas į prevenciją (Leskaukas ir kiti, 2016). Taip pat rasta, kad su mažiau suicidinių pacientų susidūrę medikai turėjo labiau teigiamas nuostatas į juos ir pagalbą (Sun et al., 2007). Nagrinėjant šiuos prieštarigus rezultatus iškyla klausimas, kokia tai patirtis. Nustatyta, kad labiau patyrę specialistai turi labiau teigiamas nuostatas, tačiau jeigu dirba psichikos sveikatos srityje ir yra dalyvavę mokymuose, tačiau toks ryšys neaptinkamas nagrinėjant somatinio profilio gydytojus (Suokas et al., 2008; Ronald, 2010). Įvairi patirtis darbe su suicidiniais pacientais yra reikšminga nuostatomis, tačiau nėra aišku, kokius jų aspektus veikia (Beeson, 2014).

Apibendrinant galima teigti, kad nuostatos į savižudybę gali sietis su įvairiais asmeniniais ir profesiniais veiksniais. Nepaisant to, kad randamos įvairios sąsajos tarp atskirų veiksnių, nuostatos ir veiksniai turi būti nagrinėjami visumoje.

## 1.6. Tyrimo problema

Kadangi šeimos gydytojai yra tie specialistai, kurie dažnai yra pirmieji, su kuriais susiduria suicidinių minčių ir/ar ketinimų turintys žmonės (Leavey et al., 2017), jie užima svarbų vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje bei atlieka vartininko funkcijas atpažįstant depresiją ir savižudybės

krizę (Coppens et al., 2018). Pabrėžiama komunikacijos reikšmė tiek savižudybės ženklų atpažinime, tiek paciento priežiūros procese (McCabe et al., 2016), tad šitame procese svarbu nagrinėti jų turimas nuostatas ir žinias apie savižudybę, kad būtų laiku pastebėti ir nukreipti pagalbos suicidinę riziką turintys žmonės bei tokiu būdu išvengta mirties. Tačiau kyla problemų, kad šeimos gydytojai dažnai nėra tinkamai paruošti, turi netinkamas nuostatas į savižudybę arba negeba atpažinti savižudybės ženklų dėl žinių stokos (Coppens et al., 2018), todėl yra gan maži savižudybės rizikos fiksavimo ir nukreipimo pas psichikos sveikatos specialistą, skaičiai (Houston, Haw, Townsend, & Hawton, 2003). Savižudiškas elgesys rodo rimtas sveikatos problemas, todėl norint suteikti efektyvų gydymą, būtina, kad sveikatos priežiūros specialistai turėtų tinkamas nuostatas į savižudybę ir būtų apmokyti (Lygnugarytė-Grikšienė, 2020). Tinkamos nuostatos ir turimos žinios gali gydytojus padaryti budriais ir pasitikinčiais savimi dirbant su suicidiniu pacientu, todėl prevencija gali tapti įmanoma ir efektyvi (Rockwell & O'Brien, 1973; Luoma, Martin, & Pearson, 2002). Nustatyta nemažai veiksnių, kurie gali sietis su labiau tinkamomis ar netinkamomis nuostatomis, tačiau gaunami pakankamai prieštaringi rezultatai apie jų reikšmę nuostatoms į savižudybę. Dėl egzistuojančių skirtumų tarp skirtingų šalių sveikatos priežiūros sistemų, gydytojų mokymų programų bei atsižvelgiant bendrai į sociokultūrinius skirtumus, nuostatos į savižudybę turėtų būti nagrinėjamos būtent Lietuvos kontekste. Tačiau tokių tyrimų trūksta, kur šeimos gydytojų nuostatos bei patirtis būtų atskleidžiama atsižvelgus į šiuos skirtumus.

### 1.7. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

**Tyrimo tikslas:** ištirti šeimos gydytojų ir rezidentų nuostatas į savižudybę bei galimas sąsajas tarp specialistų nuostatų į savižudybę ir skirtingų profesinių bei asmeninių veiksnių.

#### **Tyrimo uždaviniai:**

1. Įvertinti specialistų nuostatas į savižudybę.
2. Palyginti šeimos gydytojų ir šeimos medicinos rezidentų nuostatas.
3. Analizuoti specialistų nuostatas į savižudybę atsižvelgiant į jų turimą asmeninę susidūrimo su savižudybe artimojoje aplinkoje patirtį.
4. Analizuoti specialistų nuostatas į savižudybę atsižvelgiant į jų turimą patirtį su suicidiniais pacientais darbe.
5. Palyginti specialistų nuostatas į savižudybę atsižvelgiant į turėtą mokymų savižudybės tematika patirtį.

## 2. METODIKA

### 2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimė dalyvavo pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje dirbantys šeimos gydytojai ir šeimos medicinos skirtingų metų rezidentai. Gydytojai ir rezidentai buvo kviečiami dalyvauti tyrime per šeimos gydytojus vienijančias organizacijas, keliose Vilniaus miesto poliklinikose bei per universitetų rezidentūros studijų įvairių kursų kontaktinius asmenis. Dalyvių atrankos būdas – netikimybinė tikslinė ir „sniego gniūžtės“. Pasirinkti tokie atrankos metodai atsižvelgiant į tyrimo tikslą, orientuojantis, kad imtis būtų sudaryta pagal tam tikrą bendrą kriterijų – šiuo atveju, kad visi tyrimo dalyviai būtų šeimos gydytojai arba tos medicinos krypties rezidentai. Pasitelktas „sniego gniūžtės“ atrankos būdas, kadangi siekta įtraukti kuo daugiau žmonių, tad potencialūs tyrimo dalyviai buvo ieškomi per jau tyrime dalyvaujančius gydytojus ir rezidentus.

Apklausą užpildė 91-as žmogus: 43 šeimos gydytojai ir 48 šeimos medicinos rezidentai. Dėl informuotame sutikime pažymėto nesutikimo dalyvauti tyrime, vienas tyrimo dalyvis buvo neįtrauktas į tolimesnius skaičiavimus. Galutinė imtis sudaryta iš 90-ties žmonių: 42-ių šeimos gydytojų ir 48-ių šeimos medicinos rezidentų. Detalesnės tyrimo dalyvių charakteristikos pateikiamos 1-oje lentelėje.

1 lentelė. Tyrimo dalyvių asmeninės ir profesinės charakteristikos.

|                             | Šeimos gydytojai | Šeimos medicinos rezidentai | Bendrai       |
|-----------------------------|------------------|-----------------------------|---------------|
| Dalyvių skaičius (%)        | 42 (46,7%)       | 48 (53,3%)                  | 90            |
| Moterų (%)                  | 40 (95,2%)       | 42 (87,5%)                  | 82 (91,1%)    |
| Vyrų (%)                    | 2 (4,8%)         | 6 (12,5%)                   | 8 (8,9%)      |
| Amžiaus vidurkis (SD)       | 45,54 (11,87)    | 26,67 (1,39)                | 35,36 (12,43) |
| <b>Gyvenamoji vieta:</b>    |                  |                             |               |
| <i>Didmiestis (%)</i>       | 37 (88,1%)       | 45 (93,8%)                  | 82 (91,1%)    |
| <i>Miestas (%)</i>          | 5 (11,9%)        | 1 (2,1%)                    | 6 (6,7%)      |
| <i>Kaimas (%)</i>           | -                | 2 (4,2%)                    | 2 (2,2%)      |
| <b>Darbo patirtis:</b>      |                  |                             |               |
| <i>Iki 1 metų</i>           | -                | 14 (29,2%)                  | 14 (15,6%)    |
| <i>1-5 metų</i>             | 10 (23,8%)       | 34 (70,8%)                  | 44 (48,9 %)   |
| <i>6-10 metų</i>            | 8 (19,0%)        | -                           | 8 (8,9%)      |
| <i>11-15 metų</i>           | 5 (11,9%)        | -                           | 5 (5,6%)      |
| <i>16-20 metų</i>           | 5 (11,9%)        | -                           | 5 (5,6 %)     |
| <i>daugiau negu 20 metų</i> | 14 (33,3%)       | -                           | 14 (15,6%)    |

**Susidūrimas su paciento:**

|                                     |            |            |            |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|
| <i>Mintimis apie savižudybę (%)</i> | 28 (66,7%) | 22 (45,8%) | 50 (55,6%) |
| <i>Ketiniu žudyti (%)</i>           | 22 (52,4%) | 13 (27,1%) | 35 (38,9%) |
| <i>Savižudybe (%)</i>               | 11 (26,2%) | 2 (4,2%)   | 13 (14,4%) |

**Dalyvavimas mokymuose:**

|                   |            |            |            |
|-------------------|------------|------------|------------|
| <i>Dalyvavo</i>   | 9 (21,4%)  | 14 (29,2%) | 23 (25,6%) |
| <i>Nedalyvavo</i> | 32 (76,2%) | 34 (70,8%) | 66 (73,3%) |
| <i>Nenurodė</i>   | 1 (2,4%)   | -          | 1 (1,1%)   |

*Pastaba.* SD – standartinis nuokrypis.

## 2.2. Tyrimo instrumentai

Tyrimė naudojamas instrumentas – **Nuostatų savižudybių atžvilgiu klausimynas** (Attitudes towards suicide, (ATTS), Renberg, E.S., ir Jacobsson, L., 2003), lietuviška versija ir psichometrinių charakteristikų tikrinimas – Skruibis, P., Gailienė, D. ir Labanauskaitė, L., 2008).

Klausimynas skirtas matuoti nuostatas į savižudybę (Renberg & Jacobsson, 2003). ATTS teiginiai apima tris skirtingus nuostatų komponentus (kognityvinį, emocinį ir elgesio) ir yra formuluojami ne tik apie žmones apskritai, bet ir pirmuoju asmeniu bei apie artimus žmones (Skruibis ir kiti, 2008a).

ATTS klausimyną sudaro 61 klausimas. Išskiriamos 5 atskiros dalys: 1) susidūrimas su savižudybės problema (3 klausimai); 2) nuostatos į savižudybes – pagrindinė klausimyno dalis (40 teiginių); 3) demografiniai duomenys (5 klausimai); 4) nusivylimas gyvenimu ir suicidiniai ketinimai (11 klausimų); 5) atviri klausimai apie savižudybių priežastis ir prevenciją (2 klausimai). Šiame tyrime naudojamos dvi dalys: susidūrimo su savižudybės problema ir pagrindinė klausimyno dalis – nuostatų į savižudybes. Toks pasirinkimas yra aptartas ir suderintas su metodikos autoriumi Lietuvoje ir formuojamas pagal tyrimo tikslą ir uždavinius. Susidūrimo su savižudybių problema dalyje yra pateikiami klausimai, turintys kelis atsakymo variantus („niekada“, „kažkada“, „dažnai“ ir „neturiu“), klausimo pavyzdys – „Ar kas nors iš žemiau išvardintų žmonių yra kalbėjęs apie savižudybę, planavęs nusižudyti arba grasinęs nusižudyti? Tėvas/motina, brolis/sesuo, vaikas, partneris, kiti giminaičiai, draugai, bendramoksliai/bendradarbiai“. Pagrindinę klausimyno dalį – nuostatas savižudybes atžvilgiu sudaro Likerto skalės teiginiai (Skruibis ir kiti, 2008a). Originalo autoriai išskiria 10 šio klausimyno faktorių (Renberg & Jacobsson, 2003), tačiau Lietuvoje atliktame psichometrinių charakteristikų tikrinimo tyrime buvo patvirtinta 5 faktorių struktūra (Skruibis ir kiti, 2008a), kuria ir bus remiamasi šiame tyrime. Lietuviškoje versijoje nuostatų dalies



klausimai sudaro 5 faktorius: Priimtino, Pasmerkimo, Nenuspėjamo, Nesikišimo bei Vienatvės (Skruibis ir kiti, 2008a). ATTS *Priimtino faktorius* atspindi požiūrį ar savižudybė yra apskritai priimtina, pateisinama (klausimo pvz. „Gali būti tokių situacijų, kur vienintelis priimtinas sprendimas yra savižudybė“). Faktorius sudarytas iš 8 klausimų, kuo jų vidurkis arčiau 5 – tuo labiau žmogus linkęs pritarti). *Pasmerkimo faktorius* parodo, kiek žmogus linkęs pateisinti savižudybę, kiek supranta kito apsisprendimą, taip pat polinkį smerkti savižudybę arba vengti kalbėti (pvz. „Savižudybė yra vienas iš blogiausių dalykų, kuriuos gali padaryti savo artimiesiems“). Faktorių sudaro 5 teiginiai, kuo didesnis vidurkis, tuo labiau žmogus linkęs smerkti ir nesuprasti savižudybės. Trečias faktorius – *Nenuspėjamas*. Parodo požiūrį į tai, kad neįmanoma nuspėti, jog žmogus ketina žudyti, o kalbos apie savižudybę tėra manipuliacija, o kalbant apie savižudybę žmogus iš tiesų nesižudys. Faktorių sudaro 3 klausimai, pvz. „Žmonės, kurie grasina nusižudyti, retai nusižudo“, kuo vidurkis arčiau 5, tuo labiau žmogus mano, kad savižudybės nuspėti nėra įmanoma. Ketvirtas klausimyno faktorius – *Nesikišimas*, kuris atspindi, kiek pats žmogus yra įsitraukęs bei pasirengęs padėti ar sulaikyti žmogų, ketinantį žudyti, t.y. faktorius nusakantis apie žmogaus vaidmenį savižudybių prevencijoje. Sudarytas iš 3 klausimų, pvz. „Jeigu kas nors nori atimti sau gyvybę, tai yra jo/jos paties/pačios reikalas ir kiti turėtų nesikišti“, kuo vidurkis arčiau 5, tuo labiau žmogus linkęs pritarti, kad geriau nesikišti.

Penktas faktorius – *Vienatvė*, kuris atskleidžia žmogaus požiūrį, ar vienatvės jausmas gali būti pakankama priežastis nusižudyti. Faktorius sudarytas iš 2 klausimų (pvz. „Vienatvė man galėtų būti priežastis atimti sau gyvybę“), kuo vidurkis arčiau 5, tuo žmogus linkęs pritarti, kad vienatvė gali prisidėti prie savižudybės (Skruibis ir kiti, 2008a; Skruibis ir Klimaitė, 2010).

Nuostatų dalies teiginiai vertinami 5-balų Likerto skale, kur 1 reiškia „visiškai nesutinku“, o 5 – „visiškai sutinku“. Vertinant rezultatus, skaičiuojami faktorių įverčiai, kurie gaunami sudėjus atitinkamo faktoriaus teiginių atsakymus ir padalinus iš jų skaičiaus. Nesikišimo faktorius turi du klausimus (12 ir 33), kurie yra apverčiami (Skruibis ir kiti, 2008a).

Nagrinėjant lietuviškos ATTS klausimyno versijos psichometrinės charakteristikas, gauta, kad ATTS klausimyno versija yra tinkama naudoti tyrimuose nepaisant tam tikrų mažesnių reikšmių (Skruibis ir kiti, 2008a). Instrumento validumas tikrintas atlikus faktorinę analizę. Gauta, kad klausimynas yra tinkamas ir gali būti naudojamas tyrimuose (Skruibis ir kiti, 2008a). Originalaus instrumento patikimumas skaičiuotas vidinio suderintumo metodu, Cronbach alpha siekia 0,60 ir yra nurodomas kaip pakankamas (Renberg & Jacobsson, 2003). Lietuviškos versijos viso instrumento bei atskirtų jo dalių patikimumas taip pat buvo skaičiuotas vidinio suderintumo būdu. Gauta, kad Cronbach alpha lygus 0,68 ir įvardinamas kaip tinkamas rodiklis (Skruibis ir kiti, 2008a). Taip pat tikrintas lietuviškos versijos atskirų klausimyną sudarančių faktorių patikimumas vidinio suderintumo metodu, penkių faktorių reikšmės svyruoja nuo 0,49 iki 0,85 (Skruibis ir kiti,

2008a). Viso instrumento ir atskirų jo dalių patikimumas vidinio suderintumo būdu skaičiuojamas ir šio tyrimo rėmuose. Šiame tyrime gauta, kad viso instrumento patikimumas lygus 0,66, kas laikoma tinkamu rodikliu (Pakalniškienė, 2012). Atskirų ATTS instrumento faktorių Cronbach alpha svyruoja nuo 0,46 iki 0,83. Detalesni viso instrumento ir atskirų jo faktorių Cronbach alpha pateikiami 2-oje lentelėje. Remiantis gautais rezultatais, galima teigti, kad visų faktorių patikimumo rodikliai yra tinkami, tačiau išsiskyrė ATTS Nesikišimo faktoriaus rodiklis – Cronbach alpha = 0,46, kuris nesiekia mažiausio rekomenduotino rodiklio (Pakalniškienė, 2012). Atsižvelgus į nepakankamą rodiklį, buvo identifikuotas klausimas, kuris mažiausiai dera su visais ir iš šios subskalės pašalintas. Gautas koreguotas Cronbach alpha rodiklis, kurio reikšmė lygi 0,63, kas gali būti laikomas tinkamu patikimumo rodikliu (Pakalniškienė, 2012).

*2 lentelė. ATTS klausimyno bei jį sudarančių faktorių vidinis suderintumas (Cronbach alpha).*

| Faktorius                | Lietuviškoje versijoje<br>(Skruibis ir kiti, 2008a) | Šiame tyrime |
|--------------------------|---|--------------|
| Priimtinumas             | 0,85  | 0,83         |
| Pasmerkimas              | 0,60  | 0,71         |
| Nenuspėjamumas           | 0,65  | 0,69         |
| Nesikišimas              | 0,52  | 0,46         |
| Nesikišimas (koreguotas) | -   | 0,63         |
| Vienatvė                 | 0,49  | 0,60         |
| Bendras instrumento      | 0,68  | 0,66         |

Norint surinkti demografinius duomenis ir kitą informaciją apie tyrimo dalyvius, sudaryta anketa (žr. 2 priedą). Buvo klausama apie specialistų turimą darbo patirtį šeimos medicinos srityje, apie susidūrimą su savižudybe ar jos rizika savo praktikoje: su suicidinių minčių, ketinimų turinčiais pacientais, su paciento savižudybe. Taip pat apie dalyvavimą mokymuose savižudybės tematika ir kiek valandų truko, rinkta demografinė informacija (amžius, lytis ir t.t). Iš atsakymų į anketos klausimus sudarytas susidūrimo su paciento savižudybe kintamasis (skaičiuojama susidūrimo suma, didesnė suma reiškia didesnę susidūrimą). Užduotas atviras klausimas apie gydytojų veiksmus savo praktikoje susidūrus su suicidiniu pacientu.

### 2.3. Tyrimo eiga

Atlikto tyrimo strategija – koreliacinis tyrimas. Duomenų rinkimas vyko 2020 metų sausio – balandžio mėnesiais. Planavimo etape pirmiausia buvo kreiptasi į instrumento autorių, gautas leidimas naudoti magistro tyrime bei aptartos naudojimo sąlygos, sukurta anketa ir internetinė apklausos forma. Planuojant tyrimo dalyvių paieškas – gauti prašymai įstaigoms dėl tyrimo atlikimo. Pirmiausiai kreiptasi į pirmines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų ir šeimos gydytojus bei rezidentus vienijančių organizacijų vadovus su prašymu atlikti tyrimą jų vadovaujamoje organizacijoje. Instrumentų pildymo forma – popierinė („popieriaus ir pieštuko“ metodu) ir internetinė. Jeigu tyrimas buvo vykdomas fiziškai, poliklinikoje, gavus vadovų leidimą atlikti tyrimą, šeimos gydytojai į tyrimą įtraukti per šeimos medicinos skyrių vedėjus, kurie padalino gydytojams vokus su popierinėmis anketomis ir pagalbos galimybių kontaktus. Tyrimo planavimo etape buvo suplanuota didesnė gydytojų imtis, tačiau dėl pandemijos ir paskelbto karantino poliklinikos, su kuriomis jau buvo suderinta ir leista atlikti tyrimą, buvo uždarytos. Taip pat dėl epidemiologinės situacijos nepavyko atsiimti atgal jau išdalintų anketų. Atliekant tyrimą, gydytojai anketas pildė patogiu jiems laiku, siekiant užtikrinti anonimiškumą, užpildžius – užklijuodavo voką, skyriaus vedėjai surinkdavo vokus ir užklijuotus perdavė tyrėjui. Jeigu tyrimas buvo vykdomas internetu (kai buvo kreipiamasi į šeimos gydytojus jungiančias organizacijas, rezidentus) – kartu su prašymu atlikti tyrimą, buvo nusiunčiama nuoroda į internetinę apklausos versiją, kuria vadovas pasidalino su organizacijos nariais. Šeimos medicinos rezidentai buvo renkami iš dviejų universitetų, vykdančių rezidentūros studijas: VU ir LSMU. Buvo kreiptasi į šių universitetų šeimos medicinos krypties skirtingų metų kontaktinius asmenis, kurie pasidalino nuoroda į internetinę apklausos versiją, tyrimas, tad rezidentai buvo apklausti internetu. Taip pat jau sudalyvavusių tyrime buvo prašoma pasidalinti nuoroda į tyrimą su savo kolegomis („sniego gniūžtės“ principu). Dėl klausimų apie tyrimą ar apklausą tyrimo dalyviai turėjo galimybę kreiptis į tyrėją elektroniniu paštu. Apklausoje pirmiausia pateikiamas informuotas sutikimas (žr. 1 priedą), vėliau susidūrimo su savižudybe dalis, po to – nuostatų į savižudybes dalis bei anketa. Apklausos trukmė – apie 10-15 minučių. Palyginus pildžiusius popierinę ir internetinę apklausos versijas, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp nuostatų nerasta ( $p < 0,05$ ).

### 2.4. Duomenų analizės metodai

Duomenų analizei atlikti naudota IBM SPSS Statistics programa, 26 versija. Skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkis, standartinis nuokrypis, minimalios, maksimalios reikšmės), skalių patikimumas vidinio suderintumo būdu (Cronbach alpha). Atliktas kintamųjų normalumo tikrinimas naudojant Kolmogorov-Smirnov kriterijų, remiantis histograma bei Q-Q grafiku. Gauta, kad Priimtimumo, Pasmerkimo ir Nenuspėjamumo skales galima laikyti normaliai pasiskirsčiusias,

tačiau likusios – Nesikišimo ir Vienatvės neatitinka normalumo kriterijų, tad buvo transformuotos pritaikius  $\lg_{10}$  ir  $\sqrt{\text{rt}}$  funkcijas. Tikrinimui, ar nuostatų komponentų vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi taikyta Blokuotų duomenų dispersinė analizė, skirtumams tarp grupių analizuoti naudotas Student-t kriterijus nepriklausomoms imtims, ranginiams ar nenormaliai pasiskirsčiusiems – Mann-Whitney kriterijus, trijų grupių palyginimui ranginiams duomenims – Kruskall Wallis kriterijus. Ryšiai tarp kintamųjų nustatyti naudojantis Pearson ar Spearman koreliacijos kriterijumi (ranginių duomenų analizei). Grupių proporcijoms tikrinti naudotas Chi-kvadratas suderinamumui.

### 3. REZULTATAI

#### 3.1. Šeimos medicinos specialistų nuostatos į savižudybes

Siekiant įgyvendinti 1-ą uždavinį ir įvertinti tyrimo dalyvių nuostatas į savižudybes, apskaičiuoti ATTS klausimyno penkių skirtingų faktorių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, minimalios bei maksimalios reikšmės. Įmanomos faktoriaus vidurkio reikšmės nuo 1 iki 5. Didesnis skaičius (vidurkis) reiškia tai, kad labiau sutinkama su to faktoriaus teiginiais. Gauti rezultatai vaizduojami 3-oje lentelėje.

3 lentelė. *ATTS skirtingų faktorių vidurkis, standartinis nuokrypis, minimalios ir maksimalios reikšmės.*

| ATTS faktorius | M (SD)      | Min. reikšmė | Max. reikšmė |
|----------------|-------------|--------------|--------------|
| Priimtinumumas | 2,73 (0,72) | 1,13         | 4,75         |
| Pasmerkimas    | 2,87 (0,74) | 1,40         | 4,60         |
| Nenuspėjamumas | 2,34 (0,70) | 1,00         | 4,00         |
| Nesikišimas    | 1,62 (0,59) | 1,00         | 3,00         |
| Vienatvė       | 2,50 (0,91) | 1,00         | 5,00         |

*Pastaba.* ATTS – Nuostatų savižudybės atžvilgiu klausimynas, *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis, min. – minimali reikšmė, max. – maksimali reikšmė.

Didžiausias vidurkis yra ATTS Pasmerkimo faktoriaus ( $M = 2,87$ ,  $SD = 0,74$ ), kas reiškia, kad šio faktoriaus teiginiais tyrimo dalyviai pritarė labiausiai ir tai, kad linkę labiau smerkti ir nesuprasti savižudybės, o mažiausias pritarimas ir vidurkis – ATTS Nesikišimo faktoriaus teiginiais, kas parodo, kad specialistai nėra linkę pritarti nesikišimui ir veiksmų nesiėmimui savižudybės atveju ir tam, kad prevencija yra neįmanoma. Siekiant patikrinti, ar yra statistiškai reikšmingų skirtumų įvairių nuostatų išreikštume, atlikta Blokuotų duomenų dispersinė analizė su Bonferroni kriterijumi. Gauti statistiškai reikšmingai skirtumai tarp penkių nuostatų komponentų vidurkių ( $p < 0,001$ ), kas reiškia, kad ne visos nuostatos yra vienodai išreikštos. Rasti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp ATTS Nesikišimo ir visų kitų nuostatų komponentų. Nesikišimo faktoriaus vidurkis yra žemiausias, tad galima teigti, kad nuostata nesikišti savižudybės atveju šioje

imtyje yra mažiausiai išreikšta. Taip pat randami skirtumai tarp Priimtino ir Nenuspėjamo bei Pasmerkimo ir Nenuspėjamo. Detalesni rezultatai ir skirtumai tarp nuostatų komponentų pateikiami 4-oje lentelėje.

4 lentelė. *Penkių nuostatų komponentų skirtumai.*

| ATTS faktorius | M (SD)      | Wilks`<br>Lambda | F     | p       | Reikšmingi skirtumai tarp<br>faktorijų |
|----------------|-------------|------------------|-------|---------|--|
| Priimtinas     | 2,73 (0,72) |                  |       |         | 1 > 3, 1 > 4                           |
| Pasmerkimas    | 2,87 (0,74) |                  |       |         | 2 > 3, 2 > 4                           |
| Nenuspėjamas   | 2,34 (0,70) | 0,209            | 81,41 | < 0,001 | 3 < 1, 3 < 2, 3 > 4                    |
| Nesikišimas    | 1,62 (0,59) |                  |       |         | 4 < 1, 4 < 2,<br>4 < 3, 4 < 5          |
| Vienatvė       | 2,50 (0,91) |                  |       |         | 5 > 4                                  |

*Pastaba.* ATTS – Nuostatų savižudybės atžvilgiu klausimynas, M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, F – Fisher testo koeficientas, p – reikšmingumo lygmuo.

### 3.2. Šeimos gydytojų ir šeimos medicinos rezidentų nuostatos į savižudybes

Pirmiausia ieškota skirtumų tarp šeimos gydytojų ir rezidentų darbo patirties bei amžiaus. Taikytas Mann-Whitney kriterijus. Gauti statistiškai reikšmingi skirtumai lyginant gydytojus ( $M = 45,54$ ,  $SD = 11,87$ ) ir rezidentus ( $M = 26,67$ ,  $SD = 1,39$ ) pagal amžių ( $U = 23,00$ ,  $Z = 7,94$ ,  $p < 0,001$ ), taip pat lyginant gydytojus (vidurkinis rangas = 65,45) ir rezidentus (vidurkinis rangas = 28,04) pagal darbo patirtį ( $U = 170,00$ ,  $Z = -7,25$ ,  $p < 0,001$ ). Gydytojai yra statistiškai reikšmingai vyresni negu rezidentai, taip pat turintys daugiau patirties.

Įgyvendinant 2-ą tyrimo uždavinį buvo lyginti skirtingą patirtį turinčių specialistų: šeimos gydytojų ir šeimos medicinos rezidentų įvairūs nuostatų į savižudybes komponentai. Taikytas Nepriklausomų imčių Student t-testas. Rezultatai pateikiami 5-oje lentelėje.

5 lentelė. Šeimos gydytojų ir šeimos medicinos rezidentų nuostatų į savižudybę palyginimas.

| Faktorius    | Šeimos gydytojai<br>(n = 42) |           | Šeimos medicinos<br>rezidentai (n = 48) |           | t       | df | p            |
|--------------|------------------------------|-----------|---|-----------|---------|----|--------------|
|              | M (SD)                       | Min./Max. | M (SD)                                  | Min./Max. |         |    |              |
| Priimtinumai | 2,57<br>(0,71)               | 1,25/4,38 | 2,87<br>(0,71)                          | 1,13/4,75 | 1,993   | 88 | <b>0,049</b> |
| Pasmerkimas  | 3,20<br>(0,70)               | 1,60/4,60 | 2,58<br>(0,67)                          | 1,40/4,00 | - 4,244 | 88 | <b>0,000</b> |
| Nenuspėjumai | 2,63<br>(0,71)               | 1,00/4,00 | 2,08<br>(0,58)                          | 1,00/3,33 | - 4,107 | 88 | <b>0,000</b> |
| Nesikišimas  | 1,69<br>(0,52)               | 1,00/3,00 | 1,56<br>(0,52)                          | 1,00/3,00 | - 1,021 | 88 | 0,310        |
| Vienatvė     | 2,36<br>(0,86)               | 1,00/4,50 | 2,63<br>(0,94)                          | 1,00/5,00 | 1,331   | 88 | 0,187        |

*Pastaba.* M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, min – minimali reikšmė, max – maksimali reikšmė, t – t testo koeficientas, df – laisvės laipsniai, p – reikšmingumo lygmuo. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Gauta, kad gydytojai ir rezidentai statistiškai reikšmingai skiriasi pagal ATTS Priimtimumo, ATTS Pasmerkimo ir ATTS Nenuspėjumumo faktorius ( $p < 0,05$ ). Didesnis savižudybės priimtumas būdingas rezidentams, o labiau smerkiančios nuostatos į savižudybes bei nuostata, kad savižudybės nuspėti negalima statistiškai reikšmingai labiau būdingos šeimos gydytojams negu tos krypties rezidentams. Tarp kitų nuostatų komponentų statistiškai reikšmingi skirtumai neišryškėjo ( $p > 0,05$ ).

Buvo ieškoma sąsajų tarp tyrimo dalyvių amžiaus ir skirtingų nuostatų komponentų. Taip pat tarp dalyvių darbo patirties trukmės ir skirtingų nuostatų. Taikytas Spearman koreliacijos kriterijus. Rezultatai pateikiami 6-oje lentelėje.

6 lentelė. Demografinių kintamųjų ir skirtingų nuostatų komponentų sąsajos.

| ATTS faktorius | Amžius   | Darbo patirtis |
|----------------|----------|----------------|
| Priimtino      | - 0,269* | - 0,208*       |
| Pasmerkimo     | 0,463**  | 0,439**        |
| Nenuspėjamo    | 0,421**  | 0,323**        |
| Nesikišimo     | 0,067    | 0,042          |
| Vienatvės      | - 0,124  | - 0,062        |

Pastaba. \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ ; ATTS – Nuostatų savižudybės atžvilgiu klausimynas.

Gauta neigiama silpna koreliacija tarp amžiaus ir ATTS Priimtino faktoriaus ( $r_s = - 0,269$ ,  $p < 0,05$ ), kas reikštų, kad kuo didesnis amžius, tuo labiau manoma, kad savižudybė nėra priimtinas elgesio būdas. Taip pat pastebimas vidutinio stiprumo teigiamas ryšys tarp ATTS Pasmerkimo faktoriaus ir tyrimo dalyvio amžiaus ( $r_s = 0,463$ ,  $p < 0,001$ ). Didėjant amžiui, didėja savižudybės smerkimas, mažiau linkstama suprasti kito apsisprendimą nusižudyti. Dar viena teigiama vidutinio stiprumo koreliacija gauta tarp amžiaus ir ATTS Nenuspėjamo faktoriaus ( $r_s = 0,421$ ,  $p < 0,001$ ). Kuo vyresnis žmogus, tuo labiau linkęs manyti, kad savižudybė yra nenuspėjamas veiksmas. Analizuojant sąsajas tarp darbo patirties ir nuostatų, gauta neigiama silpna koreliacija tarp darbo patirties ir ATTS Priimtino faktoriaus ( $r_s = - 0,208$ ,  $p < 0,05$ ), kas reikštų, kad kuo ilgiau dirbama, tuo mažėja nuostata, kad savižudybė yra priimtinas elgesio būdas. Vidutinio stiprumo teigiamas ryšys rastas tarp ATTS Pasmerkimo faktoriaus ir darbo patirties ( $r_s = 0,439$ ,  $p < 0,001$ ): kuo ilgiau dirbama, tuo labiau savižudybė smerkiama. Teigiama vidutinio stiprumo koreliacija gauta tarp darbo patirties ir ATTS Nenuspėjamo faktoriaus ( $r_s = 0,323$ ,  $p < 0,001$ ) – kuo ilgiau dirbama, tuo labiau manoma, kad savižudybė negali būti nuspėjama. Gautos panašios koreliacijos tarp amžiaus ir tam tikrų nuostatų komponentų bei darbinės patirties ir tų pačių nuostatų galėtų būti paaiškinamos ir tuo, kad egzistuoja labai stipri koreliacija tarp amžiaus ir darbo patirties ( $r_s = 0,904$ ,  $p < 0,001$ ).

### 3.3. Šeimos medicinos specialistų patirtis su savižudybe asmeniniame gyvenime ir jų nuostatos į savižudybes

Siekiant įgyvendinti 3-ą uždavinį, analizuota specialistų patirtis susiduriant su savižudybe savo artimoje aplinkoje. Visų pirma, buvo klausta, kas iš aštuonių pateikiamų žmonių (pvz. šeimos



narių, giminaičių, draugų ir pan.) yra kalbėję apie savižudybę, mėginę žudyti, šiuo metu galvoja bei kas yra nusižudęs. Atsakymai „kartais“ ir „dažnai“ buvo sujungiami į vieną ir laikomi kaip susidūrimas. Tokiu būdu sukurtas dichotominis kintamasis (susidūręs/ne), suskaičiuojama, kiek žmonių taikomas. Vėliau patirtis grupuojama ir apibendrinama – išskirtos keturios kategorijos: specialistas artimoje aplinkoje susidūręs su kalbėjimu apie savižudybę, dabartinėmis mintimis apie savižudybę, mėginimu žudyti bei artimojo asmens nusižudymu. Jeigu tyrimo dalyvis nurodė bent vieną žmogų, buvo laikoma, kad su tuo aspektu yra susidūręs. Suskaičiuota, kiek tyrimo dalyvių savo artimoje aplinkoje susidūrę su kalbėjimu apie savižudybę, dabartinėmis mintimis apie savižudybę, mėginimu žudyti ir savižudybę. Rezultatai pateikiami 7-oje lentelėje.

7 lentelė. *Specialistų susidūrimas su savižudybes tema artimoje aplinkoje.*

|             | Kalbėjimas<br>(%) | Mėginimas<br>(%) | Dabartinės mintys<br>(%) | Savižudybė<br>(%) |
|-------------|-------------------|------------------|--------------------------|-------------------|
| Susidūręs   | 46 (51,1)         | 47 (52,2)        | 12 (13,3)                | 45 (50,0)         |
| Nesusidūręs | 25 (27,8)         | 28 (31,1)        | 72 (80,0)                | 35 (38,9)         |
| Nenurodė    | 19 (21,1)         | 15 (16,7)        | 6 (6,7)                  | 10 (11,1)         |

Siekiant plačiau analizuoti specialistų patirtį su savižudybe savo asmeniniame gyvenime, keltas klausimas, ar tyrimo dalyviai vienodai dažnai susidūrė su kalbėjimu, mintimis apie savižudybę, mėginimu žudyti ir nusižudymu. Tam tikslui realizuoti naudotas Chi kvadrato suderinamumo kriterijus. Gauti statistiškai reikšmingi skirtumai ( $\chi^2 = 23,17$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,001$ ), kas reiškia, kad ne su visomis suicidinio elgesio apraiškomis vienodai dažnai susidurta. Daugiausia tyrimo dalyviai artimoje aplinkoje susidūrė su kalbėjimu, mėginimu žudyti bei savižudybe, mažiausiai nurodė, kad šiuo metu jų artimas ar pažįstamas turi suicidinių minčių. Su kalbėjimu, mėginimu ir savižudybe susidūrė vienodai ( $\chi^2 = 0,04$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,978$ ).

Ieškoma sąsajų tarp skirtingų nuostatų ir įvairių suicidinio elgesio pasireiškimo kategorijų, su kuriomis yra susidūrę tyrimo dalyviai, taikytas Spearman koreliacijos kriterijus. Gauti rezultatai pavaizduoti 8-oje lentelėje.

8 lentelė. Nuostatų į savižudybę ir suicidiško elgesio tipų sąsajos.

| ATTS faktorius | Kalbėjimas | Mėginimas | Dabartinės mintys | Savižudybė | Bendras |
|----------------|------------|-----------|-------------------|------------|---------|
| Priimtinumas   | 0,000      | 0,008     | - 0,026           | - 0,133    | -0,032  |
| Pasmerkimas    | - 0,199    | - 0,237 * | - 0,030           | - 0,141    | - 0,163 |
| Nenuspėjamumas | - 0,164    | - 0,147   | - 0,150           | 0,019      | 0,111   |
| Nesikišimas    | - 0,051    | 0,037     | - 0,125           | - 0,053    | 0,027   |
| Vienatvė       | 0,053      | 0,126     | 0,006             | 0,069      | 0,116   |

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; ATTS – Nuostatų savižudybės atžvilgiu klausimynas.

Apskaičiavus koreliacijas gautas vienas statistiškai reikšmingas silpnas neigiamas ryšys tarp ATTS Pasmerkimo ir susidūrimo su mėginimais žudytis asmeninėje aplinkoje ( $r_s = - 0,237$ ,  $p < 0,05$ ), kas reiškia, kad kuo daugiau žmogus susidūręs su artimų jam žmonių mėginimais žudytis, tuo mažiau linkęs smerkti ir nesuprasti savižudybės.

Detaliau analizuojama tyrimo dalyvių patirtis atsižvelgiant ne tik į tai, ar buvo susidurta su įvairiais suicidiškumo komponentais artimojoje aplinkoje, bet ir jų dažnumu. Skaičiuotas bendras susidūrimo rodiklis, kuris sudarytas sudėjus keturias suicidinio elgesio grupes. Rodiklis gali svyruoti nuo 0 (kai niekas iš klausimuose išvardintų žmonių nėra nei kalbėjęs, nei mėginęs žudytis, nei turintis minčių apie savižudybę dabar, nei nusižudęs) iki 24 (kai žmogus maksimaliai susidūręs). Remiantis tuo rodikliu ir jo aprašomąja statistika šioje imtyje, sudarytos 3 grupės. Į pirmą grupę pateko tie, kurie nurodė, kad nėra susidūrę nei su kalbėjimu, nei su mėginimu, nei su mintimis apie savižudybę bei su pačia savižudybe (0 balų). Tokių žmonių buvo 11 (12,22 proc.). Į antrą grupę pateko tie specialistai, kurie asmeniniame gyvenime su savižudybes tema susidūrė vidutiniškai (surinkę nuo 1 iki 7 balų). Tai didžiausia grupė, kurioje 45 žmonės (50 proc.). Trečioje grupėje yra žmonės, kurie labai daug susidūrę su savižudybe asmeniniame gyvenime (nuo 8 iki 14 balų), tokių asmenų – 8 (8,89 proc.). Apie likusių 26 (28,89) žmonių bendrą patirtį artimoje aplinkoje nežinoma, kadangi jie tokios informacijos nepateikė. Analizuojami penki nuostatų komponentai atsižvelgiant į išskirtas tris grupes pagal asmeninio susidūrimo dažnumą. Tam tikslui realizuoti taikytas Kruskall-Wallis kriterijus, kadangi duomenys neatitiko parametrinei statistikai keliamų naudojimo reikalavimų. Rezultatai pateikiami 9-oje lentelėje.

9 lentelė. Nuostatų į savižudybę palyginimas pagal susidūrimo dažnumą asmeniniame gyvenime.

| ATTS faktoriai | Nesusidūrę<br>(n = 11) | Vidutiniškai<br>susidūrę<br>(n = 45) | Daug susidūrę<br>(n = 8) | $\chi^2$ | df | p     |
|----------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------|----|-------|
|                | Vidurkis (SD)          | Vidurkis (SD)                        | Vidurkis (SD)            |          |    |       |
| Priimtinumai   | 2,72 (0,68)            | 2,74 (0,87)                          | 2,55 (0,63)              | 0,101    | 2  | 0,951 |
| Pasmerkimas    | 3,29 (0,80)            | 2,75 (0,74)                          | 2,60 (0,59)              | 4,391    | 2  | 0,111 |
| Nenuspėjamumas | 2,48 (0,77)            | 2,24 (0,67)                          | 2,04 (0,74)              | 1,556    | 2  | 0,459 |
| Nesikišimas    | 1,50 (0,59)            | 1,57 (0,61)                          | 1,56 (0,50)              | 0,149    | 2  | 0,928 |
| Vienatvė       | 1,95 (0,57)            | 2,57 (1,07)                          | 2,19 (0,59)              | 3,1920   | 2  | 0,203 |

*Pastaba.* ATTS – Nuostatų savižudybės atžvilgiu klausimynas. *SD* – standartinis nuokrypis,  $\chi^2$  - chi kvadratu, *df* – laisvės laipsnis, *p* – reikšmingumo lygmuo.

Gauta, kad nėra statistiškai reikšmingų skirtumų lyginant nuostatų komponentus nesusidūrusių, šiek tiek susidūrusių ir labai daug su savižudybe asmeniniame gyvenime susidūrusių specialistų ( $p > 0,05$ ).

### 3.4. Šeimos medicinos specialistų susidūrimas su suicidiškais pacientais ir jų nuostatos į savižudybes

Igyvendinant 4-ą uždavinį nagrinėta specialistų patirtis susiduriant su savižudybėmis savo praktiniame darbe. Specialistams buvo užduoti 3 klausimai apie jų patirtį, išskiriant susidūrimą su paciento mintimis apie savižudybę, ketinimais ir bandymu žudyti bei susidūrimu su įvykusia paciento savižudybe bei skaičiuotas bendras susidūrimas su suicidiniu pacientu (sudedant atskirus susidūrimo elementus). Išnagrinėjus atsakymus į klausimus gauta, kad bent su vienu iš šių reiškinių (paciento mintimis, ketinimais ar savižudybe) darbe su žmonėmis yra susidūrę 55 specialistai (61,11 proc.). 50 specialistų (55,56 proc.) nurodė, kad yra susidūrę su paciento mintimis apie savižudybę, 35 (38,89 proc.) – su ketinimu žudyti, 13 (14,44 proc.) yra patyrę paciento savižudybę.

Keliant klausimą, ar vienodai dažnai specialistai susidūrė su skirtingu suicidinio elgesio tipu, pritaikytas Chi kvadrato suderinamumo kriterijus. Gauta, kad tirtoje imtyje bendrai specialistai statistiškai reikšmingai nevienodai dažnai susidūrė su įvairiais pacientų išsakomais suicidinio elgesio tipais ( $\chi^2 = 21,20$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$ ). Dažniausiai specialistai susidūrė su paciento mintimis apie savižudybę, mažiausiai – su savižudybe. Tarp susidūrimo su paciento mintimis ir ketinimais žudytis dažnumo statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ( $\chi^2 = 2,65$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,104$ ).

Kadangi gydytojai ir rezidentai turi skirtingai patirties, tikrintas susidūrimo dažnumas su skirtingomis suicidinio elgesio pasireiškimu tarp šių dviejų grupių. Pritaikius Chi kvadrato suderinamumo kriterijų gauta, kad gydytojų ir rezidentų susidūrimas su paciento mintimis apie savižudybę statistiškai reikšmingai nesiskiria ( $\chi^2 = 0,72$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,396$ ), kaip ir su susidūrimas su ketinimais ( $\chi^2 = 2,31$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,128$ ). Lyginant gydytojus ir rezidentus, gauti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp susidūrimo su paciento savižudybe dažnumo ( $\chi^2 = 6,23$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,013$ ), kas reiškia, kad gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau susidūrė su paciento nusižudymu negu rezidentai.

10 lentelė. *Susidūrusių ir nesusidūrusių su suicidiniu pacientu nuostatų į savižudybę palyginimas.*

| Faktorius      | Darbe susidūrę<br>(n = 54) | Darbe nesusidūrę<br>(n = 36) | t       | df | p     |
|----------------|----------------------------|------------------------------|---------|----|-------|
|                | M (SD)                     | M (SD)                       |         |    |       |
| Priimtinumas   | 2,72 (0,75)                | 2,74 (0,69)                  | 0,097   | 88 | 0,927 |
| Pasmerkimas    | 2,98 (0,74)                | 2,70 (0,73)                  | - 1,778 | 88 | 0,079 |
| Nenuspėjamumas | 2,35 (0,67)                | 2,31 (0,75)                  | - 0,245 | 88 | 0,807 |
| Nesikišimas    | 1,56 (0,57)                | 1,72 (0,60)                  | 1,329   | 88 | 0,187 |
| Vienatvė       | 2,52 (0,93)                | 2,47 (0,89)                  | - 0,151 | 88 | 0,880 |

*Pastaba.* M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, min. – minimali reikšmė, max. – maksimali reikšmė, t – t testo koeficientas, df – laisvės laipsniai, p – reikšmingumo lygmuo. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Nagrinėti skirtingi nuostatų komponentai lyginant pagal dvi grupes: ar specialistas yra darbe susidūręs su bent vienu suicidinio elgesio tipu (paciento mintimis apie savižudybę, ketinimais žudytis ar savižudybe), ar nėra susidūręs su jokia. Taikytas Nepriklausomų imčių Student t-testas.

Rezultatai vaizduojami 10-oje lentelėje. Palyginus penkis nuostatų komponentas, susidūrusių ir nesusidūrusių grupėje statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ( $p > 0,05$ ).

Siekta nustatyti ryšį tarp susidūrimo dažnumo su savižudybes tema darbe ir skirtingais nuostatų komponentais. Taikytas Spearman koreliacijos kriterijus. Gauti rezultatai pristatomi 11-oje lentelėje.

11 lentelė. *Susidūrimo dažnumo darbe ir nuostatų komponentų sąsajos.*

| ATTS faktorius | Susidūrimas darbe |
|----------------|-------------------|
| Priimtinumas   | 0,064             |
| Pasmerkimas    | 0,222 *           |
| Nenuspėjamumas | 0,128             |
| Nesikišimas    | - 0,027           |
| Vienatvė       | 0,052             |

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; ATTS – Nuostatų savižudybės atžvilgiu klausimynas.

Gauta statistiškai reikšminga teigiama silpna sąsaja tarp susidūrimo darbe su savižudišku pacientu dažnumo ir ATTS Pasmerkimo faktoriaus ( $rs = 0,222$ ,  $p < 0,05$ ). Rezultatas reiškia, kad kuo daugiau specialistas susidūręs su įvairaus suicidinio elgesio tipais darbe, tuo stipresnė yra smerkimo nuostata.

Nagrinėta šeimos medicinos specialistų patirtis susidūrus su pacientu, kuris išsako mintis apie savižudybę, ketinimus žudyti ar susidūrimas su paciento savižudybe darbe. Užduotas atviras klausimas, kuriuo siekta patyrinti specialistų veiksmus vizito metu pacientui išsakius suicidines mintis, ketinimus žudyti arba veiksmus susidūrus jau su paciento savižudybe. Išskirti pagrindiniai veiksmai, kurių specialistai ėmėsi, susidūrę su paciento suicidiškumu. Dažniausiai tai buvo pokalbis apie paciento suicidiškumą ir pagalbą (nurodė 33 specialistų, 60 proc.) bei nukreipimas specializuotos pagalbos (34 žmonių, 61,81 proc.). Analizuojant veiksmus detaliau, išryškėjo, kad pokalbio metu, kaip nurodė 11 (33,33 proc.) specialistų, jie aiškinosi, ar pacientas turi rimtų ketinimų, planų žudyti, 9 (27,27 proc.) nurodė, kad aiškinosi priežastis, kas žmogų paskatino galvoti apie savižudybę, 9 (27,27 proc.) paminėjo, kad informavo pacientą apie galimus pagalbos būdus, aptarė su juo gydymosi galimybes ir galimą veiksmo planą, 7 (21,21 proc.) nurodė, kad išklause, kokios problemos pacientą kamuoja, kaip pacientas jaučiasi bei 4 (12,12 proc.), kurie nurodė, kad bandė surasti teigiamų dalykų gyvenime, bandė kelti nuotaiką bei įtikinti pacientą, kad verta gyventi. Nagrinėjant nukreipimo specializuotos pagalbos konstrukta detaliau, 9 (26,47 proc.)

specialistai nurodė, kad pacientui pasiūlė apsilankyti pas psichikos sveikatos specialistą, 15 (44,12 proc.) išrašė siuntimą ir paskatino kreiptis, 4 (11,76 proc.) paminėjo, kad išrašė siuntimą bei nuvedė pas specialistą ir 5 (14,71 proc.), kurie nurodė, kad nukreipė priverstinei psichiatro konsultacijai ir hospitalizacijai. Tarp paminėtų nukreipimų pas psichikos sveikatos specialistus, dažniausiai šeimos medicinos specialistai siuntė pagalbos pas psichiatrą (21 siuntimai), keli psichologo konsultacijai (3 nusiuntimai) ir psichoterapijai (2 nusiuntimai). Iš retesnių veiksmų, kurių ėmėsi specialistai, susidūrę su paciento suicidiškumu yra tokie: 3 žmonės nurodė, kad pacientą teko sulaikyti fiziškai, 1 specialistas išrašė antidepresantus ir 1 perspėjo paciento šeimos narius. Nagrinėjant specialistų veiksmus, kurie susidūrė su paciento savižudybe, dažniausiai jie nurodė, kad permąstė, kokius savižudybės ženklus nepastebėjo (3 žmonės), 2 nurodė, kad paciento savižudybė buvo netikėta, kadangi prieš tai žmogus neišsakė minčių, ketinimų ar planų, 1 specialistas paminėjo, kad susidūrus su paciento savižudybe reikėjo suteikti paramą jo artimiesiems.

### 3.5. Šeimos medicinos specialistų dalyvavimas mokymuose ir jų nuostatos į savižudybes

Norint palyginti dalyvavusių ir nedalyvavusių mokymuose savižudybių prevencijos tematika nuostatas, pritaikytas Nepriklausomų imčių Student t-testas. Rezultatai pateikiami 12-oje lentelėje.

12 lentelė. *Dalyvavusių ir nedalyvavusių mokymuose specialistų nuostatų palyginimas.*

| Faktorius      | Dalyvavę    | Nedalyvavę  | t       | df | p            |
|----------------|-------------|-------------|---------|----|--------------|
|                | (n = 23)    | (n = 66)    |         |    |              |
|                | M (SD)      | M (SD)      |         |    |              |
| Priimtinumas   | 2,63 (0,80) | 2,77 (0,70) | - 0,842 | 87 | 0,402        |
| Pasmerkimas    | 2,72 (0,77) | 2,90 (0,73) | - 1,013 | 87 | 0,314        |
| Nenuspėjamumas | 2,01 (0,72) | 2,43 (0,66) | - 2,576 | 87 | <b>0,012</b> |
| Nesikišimas    | 1,59 (0,49) | 1,83 (0,52) | - 2,032 | 87 | <b>0,045</b> |
| Vienatvė       | 2,54 (1,07) | 2,48 (0,86) | 0,065   | 87 | 0,948        |

*Pastaba.* M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, min – minimali reikšmė, max – maksimali reikšmė, U – U testo koeficientas, Z – Z testo koeficientas, p – reikšmingumo lygmuo. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas pagal ATTS Nenuspėjamumo ir ATTS Nesikišimo faktorių ( $p < 0,05$ ). Specialistai, kurie dalyvavo mokymuose, statistiškai reikšmingai labiau linkę matyti savižudybę kaip nuspėjamą veiksmą, negu tie, kurie mokymuose nedalyvavo, taip pat dalyvavę mokymuose mažiau pritaria tam, kad savižudybės atveju reikia nesikišti, galima teigti, kad jų nuostatos į savižudybės prevenciją yra statistiškai reikšmingai palankesnės negu tų, kurie nedalyvavo mokymuose.

Nagrinėjama, kokius mokymus savižudybių tematika yra baigę tirti šeimos medicinos specialistai. Daugiausiai iš jų nurodė, kad yra baigę SafeTalk 4-ių valandų mokymus (13 žmonių, 56,52 proc.), 5 (21,74 proc.) žmonės lankė įvairias paskaitas ir seminarus, 2 (8,70 proc.) baigė ASIST 16-os valandų mokymus, vienas specialistas nurodė, kad baigė Krizių centro mokymus, kitas – „Jaunimo linijos“, likę 4 tokios informacijos nepateikė.

#### 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime nagrinėtos šeimos medicinos specialistų (šeimos gydytojų ir rezidentų) nuostatos į savižudybę ir įvairūs profesiniai (pvz. darbo patirtis, patirtis su suicidiniais pacientais) bei asmeniniai veiksniai (pvz. amžius, susidūrimas su savižudybe asmeniniame gyvenime) ir galimia skirtumai bei sąsajos tarp nuostatų ir šių veiksnių. Tirtoje imtyje labiausiai išreikšta yra smerkimo nuostata, mažiausiai – nesikišimo. Nagrinėti nuostatų komponentų skirtumai tarp šeimos gydytojų ir šeimos medicinos rezidentų. Rezidentams būdingos labiau priimančios, mažiau smerkiančios nuostatos ir nuostata, kad savižudybė gali būti nuspėjama. Ieškota sąsajų tarp skirtingų nuostatų ir amžiaus bei darbo patirties. Rasta, kad didėjant amžiui ir darbo patirčiai stiprėja smerkimo nuostata bei požiūris, kad savižudybė yra nenuspėjama. Analizuota šeimos medicinos specialistų susidūrimo patirtis su savižudiškais žmonėmis artimoje aplinkoje. Tyrime nustatytas neigiamas ryšys tarp susidūrimo su mėginimais žudyti artimoje aplinkoje ir smerkimo nuostatos, tačiau nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp nuostatų įvairaus susidūrimo su suicidiniu elgesiu grupėse. Gilintasi į specialistų patirtį susidūriant su suicidiniais pacientais. Nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų lyginant specialistus pagal susidūrimą, tačiau egzistuoja teigiamas ryšys tarp susidūrimo dažnumo ir smerkimo nuostatos. Palygintos specialistų nuostatos atsižvelgiant į dalyvavimą mokymuose savižudybių prevencijos tematika. Dalyvavę mokymuose pasižymi mažiau išreikšta nuostata, kad savižudybė yra nenuspėjamas veiksmas, taip pat jų nuostatos į savižudybių prevenciją yra labiau teigiamos.

Buvo vertinamos šeimos medicinos specialistų nuostatos į savižudybę. Gauta, kad šioje imtyje labiausiai išreikšta yra pasmerkimo nuostata, mažiausiai – nesikišimo. Stipri pasmerkimo nuostata siejama su tuo, kad sunku suprasti tokį žmogaus poelgį, neįmanoma jo pateisinti, vengiama apie tai kalbėti (Skruibis ir Klimaitė, 2010). Tokia nuostata galėtų trukdyti darbui su pacientais (Herron et al., 2001). Tačiau iš kitos pusės galima kelti prielaidą, kad galbūt smerkimo nuostata galėtų būti suprantama ne tik taip, kad specialistas smerkia ir nesupranta atėjusio pas jį žmogaus, bet galbūt stipri pasmerkimo nuostata yra apie paties reiškinio pasmerkimą, t.y. savižudybės. Silpna nesikišimo nuostata, reiškianti specialistų pritarimą savižudybių prevencijai įvardinama kaip viena iš svarbesnių nuostatų, kadangi nuo jos priklauso, ar specialistas tiki prevencija ir ar imsis intervencijos, taip pat su šita nuostata siejami aukštesni įgūdžiai (Leskauskas ir kiti, 2016; Scheerder et al., 2010). Kaip rodo atliekamų tyrimų, nagrinėjančių „vartininkų“ nuostatos į savižudybes, rezultatai, dažnai pagalbos teikėjų grupėje (skirtingų specialybių medikų psichologų ir kitų) nuostata į savižudybių prevenciją yra pakankamai teigiama (Skruibis, 2008), tad rezultatai sutampa su šitame tyrime gautais. Bendrame kontekste išeina, kad tirti specialistai pritaria, kad savižudybės atveju reikia kištis ir gelbėti žmogų, tačiau tuo pačiu išryškėja aukšta smerkimo



nuostata. Toks derinys nėra būdingas pagalbos teikėjų grupei. Remiantis atliktais tyrimais, pagalbos teikėjai pasižymi mažiausiomis smerkimo ir nenuspėjamumo nuostatomis bei pritaria prevencijai, kadangi profesija įpareigoja empatiškai suprasti žmogų, o ne jį smerkti ir atstumti (Skruibis, 2008). Gautus aukštus smerkimo nuostatos rezultatus galima būtų aiškinti tuo, kad šeimos medicinos specialistai, kaip ir visi kiti, yra visuomenės dalimi, tad rezultatas nagrinėjamas neatsiejant nuo sociokultūrinio konteksto, kuriame augo, gyvena ir dirba. Kadangi nustatyta, kad Lietuvoje apskritai vyrauja priimančios, pakankamai neigiamos nuostatos į savižudybę (Gailienė, 2015), būdingas stigmatizavimas (Skruibis ir kiti, 2015) bei savižudybės smerkimas (Knizek et al., 2008), galbūt aukštesnis specialistų pasmerkimo faktoriaus išreikštumas galėtų būti siejamas su sociokultūrinio kontekstu. Tačiau iš kitos pusės, jeigu anksčiau kelta prielaida teisingai, išeina, kad šeimos medicinos specialistai smerkia savižudybę, kaip reiškinį, nepalaiko, kad tai yra išeitis iš sunkių gyvenimo situacijų, todėl jų žema nesikišimo nuostata, nurodanti į veiksmą sulaikant pacientą nuo savižudybės.

Įvertinti skirtumai tarp šeimos gydytojų ir tos krypties rezidentų. Statistiškai reikšmingai skiriasi ATTS Priimtino, Pasmerkimo ir Nenuspėjamumo nuostatų komponentai: rezidentams savižudybė, yra labiau priimtina, tačiau jie pasižymi mažiau smerkiančiomis nuostatomis bei laiko ją mažiau nenuspėjama. Kalbant apie savižudybės priimtinumą, tyrimuose nustatoma, kad didesnis savižudybės, kaip išeities, priimtumas, siejamas su aukštesniu paties žmogaus suicidiškumu (Gibb et al., 2006; Skruibis, 2008) ir tam tikrais atvejais yra stiprus prediktorius suicidiniam elgesiui ateityje (Phillips & Luth, 2020), kartu su silpna pasmerkimo nuostata (Skruibis, 2008). Atliktame tyrime Lietuvoje, kuriame buvo tirti įvairūs skubios pagalbos medikai, gauta, kad jaunesnis specialisto amžius buvo siejamas su labiau teigiamomis nuostatomis į savižudybę bei aukštesne suicidine rizika (Leskauskas ir kiti, 2016). Šiame tyrime gauti panašūs rezultatai: jaunesni specialistai (rezidentai) yra labiau linkę priimti savižudybę, kaip išeitį. Kituose tyrimuose gaunama, kad bendrosios praktikos gydytojų savižudybės priimtumas yra apskritai didesnis, lyginant su kitomis imtimis: mokytojų, policijos pareigūnų ir kt. (Öncü et al., 2008). Tačiau nurodoma, kad labiau teigiama ir priimtina nuostata į savižudybę siejama su vyresniu amžiumi (Phillips & Luth, 2020), kas neatitinka šio tyrimo rezultatų. Rezultatai nėra vienareikšmiški, kadangi iš vienos pusės tyrimuose atrandama, kad vyresnis amžius siejasi su palankesne nuostata į savižudybę, kaip išeitį, tačiau kai kurie tyrimai nustato, kad jauni specialistai turi labiau priimtinas nuostatas. Aiškinant šį prieštaravimą, galima kalbėti ne tik apie tai, kaip iš tikrųjų žmogus galvoja, bet ir apie tai, ar jis gali atvirai apie tai pasakyti ir prisipažinti. Šitoje vietoje galima išryškėja kartų skirtumai. Nurodoma, kad dėl istorinių aplinkybių Lietuvoje savižudybės ilgai buvo tabu, taip pat jas gaubė tyla ir slaptumas, vyko savižudybių psichiatrizacija ir stigmatizacija (Gailienė, 2015), Sovietinėje Lietuvoje nebuvo apie tai kalbama viešai (Skruibis, ir kiti, 2015). Esant tokioms aplinkybėms

vyresni specialistai gali būti mažiau pratę kalbėti ir pripažinti, ką iš tiesų galvoja apie savižudybę, priešingai negu rezidentai, augę kitokiu laikmečiu ir kitomis aplinkybėmis. Tokias prielaidas nagrinėdami nuostatas į savižudybes ir jų formavimąsi kelia įvairūs mokslininkai (Cerel et al., 2013). Kalbant apie skirtumus tarp gydytojų ir rezidentų smerkimo nuostatos išreikštume, galima būtų ją analizuoti siejant su priimtino nuostata. Rezidentai labiau priima savižudybę kaip būdą, taip pat mažiau smerkia ir nusižudyti apsisprendusius žmones bei savižudybę, kadangi patys turi palankesnes nuostatas į ją. Tyrimai taip pat rodo, kad jaunesnės kartos apskritai turi labiau savižudybę pateisinančias, nesmerkiančias nuostatas negu vyresnės (Stilion & Stilion, cit. iš Skruibis, 2008). Šio tyrimo rezultatai panašūs į kitų autorių gaunamus, kuriuose minima, kad jauni žmonės ne tik mažiau smerkia, bet ir lengviau kalba apie savižudybę (Renberg & Jacobsson, 2003). Kaip atskleidė atliekamų tyrimų rezultatai, daugiau patirties turintys specialistai turi mažiau tikėjimo, prisiima mažiau atsakomybės už paciento sveikatos priežiūros rezultatus bei turi stipresnes pasmerkimo nuostatas (Lussier, 2004). Skirtumo pagal smerkimo nuostatos išreikštumą tarp gydytojų ir rezidentų analizės reikalingumą pastiprina ir gautas ryšys tarp amžiaus ir smerkimo nuostatos, reiškiantis, kad didėjant amžiui, didėja ir pasmerkimas, taip pat didėjant darbo patirčiai, stiprėja nuostata smerkti. Statistiškai reikšmingai skiriasi gydytojų ir rezidentų nenuspėjamumo nuostata: rezidentai linkę labiau manyti, kad savižudybę galima nuspėti ir palankiau vertina savižudybės rizikos pastebėjimą. Tyrimai rodo, kad nenuspėjamumo nuostata gali būti glaudžiai susijusi su žiniomis (Kazlauskaitė, 2006; Skruibis, 2008). Šiame kontekste išryškėja tai, kad rezidentų grupė yra jaunesnė negu gydytojų, jie yra neseniai baigę universitetą, todėl jų žinios gali būti naujesnės. Šeimos gydytojų rengimo programoje nurodoma, kad rezidentai yra supažindinami su psichikos sutrikimais, turi psichiatrijos dalyką (Šeimos medicinos rezidentūros studijų programos aprašas, 2019). Dar vienas paaiškinimas galėtų būt toks: kadangi gauta, kad gydytojai yra dažniau negu rezidentai susidūrę su paciento savižudybe, o nesėkmė gydyme ar suicidinio asmens identifikavime yra įvardinamas kaip didelį stresą specialistui keliantis įvykis (Norheim, Grimholt, & Ekeberg, 2013) nenuspėjamumo nuostata galėtų būti veikiama ir šitų aplinkybių. Šiame tyrime gauta teigiama koreliacija tarp amžiaus ir nenuspėjamumo nuostatos t.y. didėjant amžiui, stiprėja nuostata, kad savižudybė yra nenuspėjama, yra neįmanoma identifikuoti ženklų ir rizikos. Taip pat didėjant darbo patirčiai stiprėja nenuspėjamumo nuostata. Atrodytų, kad didesnė darbo patirtis yra gerai, kadangi dirbant galima įgyti daugiau įgūdžių ir žinių, tačiau ne visada trukmė reiškia geresnius įgūdžius ar žinias, nes žinių ir įgūdžių įgijimui svarbūs mokymai (van Landschoot et al., 2017).

Analizuota šeimos medicinos specialistų susidūrimo su savižudybių reiškiniu patirtis asmeniniame gyvenime. Gauta, kad dauguma yra susidūrę su savižudybe artimoje aplinkoje. Atsižvelgiant į savižudybių paplitimą Lietuvoje (Liaugaudaite et al., 2020), nieko keisto, kad

daugelis žino apie tai ir iš savo asmeninės patirties. Tyrime gauta, kad kuo specialistas yra daugiau susidūręs su mėginimais žudyti savo artimoje aplinkoje, tuo silpniau išreikšta jo smerkimo nuostata į savižudybes. Rezultatas galėtų būti aiškinamas tuo, kad susidūrimai su suicidiniu elgesiu artimoje aplinkoje yra jautrus, sukrečiantis patyrimas, galintis traumuoti (Skerytė-Kazlauskienė, Mažulytė ir Eimontas, 2015), galimai todėl žmogus stengiasi suprasti artimą žmogų, jo nesmerkti. Iš dalies tą patvirtina ir mėginusiųjų žudyti patirties tyrinėjimas, kur asmenys išsakė, kad po bandymo žudyti iš artimųjų pasireiškė aktyvesnis rūpinimasis, parodymas, kad bandęs žudyti asmuo yra reikalingas ir svarbus (Dadašev, 2017). Taip pat tyrimuose, kuriuose nagrinėjamos susidūrusių su šeimos narių, draugų ar kitų artimų žmonių bandymais žudyti, gaunama, kad artimieji bandė destigmatizuoti ir nesmerkti savižudybės, suteikti socialinę paramą, palaikyti krizėje esantį artimąjį (Cerel et al, 2013; Garcia-Williams & McGee, 2016). Tačiau ne visur randama, kad artimieji palaiko savo šeimos narį, draugą ar giminaitį, būna, kad po mėginimo žudyti vyrauja stiprūs jausmai ir nesupratimas, smerkimas, stigmatizavimas (Skruibis ir kiti, 2015). Tačiau šioje vietoje artimųjų reakcijas ir nuostatas gali veikti ir kiti veiksniai, pvz. santykiai su mėginusiu žudyti, kelintas tai susidūrimas su to žmogaus mėginimu žudyti ir t.t. Galbūt tirtiems specialistams būdingi geri santykiai su artimaisiais arba veikia kiti veiksniai, galintys padėti labiau suprasti reiškinį. Nerasti skirtumai tarp susidūrimo dažnumo galėtų būti aiškinami tuo, kad nėra skirtumų, nes bet koks susidūrimas su artimojo žmogaus suicidiškumu gali būti sunki patirtis, nepriklausomai nuo dažnumo.

Apie 61 procentų šeimos medicinos specialistų nurodė, kad savo praktikoje yra susidūrę su suicidiniu pacientu ir/ar jo savižudybe. Panašūs skaičiai gauti ir kituose tyrimuose (Courtenay, & Stephens, 2001), kas pabrėžia problemos mastą ir savižudybių prevencijos reikalingumą bei tikslingumą šeimos medicinoje. Palyginus specialistus, kurie susidūrė su suicidiniu pacientu su tais, kurie neturėjo tokio susidūrimo savo darbe, nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų. Tačiau šiame tyrime nustatyta, kad kuo daugiau specialistas susiduria su suicidiniais pacientais savo praktikoje, tuo stipresnė smerkimo nuostata. Skirtumų nebuvimą tarp susidūrusių ir nesusidūrusių galima aiškinti tuo, kad šioje vietoje reikšmingas nebūtinai bent koks susidūrimas. Galbūt esminis veiksnys tampa tai, kiek dažnai specialistas susidūręs, kadangi gautas ryšys tarp susidūrimo dažnumo ir smerkimo nuostatų. Galimai veikia ir kiti tarpiniai kintamieji (pvz. su kokia suicidinio elgesio forma susidurta), kurių reikšmė šiame tyrime analizuota nebuvo. Tyrimai rodo, kad kuo daugiau medikas yra susidūręs ir dirbęs su suicidiniais pacientais, tuo pozityvesnės jo nuostatos (Samuellson et al., 1997), kas prieštarauja šiame tyrime gautam rezultatui. Tačiau svarbu atsižvelgti į tai, kad kaip dažnai su savižudybe susiduriantys įvardinami psichikos sveikatos specialistai (Samuellson et al., 1997; Suokas et al., 2008; van Landschoot et al., 2017), o ne somatinio profilio gydytojai, tad rezultatų apie didesnę susidūrimą ir labiau teigiamas nuostatas pritaikymas ir palyginimas su šiame

tyrime tirta šeimos medicinos specialistų intimi gali būti netikslus, o kaip tik rodyti tai, kad bendrosios praktikos specialistai, kurie yra traktuojami kaip mažiau susiduriantys, gali turėti stipriau išreikštą smerkimo nuostatą, kadangi retesnis susidūrimas su suicidiniais pacientais darbe siejamas kaip tik su labiau neigiamomis nuostatomis į savižudišką asmenį, mažesniu jo supratimu (Suokas et al., 2008). Nagrinėjant gautą ryšį tarp susidūrimo dažnumo ir stipresnės smerkimo nuostatos, vėlgi galima kelti klausimą, ar smerkiamas ir atstumiamas pats pacientas, ar savižudybė, kaip reiškiny. Tyrimais nustatyta, kad gydytojo susidūrimas su suicidiniu pacientu kelia įvairių jausmų (Saini et al., 2016), kartais gydytojai gali jausti, kad tai viršija jų kompetencijų ribas (Herron et al., 2001). Nustatoma, kad ne vien susidūrimas, bet ir paciento savižudybė paveikia gydytoją. Atliktų tyrimų duomenimis, daugiau negu 66 proc. tirtų šeimos gydytojų išsakė, kad paciento savižudybė juos stipriai paveikė (Saini et al., 2016). Taip pat nustatyta, kad darbas su suicidiniais pacientais įvardinamas kaip sunkus (Sun et al., 2007) ir kartais pasireiškia vengimas, kaip savotiška apsauginė reakcija (Bridge, Marcus, Olfson cit., iš. Norheim et al., 2013). Svarbu aptarti ir tai, kad kuo labiau specialistas susidūręs su mėginimais artimoje aplinkoje, tuo mažiau smerkia, tačiau visai kitoks ryšys gautas su susidūrimu profesinėje veikloje, kur gauta, kad kuo dažniau specialistas susidūręs su suicidiniu pacientu, tuo stipresnė smerkimo nuostata. Rezultatus galima aiškinti tuo, kad asmeninis ir profesinis gyvenimas yra skirtingi, priklauso nuo santykio, taip pat suicidiniai pacientai ne psichikos sveikatos specialistams gali būti suvokiami kaip labiau problematiški, kadangi trūksta kompetencijų, gydytojams atrodo, kad jie ne jų kompetencija (Herron et al., 2001). Apibendrinant galima teigti, kad daugiau susidūrusių specialistų labiau smerkiančias nuostatas gali paaiškinti tiek pakankamai nedažnas susidūrimas, tiek darbo su suicidiniu pacientu sunkumai.

Nagrinėti skirtumai tarp įvairių nuostatų komponentų dalyvavusių ir nedalyvavusių mokymuose. Praėję mokymus šeimos medicinos specialistai mano, kad savižudybė nėra nenuspėjama, kad vis dėlto yra ženklų, kuriuos laiku pastebėjus galima užkirsti kelią savižudybei. Taip pat mokymus turėjusių specialistų mažesnis pritarimas nesikišimo nuostatai, tad labiau teigiamos nuostatos į savižudybių prevenciją. Šie rezultatai atitinka ir kituose tyrimuose daromas išvadas apie tai, kad mokymus praėję specialistai savižudybę nelaiko nenuspėjamu reiškiniu bei turi labiau teigiamą požiūrį į prevenciją (Herron et al., 2001; Öncü et al., 2008).

#### 4.1. Tyrimo ribotumai ir idėjos ateities tyrimams

Vienas iš šio tyrimo ribotumų – imtis. Visų pirma, tyrime dalyvavo nedidelis specialistų skaičius, kas apsunkina platesnį šeimos medicinos specialistų nuostatų į savižudybes ir įvairių asmeninių bei profesinių veiksnių nagrinėjimą. Atsižvelgiant į tai, kad dalyvauti tyrime gydytojai buvo kviečiami įvairiais būdais, tuo pačiu ir per profesines organizacijas bei sniego gniūžtės būdu,

taip pat sudalyvavo nedidelis kiekis pakviestųjų, nėra aišku, kokiomis charakteristikomis pasižymi tie, kurie nesutiko dalyvauti. Galima kelti prielaidą, kad į tyrimą įsitraukė labiau motyvuoti specialistai, kuriems labiau rūpi arba turintys teigiamas nuostatas į prevenciją, tikintys, kad tai yra reikalinga tirti, galimai todėl šioje imtyje nesikišimo nuostata buvo pakankamai žema – iš esmės daugelis pritarė, kad savižudybių prevencija įmanoma ir reikalinga. Antra, surinkta imtis labai homogeniška pagal vietą, todėl vėlgi, nežinoma apie kaimo vietovėse dirbančių ir gyvenančių specialistų nuostatas bei patirtį. Imtis yra homogeniška ir pagal lytį – beveik visi tyrimo dalyviai buvo moterys, todėl nežinoma, kokios tendencijos vyrų šeimoms gydytojų vyrų imtyje. Visi šitie veiksniai galėjo sutrukdyti tikslesnių tendencijų atskleidimui, kas leistų geriau suprasti esamų ir būsimų šeimoms gydytojų nuostatas į savižudybę bei su tuo susijusius veiksnius. Imties homogeniškumas reiškia, kad šiame tyrime gautus rezultatus labiausiai galima būtų pritaikyti didelių miestų ir moteriškos lyties šeimoms medicinos specialistams. Kitas aspektas – socialinis pageidaujiamumas. Nuostatų tyrimai pasižymi tuo, kad yra savistata paremti, todėl nėra aišku, kiek tyrimo dalyvių atsakymai buvo šio reiškinio paveikti.

Ne mažiau svarbus žemas pradinis ATTS Nesikišimo faktoriaus patikimumas, kuris padidėjo tik pašalinus klausimą, tad reikėtų atidžiai peržiūrėti šį faktorių. Tyrimo ribotumas yra tai, kad nėra gilesnio ir tikslesnio nuostatų palyginimo su kitomis imtimis bei jų platesnio analizavimo, tad neaišku, ar Lietuvos šeimoms gydytojai išsiskiria lyginant su kitais sveikatos priežiūros specialistais. Ateityje būtų svarbu nagrinėti šeimoms medicinos specialistų nuostatas pagal skirtingas vietas, atsižvelgiant į savižudybių rodiklį jose, sveikatos priežiūros lygį ir išteklius.

Šis magistro darbo tyrimas galėtų būti kaip pradžia šeimoms gydytojų nuostatų bei patirties tyrinėjimui Lietuvoje, kadangi nepaisant nenuginčijamos nuostatų reikšmės, egzistuoja ir kitų veiksmų, kurie svarbūs sėkmingai prevencijai. Svarbu matuoti ir gebėjimą atpažinti bei įvertinti savižudybės riziką pacientui, atėjusiam pas šeimoms gydytoją, jų pasitikėjimą savo gebėjimu taikyti prevenciją ir ieškoti kitų veiksmų, besisiejančių su nuostatomis. Tiksliau žinant nuostatų bei kitų veiksmų sąsajas su jomis ir sėkminga prevencija pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje, gautas išvalgas galima būtų panaudoti būsimų šeimoms gydytojų ruošimo programose arba mokymuose, kurie būtų labiau orientuoti ir pritaikyti šeimoms gydytojams.

#### 4.2. Praktinės rekomendacijos

Atsižvelgiant į šiame tyrime gautus rezultatus iškyla mokymų savižudybes prevencijos tematika svarba. Gauti skirtumai tarp dalyvavusių ir nedalyvavusių mokymuose nenuspėjamumo ir nesikišimo nuostatose yra labai svarbūs, kadangi šios nuostatos kalba tiek apie požiūrį į prevenciją, tiek apie žinias, kas labai svarbu sėkmingai prevencijai. Apskirtai, į savižudybių prevenciją

orientuotų mokymų svarbą medikams pabrėžia daugelis skirtingose šalyse atliktų tyrimų atliktų (Ahmedani et al., 2014; Dueweke & Bridges, 2018; Skruibis, 2008). Taip pat svarbu turėti omenyje ir pačius specialistus, kadangi kaip gauta šiame tyrime, rezidentų nuostatos į savižudybę yra labiau priimtinos ir mažiau smerkiančios, kas siejasi su suicidine rizika (Skruibis, 2008), tad svarbu nepamiršti ir pačių specialistų.

## IŠVADOS

1. Šeimos medicinos specialistų imtyje labiausiai išreikšta yra savižudybės smerkimo nuostata, o mažiausiai išreikšta – nesikišimo.
2. Lyginant gydytojų ir rezidentų nuostatas į savižudybes, rezidentų priimtinių nuostatos įverčiai didesni nei gydytojų, tačiau savižudybės smerkimo nuostatos įverčiai bei nenuspėjamumo nuostatos įverčiai mažesni nei gydytojų.
3. Nerasta susidūrusių ir nesusidūrusių su savižudybe artimoje aplinkoje specialistų nuostatų skirtumų, tačiau susidūrimo su savižudybe dažnumas ir smerkimo nuostata susiję. Dažniau su savižudybe artimoje aplinkoje susidūrusių specialistų smerkimo skalės įverčiai mažesni.
4. Nerasta susidūrusių ir nesusidūrusių su suicidiniu pacientu specialistų nuostatų skirtumų, tačiau susidūrimo su suicidiniu pacientu dažnumas ir smerkimo nuostata susiję. Dažniau su paciento savižudybe ar jos rizika susidūrusių specialistų smerkimo skalės įverčiai didesni.
5. Mokymuose dalyvavusių specialistų nenuspėjamumo nuostatos įverčiai mažesni negu nedalyvavusių. Taip pat dalyvavusių mokymuose nuostatos į savižudybės prevenciją yra labiau teigiamos.

## LITERATŪRA

- Agnew, R. (1998). The approval of suicide: A social-psychological model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(2), 205–225. doi: 10.1111/j.1943-278X.1998.tb00640.x
- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., ... Solberg, L. I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870–877. doi: 10.1007/s11606-014-2767-3
- Ajzen, I., Fishbein, M., Lohmann, S. & Albarracin, D. (2018). The Influence Of Attitudes On Behavior. In D. Albarracin, & B. T. Johnson (Eds.) *The Handbook of Attitudes*, Vol. 1: Basic Principles (2nd Edition) (pp. 197-256). London & New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Barnes, L. S., Ikeda, R. M., & Kresnow, M. (2001). Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(Suppl), 68–75. doi: 10.1521/suli.32.1.5.68.24217
- Beeson, E. T. (2014). *Death and Suicide: An Exploration of Attitudes among Counseling Students*. Doctoral dissertation. Ohio: The Patton College of Education of Ohio University.
- Bocquier, A., Pambrun, E., Dumesnil, H., Villani, P., Verdoux, H., & Verger, P. (2013). Physicians' Characteristics Associated with Exploring Suicide Risk among Patients with Depression: A French Panel Survey of General Practitioners. *PLoS ONE*, 8(12), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0080797
- Boukouvalas, E., El-Den, S., Murphy, A. L., Salvador-Carulla, L., & O'Reilly, C. L. (2019). Exploring health care professionals' knowledge of, attitudes towards, and confidence in caring for people at risk of suicide: A systematic review. *Archives of Suicide Research*. doi: 10.1080/13811118.2019.1586608
- Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15 (7), 588-594. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01278.x
- Cerel, J., Bolin, M. C., & Moore, M. M. (2013). Suicide exposure, awareness and attitudes in college students. *Advances in Mental Health*, 12(1), 46–53. doi: 10.5172/jamh.2013.12.1.46
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., ... Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. doi: 10.1017/S0033291714000129



- Clifford, A. C., Doran, C. M., & Tsey, K. (2013). A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC Public Health*, *13*(1), 1–11. doi: 10.1186/1471-2458-13-463
- Coppens, E., van Audenhove, C., Gusmão, R., Purebl, G., Székely, A., Maxwell, M., ... Hegerl, U. (2018). Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of Affective Disorders*, *227*, 17–23. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.039
- Courtenay, K. P., & Stephens, J. P. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, *25*(2), 51–52. doi: 10.1192/pb.25.2.51
- Dadašev, S., Skruibis, P., Gailienė, D., Latakienė, J., & Grižas, A. (2016). Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in Lithuania. *Death Studies*, *40*(8), 507–512. doi: 10.1080/07481187.2016.1184725
- Dadašev, S. (2017). *Mėginusiųjų nusižudyti savižudybės proceso patirtis* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas. Paimta iš: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:24690064/>
- DeHay, T., Ross, S., McFaul, M., (2015). Training medical providers in evidence-based approaches to suicide prevention. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *50* (1), 73-80. doi: 10.1177/0091217415592362
- Dijkstra R. F. W., Kerkhof A. J. F. M. (1988) Attitudes Toward Suicide: Development of a Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT). In: Möller HJ., Schmidtke A., Welz R. (Eds). *Current Issues of Suicidology* (pp. 462-476). Berlin: Springer-Verlag.
- Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gibson, L. (1982). Attitudes toward Suicide: A Factor Analytic Approach. *Journal of Clinical Psychology*, *38*(2), 257–262. doi: 10.1002/1097-4679(198204)38:2<257::AID-JCLP2270380205>3.0.CO;2-I
- Dueweke, A. R., & Bridges, A. J. (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Families, Systems, & Health*, *36*(3), 289–302. doi: 10.1037/fsh0000349
- Elzinga, E., Gilissen, R., Donker, G. A., Beekman, A. T. F., & de Beurs, D. P. (2019). Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices. *BMJ Open*, *9*(4), e027624. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027624
- Eskin, M., Kujan, O., Voracek, M., Shaheen, A., Carta, M. G., Sun, J., ... Tsuno, K. (2016). Cross-national comparisons of attitudes towards suicide and suicidal persons in university students from 12 countries. *Scandinavian Journal of Psychology*, *57*(6), 554–563. doi: 10.1111/sjop.12318
- Feldman, M. D., Franks, P., Duberstein, P. R., Vannoy, S., Epstein, R., & Kravitz, R. L. (2007). Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Annals of family medicine*, *5*(5), 412–418. doi:10.1370/afm.719

- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., ... Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166–194. doi: 10.1080/13607863.2015.1083945
- Gailienė, D. (2015). Savižudybės Lietuvoje. Sociokultūrinis kontekstas. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio: kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 197-216). Vilnius: Eugrimas.
- Garcia-Williams, A. G., & McGee, R. E. (2016). Responding to a suicidal friend or family member: A qualitative study of college students. *Death Studies*, 40(2), 80–87. doi: 10.1080/07481187.2015.1068246
- Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 739–750. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03875.x
- Gibb, B. E., Andover, M. S., & Beach, S. R. H. (2006). Suicidal Ideation and Attitudes Toward Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(1), 12–18. doi: 10.1521/suli.2006.36.1.12
- Graham, R. D., Rudd, M. D., & Bryan, C. J. (2011). Primary Care Providers' Views regarding Assessing and Treating Suicidal Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 614–623. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00058.x
- Grimholt, T. K., Haavet, O. R., Jacobsen, D., Sandvik, L., & Ekeberg, O. (2014). Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–17. doi: 10.1186/1472-6963-14-208
- Gürhan, N., Polat, Ü., Beşer, N. G., & Koç, M. (2019). Suicide Risk and Depression in Individuals with Chronic Illness. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 840–848. doi: 10.1007/s10597-019-00388-7
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, & Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(3), 342–347. doi: 10.1521/suli.31.3.342.24252
- Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalas (2018). *Apsilankymų pas gydytojus/odontologus skaičius pagal gydytojų specialybes (trumpasis specialybių sąrašas)*. Paimta iš: [https://stat.hi.lt/default.aspx?report\\_id=187](https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=187)
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2020). *Mirties priežastys 2019, Išankstiniai duomenys*. Paimta iš: [http://hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/MPR/Išankstiniai\\_mirties\\_priežastys\\_2019\\_m..pdf](http://hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/MPR/Išankstiniai_mirties_priežastys_2019_m..pdf)

- Houston, K., Haw, C., Townsend, E., & Hawton, K. (2003). General Practitioner contacts with patients before and after deliberate self-harm. *British Journal of General Practice* 53, 365-370. Paimta iš: EBSCOhost Database.
- Kazlauskaitė, A. (2006). *Savižudybių prevencijos mokymų efektyvumas keičiant nuostatas savižudybių atžvilgiu* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas. Paimta iš: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:1968486/>
- Kleiman, E., Riskind, J., & Schaefer, K. (2014). Social Support and Positive Events as Suicide Resiliency Factors: Examination of Synergistic Buffering Effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144–155. doi: 10.1080/13811118.2013.826155
- Klimaitė, V. ir Skruibis, P. (2010). Nuo alkoholio priklausomų asmenų nuostatos savižudybių atžvilgiu. Paimta iš: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:6167957/>
- 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: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(3), 123–130. doi: 10.1027/0227-5910.29.3.123
- Kodaka, M., Poštuvan, V., Inagaki, M., & Yamada, M. (2010). A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 338–361. doi: 10.1177/0020764009357399
- Lake, C. R. (2008). How Academic Psychiatry Can Better Prepare Students for Their Future Patients: Part II: A Course in Ultra-Brief Initial Diagnostic Screening Suitable for Future Primary Care Physicians. *Behavioral Medicine*, 34(3), 101–118. doi: 10.3200/BMED.34.3.101-118
- Leavey, G., Mallon, S., Rondon-Sulbaran, J., Galway, K., Rosato, M., & Hughes, L. (2017). The failure of suicide prevention in primary care: family and GP perspectives – a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 369. doi: 10.1186/s12888-017-1508-7
- Leonavičius, R. ir Valius, L. (2017). *Šeimos gydytojo vaidmuo savižudybių prevencijoje*. Kaunas: Vitae Litera
- Leskauskas, D., Lygnugarytė-Grikšienė, A., Jasinskas, N. ir Masiukienė, A. (2016). Sąsajos tarp skubią pagalbą teikiančių darbuotojų sociodemografinių-profesinių charakteristikų, nuostatų savižudybių prevencijos atžvilgiu, psichikos sveikatos, streso įveikos strategijų, perdegimo sindromo, savižudybių intervencijos žinių bei įgūdžių. *Sveikatos mokslai*, 26(1), 81-87. doi: 10.5200/sm-hs.2016.013
- Liaugaudaite, V., Zemaitiene, N, & Bunevicius, A. (2020). Suicide and Depression: Epidemiology in Lithuania. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology*, 22(1), 3-10. doi: <http://biological-psychiatry.eu/wp->

[content/uploads/2020/06/BPP\\_May2020\\_3to10.pdf?fbclid=IwAR3xp7hiySUj0F8PECI5BV5HivYZPPILI3v-gVmU59V3zwCFcZw6Eu4gXU](https://content/uploads/2020/06/BPP_May2020_3to10.pdf?fbclid=IwAR3xp7hiySUj0F8PECI5BV5HivYZPPILI3v-gVmU59V3zwCFcZw6Eu4gXU)

- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. (2019). *Lietuvos medicinos norma: Šeimos gydytojas, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė*. Paimta iš: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/e34b47314beb11e98bc2ba0c0453c004?jfwid=5ob7myhm>
- Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė (2017). *Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems, su savižudybės rizika*. Audito ataskaitos.
- Lygnugarytė-Griksienė, A. (2020). *Skubios medicinos pagalbos gydytojų ir slaugytojų savižudybių intervencijos įgūdžiai ir jiems poveikį darantys veiksniai* (Daktaro disertacija). Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Paimta iš: <https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/106227>
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.909
- Lussier, S. G. (2004). *Counselor perspectives on suicide and suicidal ideation: A qualitative study*. Doctoral dissertation. Florida: University of Florida.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074. doi: 10.1001/jama.294.16.2064
- McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2016). Effective communication in eliciting and responding to suicidal thoughts: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 5, 1–5. doi: 10.1186/s13643-016-0211-y
- Michail, M., & Tait, L. (2016). Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*, 6(1), e009654. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009654
- Neimeyer, R. A., Fortner, B., Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(1), 71–82. doi: 10.1521/suli.31.1.71.21307
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K., & Ekeberg, Ø. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–10. doi: 10.1186/1471-244X-13-90
- Ouzouni, Ch., & Nakakis, K. (2012). Doctors' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 6(4), 663-680. Paimta iš: <https://www.hsj.gr/medicine/doctors-attitudes-towards-attempted-suicide.pdf>

- Öncü, B., Soykan, Ç., Özgür İhan, İ., & Sayil, I. (2008). Attitudes of medical students, general practitioners, teachers, and police officers toward suicide in a Turkish sample. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(4), 173–179. doi: 10.1027/0227-5910.29.4.173
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Paulikienė, B. ir Jurgutis, A. (2013). Pirminės sveikatos priežiūros vaidmuo valdant antrinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. *Visuomenės sveikata*, 2 (61), 1 priedas, 75-82. Paimta iš: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.priedas1/Vs%202013%20priedas%20Nr1%20ORIG%20S%20Pirmines%20sveikatos%20prieziura.pdf>
- Phillips, J. A., & Luth, E. A. (2020). Beliefs About Suicide Acceptability in the United States: How Do They Affect Suicide Mortality? *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(2), 414–425. doi: 10.1093/geronb/gbx153
- Renberg, E. S., & Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33(1), 52-64. Doi: 10.1521/suli.33.1.52.22784.
- Rockwell, A. & O'Brien, W. (1973). Physicians' Knowledge and Attitudes About Suicide. *JAMA*, 225 (11) 1347-1349. doi:10.1001/jama.1973.03220390043011
- Ronald, L. H. (2010). *General practitioners' attitudes to suicide prevention in older people and barriers to assessing risk: a public health psychology approach*. Doctoral dissertation. Edinburgh: University of Edinburgh.
- Roths, I. A., Henriques, M. R., Leal, J. B., & Lemos, M. S. (2014). Facing a patient who seeks help after a suicide attempt: The difficulties of health professionals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(2), 110–122. doi: 10.1027/0227-5910/a000242
- Roths, I., & Henriques, M. (2018). Health Professionals Facing Suicidal Patients: What Are Their Clinical Practices? *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 15(6). doi: 10.3390/ijerph15061210
- Saini, P., Windfuhr, K., Pearson, A., Da Cruz, D., Miles, C., Cordingley, L., ... Kapur, N. (2010). Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability. *BMC Research Notes*, 3, 246–251. doi: 10.1186/1756-0500-3-246
- Saini, P., Chantler, K., While, D., & Kapur, N. (2016). Do GPs want or need formal support following a patient suicide? A mixed methods study. *Family Practice*, 33(4), 414–420. doi: 10.1093/fampra/cmw040

- Samuelsson, M., Asberg, M., & Gustavsson, J. P. (1997). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(3), 222–230. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09623.x
- Sanbonmatsu, D. M., Prince, K. C., Vanous, S., & Posavac, S. S. (2005). The Multiple Roles of Attitudes in Decision Making. In Betsch, T. & Haberstroh, S. (Eds.), *The Routines of Decision Making* (pp. 101-116). New York: Psychology Press.
- Scheerder, G., Reynders, A., Andriessen, K., & van Audenhove, C. (2010). Suicide Intervention Skills and Related Factors in Community and Health Professionals. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(2), 115–124. doi: 10.1521/suli.2010.40.2.115
- Shannonhouse, L., Lin, Y. D., Shaw, K., & Porter, M. (2017). Suicide Intervention Training for K-12 Schools: A Quasi-Experimental Study on ASIST. *Journal Of Counseling & Development*, 95(1), 3-13. doi:10.1002/jcad.12112
- Singh, H., Shalavadi, M. N., Thyloth, M. (2017). A study of attitude towards suicide prevention among non-mental health care providers. *Telangana Journal of Psychiatry*, 3(1), 23-27. doi: 10.18231/ 2455-8559.2017.0006
- Skerytė-Kazlauskienė, M., Mažulytė, E., ir Eimontas, J. (2015). Psichologinės savijautos, trauminės patirties ir įveikos įvėrciai visose tyrimo dalyvių grupėse. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio: kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 36-46). Vilnius: Eugrimas.
- Skruibis, P. (2008). *Ryšys tarp nuostatų savižudybių atžvilgiu ir suicidinių tendencijų*. (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Skruibis, P., Gailienė, D. ir Labanauskaitė, L. (2008a). Nuostatų savižudybių atžvilgiu klausimyno (ATTS) lietuviškoji versija. *Psichologija*, 38, 84-99. doi: 10.15388/Psichol.2008.0.2602
- Skruibis, P., Kazlauskas, E. ir Gailienė, D. (2008b). Nevilties lygis, nuostatos savižudybių atžvilgiu ir suicidinė rizika. *Psichologija*, 37, 44-56. doi: 10.15388/Psichol.2008.0.2615
- Skruibis, P., Dadašev, S. ir Geležėlytė, O. (2015). Savižudiško elgesio stigma. Iš D. Gailienė (Sud.), *Gyvenimas po lūžio: kultūrinių traumų psichologiniai padariniai* (p. 217-233). Vilnius: Eugrimas.
- Smith, E. R, Mackie, D. M, Claypool, H. M. (2015). *Social psychology. (4th ed)*. New York and London: Psychology Press.
- Sun, F.-K., Long, A., & Boore, J. (2007). The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 255–263. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01479.x
- Suokas, J., Suominen, K., & Lönnqvist, J. (2008). Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 144–146. doi: 10.1080/08039480801983547

- Suslavičius, A. (2006). *Socialinė psichologija*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Šeimos medicinos rezidentūros studijų programos aprašas (2019). Vilnius: Vilniaus universitetas.  
Paimta iš: [https://www.mf.vu.lt/images/Rezidentura/Aktuali\\_informacija\\_rezidentura/Studiju\\_programos\\_rezidentura/%C5%A0eimos\\_medicina.pdf](https://www.mf.vu.lt/images/Rezidentura/Aktuali_informacija_rezidentura/Studiju_programos_rezidentura/%C5%A0eimos_medicina.pdf)
- Tylee, A., & Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 7(4), 167–176. doi:10.4088/pcc.v07n0405
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387 (10024), 1227–1239. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Vainiomäki, P., Jurgutis, A., Putz, J., & Juknevičute, V. (2012). Strategy for Continuous Professional Development of Primary Health Care professionals in order to better respond to changing health needs of the society. Paimta iš: [https://www.ku.lt/svmf/wp-content/uploads/sites/7/2016/04/STIMC\\_Report\\_5-Strategy-for-Continuous-Professional-Development-of-Primary-Health-Care-professionals-in-order-to-better-respond-to-changing-health-needs-of-the-society.pdf](https://www.ku.lt/svmf/wp-content/uploads/sites/7/2016/04/STIMC_Report_5-Strategy-for-Continuous-Professional-Development-of-Primary-Health-Care-professionals-in-order-to-better-respond-to-changing-health-needs-of-the-society.pdf)
- VandenBos, G. R. (Ed.) (2015). *APA dictionary of psychology*. (2nd edition). Washington DC: American Psychological Association.
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A. T., ... Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*, 32(6), 319–333. doi:10.1027/0227-5910/a000109
- van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2017). Knowledge, Self-Confidence and Attitudes towards Suicidal Patients at Emergency and Psychiatric Departments: A Randomised Controlled Trial of the Effects of an Educational Poster Campaign. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 304. doi:10.3390/ijerph14030304
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet*, 3(7), 646–659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
- Žemaitienė, N., Bulotaitė, L., Jusienė, R. ir Veryga, A. (2011). *Sveikatos psichologija*. Vilnius: Tyto alba.
- Wallin, U., & Runeson, B. (2003). Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *European Psychiatry*, 18(7), 329–333. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.03.006
- Wasserman, D. (Ed.). (2016). *Suicide: An unnecessary death (2 ed.)*. United Kingdom: Oxford University Press

- World Health Organization (2000). Preventing Suicide A Resource For Primary Health Care Workers. Paimta iš: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization. Paimta iš: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=A623A336FC109FCABB337ADA4D20BD63?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=A623A336FC109FCABB337ADA4D20BD63?sequence=1)
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Paimta iš: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization (2018). *Global Health Observatory (GHO) data*. Paimta iš: [http://www.who.int/gho/mental\\_health/suicide\\_rates\\_crude/en/](http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/)



## PRIEDAI

1 priedas. Informuotas sutikimas tyrimo dalyviui.

Gerbiamas (-a) gydytojau (-a),

Šeimos gydytojai užima svarbų vaidmenį savižudybių prevencijos sistemoje. Jūs esate tie, kurie vieni pirmųjų gali atpažinti ir nukreipti pacientą, turintį minčių ir/ar ketinimų nusižudyti, tokiu būdu prisidėdami prie gyvybės išsaugojimo.

Esu Vilniaus universiteto Sveikatos psichologijos magistro II kurso studentė Justyna Kolesnik. Atliekamas tyrimas tema: „Šeimos gydytojų nuostatos į savižudybę“, vadovaujamas prof. dr. Romos Jusienės. Tyrimu siekiama nagrinėti šeimos gydytojų nuostatas į savižudybę bei su tuo susijusius faktorius. Nuoširdus Jūsų nuomonės išsakymas gali padėti planuojant pagalbą tiek pacientams, esantiems savižudybės krizėje, tiek gydytojams, kurie susiduria su tokiais asmenimis.

Anketos pildymas gali užtrukti apie 10-15 minučių. Dalyvavimas yra savanoriškas ir net sutikę dalyvauti Jūs turite teisę pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu. Yra užtikrinamas pateiktų duomenų konfidencialumas, surinkti duomenys bus naudojami moksliniais tikslais apibendrinta forma.

Kilus klausimams, galite kreiptis elektroniniu paštu:  
justyna.kolesnik@fsf.stud.vu.lt

Ar sutinkate dalyvauti tyrime? Pažymėkite.

Sutinku

Nesutinku

### Keletas klausimų apie Jus

1. Kiek laiko dirbate šeimos gydytoju?

- a) Iki 1 metų
- b) 1-5 metus
- c) 6-10 metų
- d) 11-15 metų
- e) 16-20 metų
- f) Daugiau negu 20 metų

Ar esate rezidentas?

TAIP      NE

2. Ar esate susidūrę su pacientu, išsakančiu mintis apie savižudybę?

TAIP      NE

3. Ar esate susidūrę su paciento išsakomu noru nusižudyti ar bandymu žudyti?

TAIP      NE

4. Ar esate susidūrę su paciento savižudybe?

TAIP      NE

5. Jeigu bent į vieną klausimą atsakėte TAIP, kaip elgėtės susidūrę su paciento mintimis apie savižudybę / noru žudyti / savižudybe?

---

---

---

6. Ar esate dalyvavę mokymuose savižudybių prevencijos tematika?

TAIP      NE

6.1. Jeigu dalyvavote mokymuose, kokiuose ir kiek valandų jie truko?

\_\_\_\_\_ (įrašykite)

## Demografinė informacija

### Jūsų lytis:

- a) Vyras
- b) Moteris
- c) Kita

### Jūsų amžius:

\_\_\_\_\_ (įrašykite)

Jeigu norite pasidalinti tuo, kas nebuvo paminėta apklausoje, tačiau Jūsų manymu tai yra svarbu nagrinėjamoje temoje, įrašykite:

---

---

---

---

---