



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Mantas Jeršovas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Savižudybių prevencijos mokymų (safeTALK) ilgalaikis poveikis dalyviams:
moderatorių analizė**

Darbo vadovė: dr. Odeta Geleželytė

Vilnius, 2020

TURINYS

SANTRAUKA	2
SUMMARY	3
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	4
PRATARMĖ	5
1. ĮVADAS	7
1.1 Savižudybių situacija Lietuvoje	7
1.2 Savižudybių prevencijos modeliai	8
1.2.1 Biomedicininis požiūris į savižudybių prevenciją	9
1.2.2 Bendruomeninis požiūris į savižudybių prevenciją	11
1.3 Savižudybių prevencijos mokymų vertinimo svarba ir problemos	14
1.4 Elgsenai įtakos turintys veiksniai: teorinis modelis	15
1.5 Kas yra žinoma apie savižudybių prevencijos mokymų įtaką elgsenai?	16
1.6 Kas yra žinoma apie ilgalaikį mokymų poveikį dalyviams?	19
1.7 Kas yra žinoma apie savižudybių prevencijos mokymų moderatorius?	20
1.8 “safeTALK” mokymai Lietuvoje ir jų vertinimas	22
1.9 Tyrimo tikslas, uždaviniai ir hipotezės	23
2. TYRIMO METODIKA	25
2.1 Tyrimo dalyviai	25
2.2 Tyrimo instrumentai	27
2.3 Tyrimo eiga	31
2.4 Duomenų analizė	32
3. REZULTATAI	33
3.1 Tyrimo hipotezių tikrinimas	33
4. REZULTATŲ APTARIMAS	43
IŠVADOS	49
PRIEDAI	55
1 priedas. Duomenų normalumo analizė	55
2 priedas. Tyrimo klausimynas prieš mokymus	56
3 priedas. Interesų deklaravimas	61

SANTRAUKA

„Savižudybių prevencijos mokymų (safeTALK) ilgalaikis poveikis dalyviams: moderatorių analizė“, Mantas Jeršovas, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2020, 49 p.

Lietuvoje savižudybių skaičius tūkstančiui gyventojų ES vidurkį viršija du su puse karto. Tyrimai rodo, kad savižudybių prevencijai neužtenka tik biomedicininio požiūrio. Svarbu į savižudybių prevenciją įtraukti ir bendruomenes. Šiuo tyrimu buvo įvertintas savižudybių prevencijos mokymų „safeTALK“ ilgalaikis poveikis dalyviams ir atlikta mokymų moderatorių analizė. Tyrime dalyvavo Lietuvos savivaldybėse dirbantis 151 asmuo, kuris pildė vartininkų elgesio skalę (VES) prieš mokymus (T0), po mokymų (T1) ir praėjus 7 mėn. po mokymų (T2). Tyrimo metu nustatyta, kad „safeTALK“ mokymai turi stiprų teigiamą ilgalaikį poveikį dalyvių pasirengimo ir saviveiksmingumo padėti apie savižudybę galvojančiam žmogui dimensijoms. Po mokymų dalyviai jaučiasi labiau pasirengę atpažinti ir kalbėtis su žmogumi, svarstančiu apie savižudybę, bei labiau galintys padėti ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą tokiam žmogui. Atikus mokymų moderatorių analizę nustatytas skirtingas mokymų poveikis psichikos sveikatos specialistams ir nespecialistams. Psichikos sveikatos specialistų saviveiksmingumas padėti žmogui ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą po mokymų išauga ir išlieka aukštas praėjus 7 mėn. po mokymų. Nespecialistų grupėje saviveiksmingumas po 7 mėn. sumažėja, nors ir išlieka didesnis nei prieš mokymus. Kitos dalyvių charakteristikos (lytis, amžius, gyvenamoji vieta, ankstesnių mokymų patirtis, dalyvio mintys apie savižudybę bei sąlyčio su savižudybe patirtis) neturi įtakos dalyvių mokymuisi, o tai rodo mokymų universalumą. Remiantis teorinėmis ir kitų tyrimų įžvalgomis galima daryti prielaidą, kad išaugęs dalyvių pasirengimas ir saviveiksmingumas padėti apie savižudybę galvojančiam asmeniui lems daugiau jų prevencinės elgsenos, o tai gali prisidėti prie savižudybių prevencijos.

Raktiniai žodžiai: savižudybių prevencija, vartininkai, psichikos sveikatos specialistai, „safeTALK“ mokymai, prevencinis elgsys.

SUMMARY

Suicide rates in Lithuania exceed those in the EU by two and a half times. There is evidence that suicide prevention cannot be based solely on the biomedical model and community should be involved. This research examined the long-term impact of “safeTALK” training on community gatekeepers and analyzed possible training moderators. 151 participants from Lithuanian municipalities participated in the training and completed the “Gatekeeper behavior scale” (GBS) before the training, after the training and 7 months after the training. Results suggest that “safeTALK” training has a strong positive long-term effect on gatekeepers’ self-assessed preparedness and self-efficacy to help a person with thoughts of suicide. After the training participants feel more prepared to recognize and engage a person exhibiting signs of psychological distress as well as more able to help such person and refer him/her for mental health support. Exploratory analyses revealed the moderating effects of professional role (whether a participant is a mental health professional or not). Self-efficacy to help a person and to refer him/her for mental health support increased for mental health professionals after the training and remained elevated 7 months after the training. In the group of non-professionals self-efficacy to help and refer a person for mental health support decreased after 7 months but remained higher than at pre-training. Other participants characteristics (gender, age, place of residence, profession, previous trainings on suicide prevention, participant’s own suicidal ideation and participant’s contact with a suicidal person in the close environment) did not have a moderating effect on training. This demonstrates universality of the “safeTALK” training. Based on theoretical considerations and findings of other researchers, assumption can be made that increased intention to help and refer a person exhibiting signs of psychological distress for mental health support will impact on gatekeepers’ behaviors and thus contribute to suicide prevention.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Preveninis elgesys – gebėjimas atpažinti žmogų, kuris rodo psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus, kalbėtis apie savižudybę ir rekomenduoti pagalbos tarnybą (Holmes et al., 2019).

Psichikos sveikatos specialistai – tai gydytojai psichiatrai, psichikos sveikatos slaugytojai, socialiniai darbuotojai ir psichologai (Valstybinio psichikos sveikatos centras).

“safeTALK” mokymai – tai savižudybių prevencijos mokymai, skirti bendruomenei ir vartininkams, kurie suteikia žinių ir įgūdžių atpažinti savižudybės riziką, tiesiai paklausti apie savižudybę, rimtai priimti ir išklausti žmogaus mintis apie savižudybę ir nukreipti tęstinės pagalbos į bendruomenėje esančias organizacijas ar asmenis (Livingworks, Inc.).

Savižudybių prevencija – strategijos bei priemonės, nukreiptos į savižudybių rizikos ir poveikio mažinimą (PSO, 2014).

Vartininkai – tai bendruomenės nariai, kurie savo darbe susiduria su dideliu skaičiumi žmonių, tarp kurių potencialiai galėtų būti ir žmonės, galvojęntys apie savižudybę (Snyder, 1971).

PRATARMĖ

Savižudybė yra neginčijamai pati skaudžiausia visuomenės psichikos sveikatos sistemos prasto funkcionavimo pasekmė. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, kasmet pasaulyje nusižudo apie 800 tūkst. žmonių ir šis skaičius nemažėja (PSO, 2014).

Mokslininkai jau daugelį metų bando nustatyti savižudybių rizikos veiksnius, siekdami pasiūlyti būtų, kaip šiuos veiksnius galėtų mažinti ir tuo pačiu mažinti savižudybių skaičių. Tačiau Franklinas ir kiti (2017), atlikę pasaulinę per pastaruosius 50 metų atliktų suicidologijos rizikos veiksnių tyrimų analizę, padarė išvadą, kad šiuo metu neįmanoma nustatyti įrodymais pagrįstos vieningos savižudybių teorijos, o tuo labiau nustatyti vienareikšmiškų savižudybę prognozuoti galinčių veiksnių. Atlikę 365 tyrimų, kuriuose siekiama nustatyti savižudybę prognozuojančius veiksnius, metaanalizę, mokslininkai sutarė, kad gebėjimas prognozuoti savižudybę, remiantis tyrimuose nustatytais rizikos veiksniais, tėra šiek tiek didesnis nei atsitiktinis spėjimas. Mokslininkai nerado nei vieno kliniškai reikšmingo rizikos veiksnio, kuris galėtų prognozuoti savižudybę, o juo labiau diferencijuoti tarp minčių apie savižudybę, plano žudytis ir pačios savižudybės (Franklin et al., 2017).

Dauguma mokslininkų ir praktikų sutinka, kad savižudybė yra kompleksinis, daugiasluoksnis ir sudėtingas reiškinys. Todėl nėra vieno kelio, vedančio link savižudybės. Taip pat teigiama, kad nėra specifinių rizikos veiksnių, o tik jų modifikacijos, nuolat kintančios, priklausomai nuo laiko ir konteksto. Todėl, natūralu, neįmanoma rasti vieno visiems tinkančio algoritmo savižudybei nuspėti ir vieno savižudybių prevencijos būdo (Franklin et al., 2017; Hjelmeland & Loa Knizek, 2020).

Norint mažinti savižudybių skaičių, labai svarbu į problemą žvelgti kompleksiskai. Savižudybė įvyksta tam tikroje šeimoje, darbovietėje, žmonių rate, o pažvelgus plačiau – tam tikroje bendruomenėje ir visuomenėje. Todėl svarbu į savižudybę žiūrėti ne vien per rizikos veiksnių ir atskiro individo prizmę, bet į dėmesio lauką įtraukti platesnį kontekstą, kuriame žmogui kyla mintis nusižudyti ir įvyksta savižudybė (Hjelmeland & Loa Knizek, 2020; Gailienė, 2008).

Kadangi savižudybė įvyksta tam tikroje visuomenėje ir bendruomenėje, svarbu į savižudybių prevenciją įtraukti visą bendruomenę ir aktyvius jos narius, kurie akademinėje literatūroje vadinami vartininkais. Vartininkai šiame kontekste gali būti apibrėžti kaip aktyvūs

¹ Don Richie yra žmogus „angelas“, pokalbio pagalba sustabdęs 160 žmonių, kurie norėjo nusižudyti Sidnėjuje nušokdami nuo uolos, vadinados „The Gap“ (Fitzpatrick & River, 2018).

bendruomenės nariai (mokytojai, socialiniai darbuotojai, policininkai, barmenai ir kt.), kurie savo darbe susiduria su dideliu skaičiumi žmonių, tarp kurių gali būti ir žmonių, galvojančių apie savižudybę (Snyder, 1971; Sareen et al., 2013).

Tam, kad į savižudybių prevenciją būtų galima įtraukti bendruomenes ir aktyvius jos narius, svarbu juos apmokyti, kaip reikia atpažinti ir reaguoti į savižudybės riziką. Vienas iš būdų tai padaryti yra savižudybių prevencijos mokymai. Lietuvoje nuo 2016 metų imti vykdyti savižudybių prevencijos mokymai „safeTALK“ (Livingworks, Inc.). Šie keturių valandų mokymai suteikia reikiamų žinių ir įgūdžių, kaip atpažinti žmones, kurie patiria psichologinę įtampą ar sunkumus ir gali galvoti apie savižudybę, kaip užkalbinti ir paklausti tokių žmonių apie savižudybę bei kaip nukreipti juos tolimesnės profesionalios pagalbos. Šiuose mokymuose taip pat siekiama koreguoti klaidingas nuostatas ir didinti mokymų dalyvių praktinį gebėjimą tinkamai reaguoti pastebėjus žmogų, galvojančią apie savižudybę. Svarbu pastebėti, kad šie mokymai buvo sukurti į savižudybių prevenciją žiūrint ne per individo ar simptomo prizmę, bet siekiant į prevencinę veiklą įtraukti bendruomenes, nes yra tikima, kad efektyviausia pagalba gali būti suteikta pačioje bendruomenėje (Lang et al., 2012).

2017 m. Valstybinis visuomenės sveikatos stiprinimo fondas paskelbė konkursą, skirtą stiprinti bendruomenių gebėjimus savižudybių prevencijos srityje savivaldybėse. Projekto tikslas – mokyti bendruomenėse esančius pagalbos teikėjus ir kitus susidomėjusius asmenis apie savižudybę ir kaip tinkamai reaguoti esant savižudybės rizikai. Mokymų finansavimas yra tęstinis ir jo metu įvairiose Lietuvos savivaldybėse esantys visuomenės sveikatos biurai organizuoja „safeTALK“ mokymus savo bendruomenėse.

„safeTALK“ mokymai buvo įtraukti į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą gydytojų, slaugytojų, odontologų, farmacininkų ir visuomenės sveikatos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimosi sąrašą. Tačiau kol kas nebuvo atlikta tyrimų apie šių mokymų poveikį dalyviams Lietuvos kontekste. Todėl nežinoma, ar po mokymų jų dalyviai jaučiasi labiau pasirengę suteikti pagalbą apie savižudybę galvojančiam asmeniui ir ar jaučiasi labiau gebantys tą padaryti. Dar daugiau – nebuvo vertintas ir tokių mokymų ilgalaikis poveikis, t.y. ar per mokymus įgytos žinios ir įgūdžiai išlieka ilgesnį laiką ar, atvirkščiai, greitai nunyksta. Iki šiol buvo vertintas tik mokymų poveikis dalyvių nuostatoms (Jeršovas, 2018).

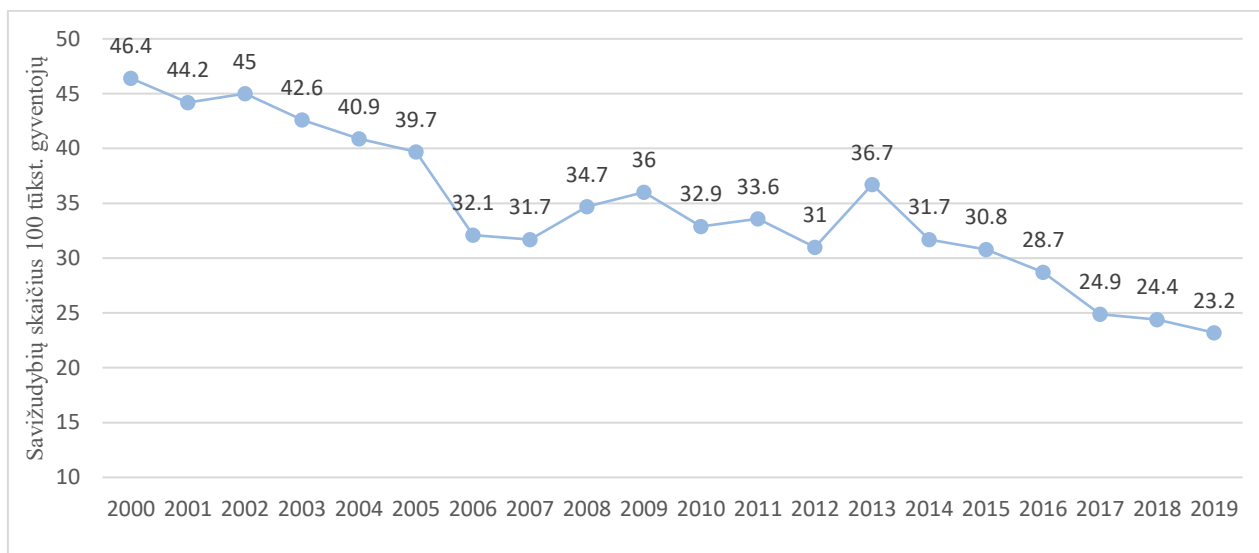
Šio tyrimo tikslas yra įvertinti „safeTALK“ mokymų ilgalaikį poveikį dalyviams, t.y. ar mokymų dalyviai po mokymų jaučiasi labiau pasirengę ir labiau galintys padėti žmogui, kuris yra savižudybės rizikoje. Taip pat siekiama atlikti moderatorių analizę, tiriant, ar mokymų poveikis dalyviams priklauso nuo jų skirtingų individualių charakteristikų (lyties, amžiaus, patirties, profesijos ir pan.). Tokiu būdu siekiama mokslu grįžtais įrodymais prisidėti prie ekspertų ir politikų diskusijos apie šių mokymų poveikį ir reikalingumą Lietuvoje.

1. ĮVADAS

1.1 Savižudybių situacija Lietuvoje

PSO (2014) duomenimis, savižudybių skaičius pasaulyje viršija 800 000 žmonių kasmet, o tai sudaro 11,4 savižudybių 100 tūkstančių gyventojų. Kas 40 sekundžių pasaulyje nusižudo vienas žmogus, o kas 3 sekundes kas nors bando nusižudyti. PSO nurodo, kad savižudybės – antra mirties priežastis jaunimo (15 – 29 m.) tarpe. Lietuvoje kasmet nusižudo apie 700 žmonių, o tai reiškia, kad kasdien nusižudo po 2 žmones (Higienos institutas, 2019). Todėl sutariama, kad savižudybių prevencija reikalauja dėmesio ir efektyvių prevencinių priemonių.

Nors pastaruosius ketverius metus savižudybių skaičiai Lietuvoje stabiliai mažėjo, tačiau Lietuva vis dar pasižymi aukštais savižudybių rodikliais (žr. 1 pav.). Be to, kaip teigia Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimų centro mokslininkai, savižudybių skaičius Lietuvoje dėl Covid-19 sukeltos krizės, gali išaugti, kaip tai buvo pastebėta po 2008 metų ekonominės krizės (VU Suicidologijos tyrimų centras, 2020).



1 pav. Savižudybių skaičius Lietuvoje 100 tūkst. gyventojų, 2000 – 2019 m.

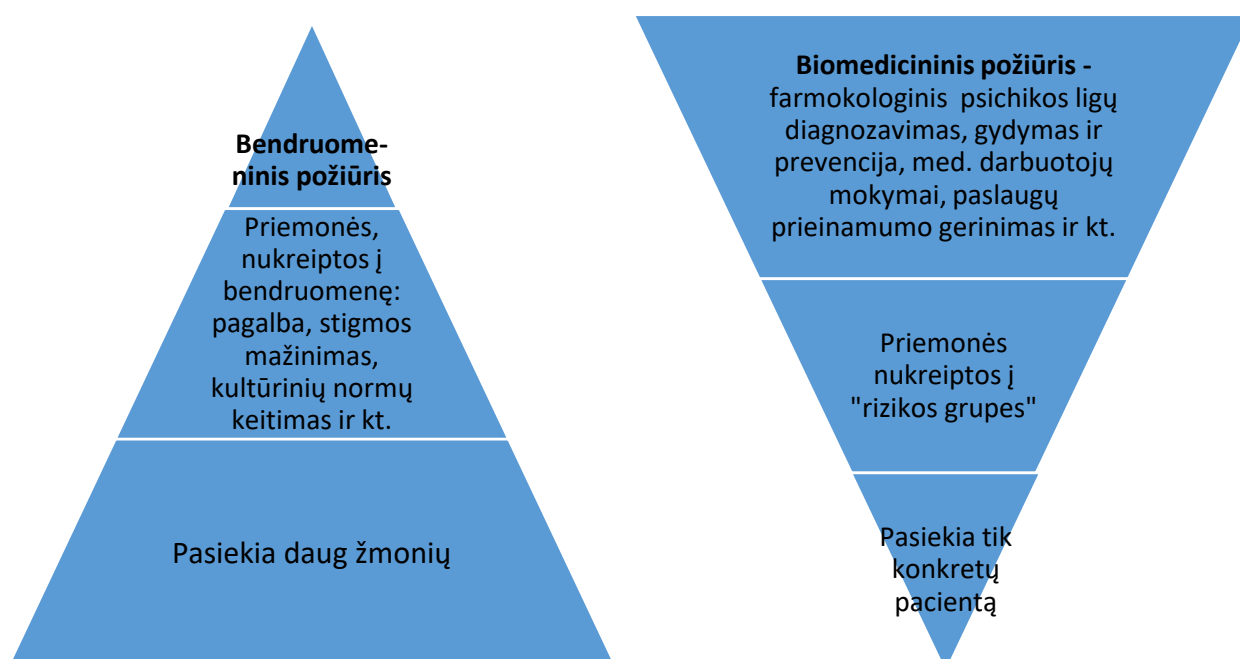
Lietuvos savižudybių rodikliai yra vieni aukščiausių Europos Sąjungoje (ES). 2017 metais ES vidutiniškai 100 tūkst. gyventojų teko 10 savižudybių, Lietuvoje – 23,2 savižudybių. 2010 – 2016 metais 100 tūkst. Lietuvos gyventojų vidutiniškai tekdavo 30 savižudybių (Higienos institutas, 2017), kai tuo tarpu ES šalių narių vidurkis siekia apie 10 savižudybių 100 tūkst. gyventojų (Eurostatas, 2017).

Pasauliniai savižudybių duomenys rodo, kad daugumoje pasaulio valstybių vyrų nusižudo dvigubai daugiau nei moterų. Tačiau Lietuvoje vyrų nusižudo net 4,5 kartus daugiau nei moterų. Dažniausiai Lietuvoje žudosi vidutinio amžiaus provincijoje gyvenantys vyrai, t.y. ta visuomenės

grupė, kuri retai kreipiasi pagalbos į profesionalus (Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras, 2017). Be to, juos sunku pasiekti kitomis priemonėmis (pvz., per informacines kampanijas, visuomenės psichikos sveikatos centrus). Todėl svarbu į prevencinę veiklą įtraukti bendruomenes ir asmenis, kurie yra arti žmonių, patiriančių emocines krizes ir sunkumus.

1.2 Savižudybių prevencijos modeliai

Galima išskirti du vyraujančius požiūrius į savižudybių prevenciją – biomedicininį ir bendruomeninį (žr. 2 pav.).



2 pav. Požiūriai į savižudybių prevenciją

Biomedicininio požiūrio šalininkai laikosi nuomonės, kad psichikos ligų diagnozavimas ir gydymas yra efektyviausias savižudybių prevencijos būdas (D. Wasserman et al., 2012; Zalsman et al., 2016). Bendruomeninio požiūrio šalininkai teigia, kad savižudybių prevencijai labai svarbus kontekstas (Fitzpatrick & River, 2018; Hjelmeland & Knizek, 2017; Hjelmeland & Loa Knizek, 2020; Loa Knizek & Hjelmeland, 2007). Toliau bus detaliau apžvelgti šie du modeliai ir skirtingi požiūriai į savižudybių prevenciją.

1.2.1 Biomedicininis požiūris į savižudybių prevenciją

Biomedicininis požiūris remiasi savižudybės, kaip tam tikro psichikos sutrikimo, koncepcija. Zalsman ir kiti (2016) prestižiniame žurnale *The Lancet* išspausdino straipsnį „Savižudybių prevencijos strategijos: 10 metų sisteminė apžvalga“. Šiame straipsnyje jie įvertino 1797 mokslines studijas, skirtas savižudybių prevencijai. Mokslininkai padarė išvadą, kad prieigos prie mirtinų priemonių (pesticidų ir ypač analgetikų) ribojimas ir savižudybei dažniausiai pasirenkamų vietų tinkama apsauga yra moksliniais tyrimais pagrįstos savižudybių prevencijos strategijos, kurios prisideda prie savižudybių skaičiaus mažinimo. Kita svarbi mokslininkų išvada buvo ta, kad jie susiejo savižudybes su psichikos sutrikimu. Todėl jie teigia, kad efektyvių farmakologinių ir psichologinių gydymo metodų, skirtų depresijai gydyti, naudojimas yra svarbus veiksnys siekiant mažinti savižudybių skaičių. Autoriai sutarė, kad nepakanka mokslinių įrodymų dėl savižudybių prevencijos priemonių naudojimo pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje bei visuomenės švietimo lygmenyje. Galiausiai jie nurodė, kad neužtenka duomenų dėl bendruomenių ir vartininkų mokymų efektyvumo, todėl ši prevencijos priemonė turi būti toliau tiriama.

Šio požiūrio šalininkai remiasi prielaida, kad psichikos sutrikimai yra pagrindiniai savižudybių rizikos veiksniai, todėl jų farmakologinis gydymas iš esmės prisideda prie savižudybių prevencijos (Zalsman et al., 2016). Šis modelis remiasi dvejomis prielaidomis: rizikos veiksnių ir rizikos grupėse esančių individų identifikavimas bei psichikos ligų (ypač depresijos) savalaikis diagnozavimas ir gydymas. Šio modelio stiprybė yra ta, kad visos pastangos ir resursai gali būti tiesiogiai nukreipti į rizikos grupes. Modelio efektyvumas yra patvirtintas daugeliu tyrimų (Cutcliffe, 2013; O'Connor & Pirkis, 2016; Petti, 2015; Danuta Wasserman, 2016; Zalsman et al., 2016). Tačiau praktika rodo, kad tik šis modelis nėra pakankamas savižudybių prevencijai.

Nėra ginčijamasi dėl biomedicininio požiūrio teigiamos įtakos gydant psichikos ligas ir mažinant žmonių kančią, tačiau šis modelis savižudybių prevencijos srityje nėra pakankamas. Galima paminėti šiuos svarbiausius medicininio modelio ribotumus kalbant apie savižudybių prevenciją:

- Psichikos sutrikimai nėra pagrindinė savižudybių priežastis. Psichikos sutrikimai gali turėti įtakos savižudybei, tačiau tyrimai nerodo, kad tai yra pagrindinė savižudybių priežastis. Pavyzdžiui, apie pusės savižudybių negalima paaiškinti psichikos sutrikimų veiksniais. Dauguma žmonių, kurie patenka į taip vadinamas rizikos grupes, nenusižudo. Kita vertus, kiti, kurie į tokias grupes nepatenka, gali nusižudyti (Hjelmeland & Knizek, 2017; Judd, Jackson, Komiti, Bell, & Fraser, 2012). Dyregrov (2008) teigia, kad nuostata „Jeigu nėra psichikos sutrikimo, nėra ir savižudybės

grėsmės“ gali turėti katastrofiškų pasekmių, nes nemaža dalis žmonių nusižudo neturėdami psichikos sutrikimo.

- Depresija nėra pagrindinis savižudybės rizikos veiksnys ir nėra vienareikšmiško priežastinio ryšio tarp depresijos diagnozės ir savižudybių skaičiaus. Mokslininkai nurodo, kad didelė dalis savižudybių negali būti paaiškinamos depresijos sutrikimo diagnoze. Pavyzdžiui, sekant šiuo paaiškinimu, savižudybių moterų grupėje turėtų būti daugiau, nes jos pasižymi aukštesniais depresijos sutrikimo rodikliais. Tačiau žinoma, kad vyrų savižudybių skaičius viršija moterų savižudybių skaičių. Antidepressantais gydomi žmonės taip pat turėtų rečiau bandyti žudytis, tačiau tyrimai to nepatvirtina (Hjelmeland & Knizek, 2017). Be to, šalys, kuriose gerai išvystyta psichikos sutrikimų diagnostavimo ir gydymo sistema, nepasižymi mažesniais savižudybių rodikliais. Tai rodo, kad biomedicininis modelis, kuriame depresija nurodoma kaip pagrindinis rizikos veiksnys, nėra pakankamas (Rajkumar, Brinda, Duba, Thangadurai, & Jacob, 2013).
- Savižudybės ir psichikos sutrikimo sugretinimas turi neigiamos įtakos žmonių pasirengimui ieškoti pagalbos. Pavyzdžiui, jaunų vyrų savižudybių tyrimas Norvegijoje atskleidė, kad savižudybės susiejimas su psichikos sutrikimu sutrukdė jiems kreiptis pagalbos. Pagalbos ieškojimas jiems asocijavosi su psichikos liga, ir tai stabdė juos nuo kreipimosi pagalbos (Rasmussen, Haavind, & Dieserud, 2018).
- Psichiatrinės diagnozės pernelyg supaprastina sudėtingą žmogaus būtį ir jo apsisprendimą mirti suveda į vieną arba kelis simptomus ar rizikos veiksnius. Tokiu būdu nuvertinamas žmogaus gyvenimas ir jo patirtis. Žmonės nėra mašinos, automatiškai reaguojančios į stimulus (rizikos veiksnius). Žmonės yra sudėtingos, maistančios, emociškai save reguliuojančios, prasmės ir santykio siekiančios būtybės, kurios gyvena tam tikrame nuolat kintančiame sociume, turi tam tikrus santykius, kurių įvairiose konsteliacijose ir gali būti priimtas sprendimas nusižudyti bei įvykdyti savižudybę (Fitzpatrick & River, 2018; Hjelmeland & Loa Knizek, 2020).

Apibendrinus galima teigti, kad nors biomedicininis modelis paremtas tyrimais ir jo teigiama įtaka lengvinant sutrikimus neabejotina, tačiau jis vienas neduoda pageidaujamų rezultatų savižudybių prevencijos srityje. Šiame modelyje dėmesys sutelkiamas į sutrikusį asmenį ir nematomas platesnis kontekstas, kuriame žmogus gyvena ir kuris yra svarbus žmogui priimant sprendimą žudytis (Hjelmeland & Knizek, 2011; Loa Knizek & Hjelmeland, 2007). Siekiant suprasti savižudybes ir mažinti jų skaičių, reikia dėmesį kreipti į žmogaus gyvenimą ir jo aplinką. Tam reikalingas kitas požiūris ir kita filosofija.

1.2.2 Bendruomeninis požiūris į savižudybių prevenciją

Bendruomeninio požiūrio šalininkai į savižudybių prevenciją kviečia daugiau dėmesio kreipti į platesnį kontekstą. Jie sutaria, kad nors sprendimas nusizudyti yra individualus asmeninis aktas, už kurio įvykdymą yra atsakingas pats žmogus, tačiau sprendimą nusizudyti žmogus priima ne izoliuotai, o tam tikruose kontekstuose, kuriuose jis yra ir kuriuose jis gyvena. Vadinasi, sprendimas nusizudyti atsiranda ir yra veikiamas susiklosčiusių asmeninių ir šeimos santykių bei ekonominių, socialinių, kultūrinių, politinių ir kitų kontekstų (Shahtahmasebi, 2020; Hjelmeland & Loa Knizek, 2020; White, Marsh, Kral, & Morris, 2016; Gailienė, 2008).

Bendruomeninio požiūrio šalininkai teigia, kad savižudybių prevencija yra visų mūsų reikalas. Jie mato svarbų bendruomenės vaidmenį savižudybių prevencijos kontekste ir mano, kad bendruomenės gali prisidėti prie savižudybių mažinimo. Todėl svarbu orientuotis į pagalbos tinklą bendruomenėse stiprinimą, atkreipiant dėmesį į bendruomenėse esančius pagalbos teikėjus. Esant stipriai bendruomenei, tikėtina, kad apie savižudybę galvojantis žmogus pagalbą galėtų gauti savo bendruomenėje. Šio požiūrio stiprybė yra ta, kad jis apima visą bendruomenę, dėmesys kreipiamas į pagalbos teikėjus, kurie yra arčiausiai žmogaus, galvojančio apie savižudybę.

Bendruomeninis požiūris į savižudybių prevenciją nėra naujas. Snyder (1971) jau prieš 50 metų teigė, kad savižudybė vyksta bendruomenėje, kuomet nebeveikia bendruomeninis pagalbos tinklas. Kuomet bendruomenėje puoselėjama rūpesčio vienas kitu kultūra, savižudybė gali būti pastebėta daug anksčiau ir pagalba gali būti suteikta bendruomenės lygiu. Kai žmogus atsiduria psichiatrinėje ligoninėje, tai parodo, kad bendruomenės pagalbos mechanizmai nesuveikė. Pasak autoriaus, bendruomenės narių ir vartininkų mokymai gali atstatyti bendruomeninį pagalbos mechanizmą ir prisidėti prie savižudybių skaičiaus mažinimo.

Bendruomenėje esančius vartininkus galima suskirstyti į specialistus ir nespecialistus. Specialistai yra tie, kurie turi tam tikrą išsilavinimą medicinos, socialinio darbo ar psichologijos srityse, kurie dirba tam tikrose institucijose ir kurių tiesioginis darbas yra vertinti savižudybės riziką (pvz., medicinos slaugytojos poliklinikose, mokyklos psichologai ir pan.). Nespecialistai yra tie bendruomenės nariai, kurie neturi specialaus išsilavinimo ir kurių darbas nėra tiesiogiai susijęs su savižudybių prevencija, pvz., mokytojai, vadovai, kunigai, policininkai, treneriai ir pan. (Potter, Powell, & Kachur, 1995).

Galima išskirti keletą bendruomeninio požiūrio svarbiausių aspektų, kurie yra naudingi galvojant apie savižudybių prevenciją:

- Savižudybė kaip komunikacija. Savižudybė čia matoma kaip tam tikras asmens patiriamos psichologinės įtampos komunikavimo būdas tiems, kurie yra šalia. Tyrimuose ir praktikoje irgi pastebima komunikacinė savižudybių funkcija, t.y.

didžioji dauguma nusižudžiusių asmenų apie savo savižudiškas mintis tam tikru būdu pranešdavo. Pavyzdžiui, Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimo centro atlikta analizė parodė, kad daugiau nei 80% nusižudžiusių artimųjų nurodė matę suicidinės grėsmės požymius, bet nežinojo kaip į juos reaguoti (Skruibis, 2019). Jeigu nusižudyti galvojantis žmogus tam tikru būdu dažniausiai praneša apie savo ketinimus, vadinasi, labai svarbu, kad pagalbos teikėjai mokėtų tai pastebėti ir tinkamai sureaguoti. Todėl svarbu, kad specializuotuose mokymuose dalyvautų kuo platesnės visuomenės grupės, ne tik su suicidinės rizikos asmenimis susiduriantys specialistai (Skruibis, 2019). Šiuo metu tokių gebėjimų trūksta ne tik bendruomenėse, bet net ir specialistų tarpe. Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuro ataskaitoje (2017) teigiama, kad tiek artimųjų, tiek vartininkų – profesionalų, savo darbinėje veikloje dažnai susiduriančių su krizėje esančiais asmenimis, pavyzdžiui, šeimos gydytojų, policininkų, socialinių darbuotojų, gebėjimas atpažinti ir rimtai vertinti savižudybės krizės ženklus yra ribotas;

- Kitas svarbus bendruomenės įtraukimo aspektas yra stigmos kreiptis pagalbos mažinimas. Tyrimai rodo, kad visuomenėse, kuriose savižudybė prilyginama psichikos ligai, labiau bijoma kreiptis pagalbos (Calear, Batterham, & Christensen, 2014). Dar daugiau – apie savižudybę galvojantis žmogus gali internalizuoti visuomenėje vyraujančią stigmą, o tai dar labiau sumažina tikimybę, kad žmogus kreipsis pagalbos (Vogel, Wade, & Hackler, 2007). Dėl visuomenėje esančios stigmos žmonės bijo pasakyti apie savo mintis, o tai apsunkina galimybę gauti pagalbos pradinėje suicidinio proceso (minčių) stadijoje. Todėl bendruomenės įtraukimas į savižudybių prevenciją ir teisingų nuostatų apie savižudybę diegimas, galėtų mažinti stigmą ir didinti pagalbos prieinamumą;
- Tyrimai rodo, kad apie savižudybę galvojantys žmonės nesikreipia į profesionalus pagalbos dėl to, kad jie nežino, kas jiems galėtų padėti arba nepasitiki specialistais (Corrigan, 2004). Tačiau nors tokie žmonės ir retai patys kreipiasi profesionalios pagalbos, jie ieško pagalbos savo socialiniame rate ir bendruomenėse (Michelmore & Hindley, 2012). Tyrimai rodo, kad daugiausia galimybių pastebėti apie savižudybę galvojantį asmenį turi žmonės, kurie yra arčiausia tokio žmogaus (Wyman & Brown, 2010);
- Tam tikros grupės žmonių sunkiai priima sveikatos apsaugos sistemoje teikiamas paslaugas (Mann et al., 2005; Rihmer & Rutz, 2012). Pavyzdžiui, Rutz ir Rihmer

(2009) nustatė, kad norint spręsti vyrų savižudybių klausimą, neužtenka vien didinti paslaugų prieinamumą, nes tam tikros visuomenės grupės (pvz., vyrai) rečiau jomis naudojasi. Mokslininkai teigė, kad yra reikalingi inovatyvūs sprendimai, būtinas darboviečių, bažnyčios, įvairių klubų bei šeimos ir draugų, kurie yra tinkamai apmokyti, įtraukimas. Mann ir kiti (2005) nurodo, kad kaimo bendruomenėse vartininkai yra arčiausiai žmonių, kuriems labiausiai reikia pagalbos ir kurie patys pagalbos neretai neieško dėl baimės ir stigmatos. Vartininkų mokymai gali mažinti savižudybių skaičių, ypač kuomet vartininkų vaidmenys yra aiškūs, aiški pagalbos teikimo sistema bendruomenėje;

- Savižudybių prevencijos mokymai bendruomenės nariams yra labiau pritaikyti konkrečios bendruomenės poreikiams. Juos vykdo žmonės, kurie pažįsta tą bendruomenę ir žino apie prieinamą pagalbą joje. Tokiu būdu taip pat yra kuriama prevencinė kultūra bendruomenėje. Visų sutelkimas, jautrumo vienas kitam didinimas ir mokymai, kaip elgtis pastebėjus savižudybės riziką, yra labai svarbus savižudybių prevencijos elementas (Isaac et al., 2009);
- Galiausiai tyrimai rodo, kad visos bendruomenės įtraukimas į savižudybių prevenciją mažina savižudybių skaičių. Vienas didžiausių ES finansuojamų savižudybių prevencijos projektų „Gelbėti ir įgalinti Europos jaunimą“ buvo vykdomas 10 ES šalių. Tyrimo metu buvo atrinkta 118 mokyklų, kuriose vyko savižudybių prevencijos mokymai. Mokymų metu apmokyta 11 tūkst. moksleivių. Po mokymų atliktas tyrimas parodė, kad tose mokyklose, kuriose vyko projektas, sumažėjo galvojančių apie savižudybę ir bandančių žudytis skaičius palyginus su mokyklomis, kuriose toks projektas nebuvo vykdomas (O'Connor & Pirkis, 2016).

Žinoma, bendruomeninio modelio probleminė vieta yra ta, kad priemonės yra nukreiptos ne tiesiogiai į rizikos grupes, bet į visą visuomenę apskritai. Dėl to gali išaugti intervencijos kaštai, laiko sąnaudos, sunkiau išmatuoti tokių priemonių įtaką ir poveikį.

Apibendrinus galima pasakyti, kad šiuo metu pripažįstama, jog norint iš esmės sumažinti savižudybių skaičių, yra reikalinga savižudybių prevencijos strategija, kuri apimtų abu požiūrius – tiek biomedicininį, tiek ir bendruomeninį (PSO, 2014). Dauguma pažangių valstybių naudoja abu požiūrius siekdamas geresnių savižudybių prevencijos rezultatų. Bendruomenės narių mokymai yra svarbi priemonė, kuri įtraukiama į daugelio šalių nacionalines savižudybių prevencijos strategijas (Mann et al., 2005; PSO, 2014; Vijayakumar & Phillips, 2016).

1.3 Savižudybių prevencijos mokymų vertinimo svarba ir problemos

Kadangi savižudybės įvyksta palyginus retai, nėra lengva įvertinti savižudybių prevencijos mokymų poveikį savižudybių skaičiaus mažinimui. Yra sukurta nemažai vartininkų mokymų programų, tačiau trūksta moksliai pagrįstų tokių mokymų vertinimų. Todėl sunku pasakyti, kurie mokymai turi daugiausia poveikio dalyviams, ar mokymų poveikis yra ilgalaikis, ar jis sietinas su besikeičiančia elgsena ir pan. Norint atsakyti į šiuos klausimus, svarbu vertinti tokias mokymų programas.

Dauguma savižudybių prevencijos programų vertinimų yra epizodiški, metodologiškai silpni ir mažos apimties. Kaip nurodo mokslininkai, nėra tokių programų vertinimo „auksinio standarto“ ar visuotinai priimtino vertinimo instrumento (Yonemoto, Kawashima, Endo, & Yamada, 2019). Paprastai vertinamas tik mokymų dalyvių pasitenkinimas, jų reakcijos (Burnette, Ramchand, & Ayer, 2015), o tokie vertinimai neparodo mokymų poveikio dalyviams.

Vertinant mokymų poveikį dažniausiai naudojamas Kirkpatricko (2006) keturių lygių metodologinis mokymų vertinimo modelis. Šis vertinimo modelis apima keturis mokymų lygius: vertinamos dalyvių reakcijos (patiko/nepatiko mokymai), dalyvių teorinis išmokimas (ar keičiasi žinios), elgsenos pokyčiai (ar dalyviai labiau pasirengę išbandyti naują elgseną) ir galutinis rezultatas (ar keičiasi situacija, pvz., mažėja savižudybių skaičius). Pritaikius šį modelį savižudybių prevencijos mokymams, turėtume vertinti dalyvių pasitenkinimą mokymais, dalyvių išmokimą (žinias), dalyvių elgseną ar elgsenos intenciją ir savižudybių skaičiaus tam tikroje bendruomenėje pokytį.

Suprantama, kad įvertinti ketvirtą Kirkpatricko (2006) mokymo lygį ir sukurti metodologiškai pagrįstą instrumentą, kuris leistų įvertinti, ar savižudybių prevencijos mokymai mažina savižudybių skaičių, yra gana sudėtinga. Tačiau tokių bandymų taip pat yra. Pavyzdžiui, Walrath ir kiti (2015) palygino 479 JAV apygardas, kuriose buvo vykdomi savižudybių prevencijos mokymai su 1161 apygardomis, kuriose tokie mokymai nevyko. Mokslininkai nustatė statistiškai mažesnę savižudybių skaičių jaunimo tarpe tose apygardose, kuriose buvo vykdomi prevenciniai mokymai (1,33 savižudybėmis mažiau 100 tūkst. gyventojų) lyginant jas su apygardomis, kur tokie mokymai nebuvo vykdomi. Šiame tyrime taip pat buvo įvertinta, kad tokiu būdu galėjo būti išgelbėtos 479 gyvybės. Nors vertinimo rezultatai yra pozityvūs, tačiau mokslininkai pastebėjo, kad mokymų poveikis nebuvo ilgalaikis ir vėliau skirtumas sumažėjo.

Kiti mokslininkai taip pat atkreipia dėmesį į tai, kad mokymų poveikis dalyviams gali priklausyti ne tik tiesiogiai nuo mokymų, bet nuo kitų išorinių veiksnių (Burnette et al., 2015). Prie svarbesnių išorinių veiksnių galėtume priskirti visuomenės požiūrį ar institucinius barjerus imtis veiksmų (pvz., ar savo darbovietėje vartininkas turi galimybę imtis prevencinių veiksmų, ar turi laiko, ar yra privatumo galimybė ir pan.). Taip pat svarbios gali būti ir asmeninės mokymų dalyvių

charakteristikos (profesija, lytis, amžius ir pan.). Nuo šių parametru taip pat gali priklausyti, ar ir kiek įtakos mokymai turės žmogui.

Taigi nors yra sukurta nemažai savižudybių prevencijos mokymų, skirtų bendruomenėms, trūksta tokių programų vertinimų. Todėl svarbu kurti vertinimo priemones, kurios leistų vertinti mokymų poveikį dalyviams naudojant standartizuotus tyrimo instrumentus.

1.4 Elgsenai įtakos turintys veiksniai: teorinis modelis

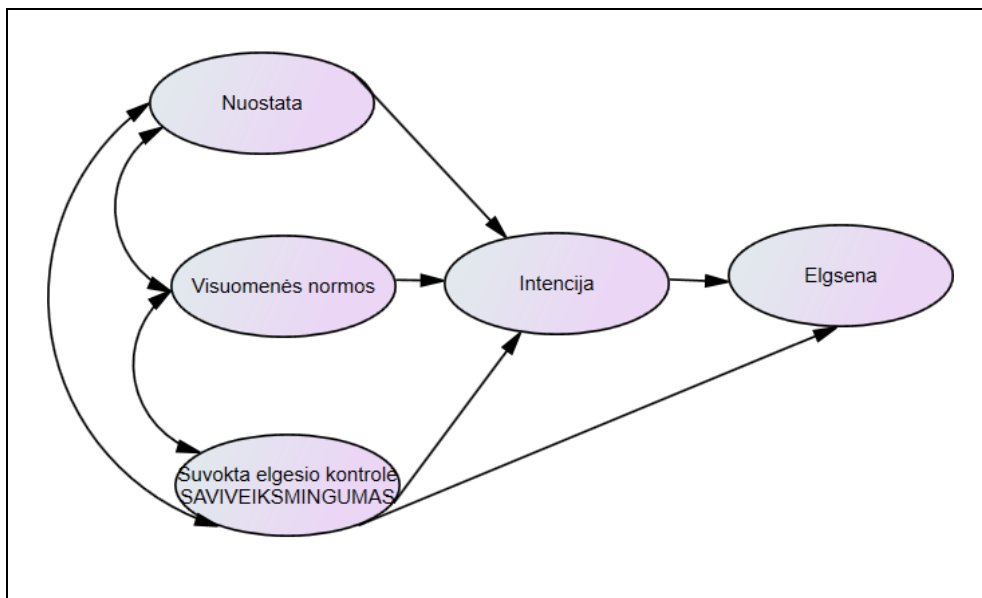
Norint atsakyti į klausimą, ar savižudybių prevencijos mokymai bendruomenėse prisideda prie savižudybių prevencijos, reikia visų pirma įvertinti mokymų įtaką prevencinei dalyvių elgsenai. Prevencinė dalyvių elgsena čia suprantama kaip dalyvių gebėjimas atpažinti savižudybės rizikoje esantį asmenį, kalbėtis su juo apie savižudybę ir nukreipti jį tolimesnės pagalbos (Holmes et al., 2019). Siekiant sumažinti savižudybių skaičių, bendruomenės nariai turėtų jaustis pasirengę imtis prevencinių veiksmų ir galintys jų imtis.

Norint suprasti, kas gali daryti didžiausią įtaką žmogaus elgesiui, naudinga remtis elgesio teorijomis. Socialiniuose moksluose viena dažniausiai naudojamų elgesio teorijų yra Ajzen (1991) pasiūlyta planuoto elgesio teorija. Ši teorija sėkmingai buvo naudojama siekiant paaiškinti platų socialinės elgsenos spektrą.

Ajzen (1991/2012) teigia, kad žmogaus elgseną galimą prognozuoti remiantis jo nuostatomis, egzistuojančiomis visuomenės normomis bei asmens suvokta elgesio kontrole. Nuostata čia suprantama ne tik kaip žmogaus nusiteikimas į elgesio objektą, bet ir kaip „aktyvus pasirengimas veikti tam tikru būdu, kuris yra panašus į psichoanalitikų varos sąvoką“ (cit. iš Oskamp & Schultz, 2005, p. 8). Visuomenės normos čia suprantamos kaip žmogaus subjektyvūs įsitikinimai apie tai, kaip visuomenė vertina tam tą elgseną, pvz., suvokiamas visuomenės spaudimas imtis arba nesiimti tam tikrų veiksmų. Elgesio kontrolė čia suprantama kaip žmogaus subjektyvus suvokimas, kad elgsena priklauso nuo jo paties ir kad jis jaučiasi galintis taip elgtis (Ajzen, 1991; Ajzen, 2012; Fishbein & Ajzen, 2005).

Socialinėje kognityvinėje elgesio teorijoje dar labiau pabrėžiama saviveiksmingumo svarba. Saviveiksmingumui ypač daug dėmesio skyrė socialinės kognityvinės teorijos pradininkas Bandura (2001). Pasak jo, norint paaiškinti ir prognozuoti žmogaus elgesį, tyrinėti vien žmogaus turimas žinias nepakanka, nes žmogus nėra vien žinių nešiotojas ir veiksmų atlikėjas. Žmogus turi pajudėti nuo žinių ir minties iki veiksmo (Bandura, 2001). Tam įtakos turi keletas veiksnių, tarp kurių svarbus yra saviveiksmingumas. Saviveiksmingumą Bandura apibrėžia kaip „žmogaus tikėjimą savo gebėjimu atlikti tam tikrą veiksmą arba kontroliuoti savo elgesį, kuris reikalingas tam tikram tikslui

pasiekti“ (Bandura, 1998, p. 624). Kuomet saviveiksmingumas aukštas, tai žmogus pasitiki savo gebėjimais, jaučiasi galintis ne tik imtis veiksmų, bet ir kontroliuojantis savo elgesį ir galintis pasiekti norimų rezultatų. Teorinis elgsenos modelis yra pateiktas 3 paveiksle.



3 pav. Elgsenos prognozavimo teorinis modelis (Ajzen, 1991/2012; Bandura, 2001)

Ajzen (2011/2012) atlikta socialinės elgsenos tyrimų metaanalizė parodė, kad jo modelis gali prognozuoti intenciją imtis veiksmų. Modelis gali paaiškinti apie 36-45 proc. intencijos ir apie 25 proc. paties elgsenio (Ajzen, 2012; Ajzen & Fishbein, 2005; Luzzi & Spencer, 2008). Tyrimai taip pat parodė, kad nuostatos ir suvokta elgsenio kontrolė (saviveiksmingumas) yra svarbesni elgsenio numatymo veiksniai nei visuomeninės normos. Visuomenės normos tampa svarbios tik tuomet, kuomet jos yra labai radikaliai ir poliarizuotos, tačiau kuomet jos tokios nėra, jų svarba labai sumažėja (Ajzen, 2012).

1.5 Kas yra žinoma apie savižudybių prevencijos mokymų įtaką elgsenai?

Ajzen (1991/2012) pasiūlyta planuoto elgsenio teorija buvo taikoma ir siekiant įvertinti savižudybių prevencijos mokymus. Bandoma atsakyti į klausimą, kurie veiksniai turi daugiausia įtakos prevencinei elgsenai ir kaip jie yra veikiami savižudybių prevencijos mokymų (Bartgis & Albright, 2016; Kuhlman, Walch, Bauer, & Glenn, 2017; Osteen, Frey, Woods, Ko, & Shipe, 2016; Osteen, 2018).

Savižudybių prevencijos mokymų analizė rodo, kad nėra vienareikšmio atsakymo, kurie faktoriai labiausiai lemia prevencinę elgseną, tačiau atlikti tyrimai rodo tam tikras tendencijas, kurios yra svarbios norint ją prognozuoti. Toliau bus aptarta keletas mokslinėje literatūroje išskiriamų faktorių, susijusių su prevencine elgsena.

Žinios. Savižudybių prevencijos mokymų metaanalizė parodė, kad nors žinios dažnai vertinamos analizuojant mokymų poveikį dalyviams, tačiau žinios nėra lemiamas faktorius, veikiantis vartininko elgesį (Holmes et al., 2019; Osteen, 2018).

Nuostatų reikšmė savižudybių prevencijos srityje yra svarbi. Tyrimai rodo, kad vartininkų nuostatos savižudybių atžvilgiu sąmoningai ir nesąmoningai, tiesiogiai ir netiesiogiai gali veikti jų pasirengimą imtis prevencinių veiksmų (Lang et al., 2012; Wyman et al., 2006). Pavyzdžiui, Osteen (2016) atliktas tyrimas parodė, kad nuostatos tiesiogiai veikia saviveiksmingumą ir prevencinę elgseną. Kuomet neigiamos nuostatos savižudybių atžvilgiu mažėjo, didėjo saviveiksmingumas ir tikimybė, kad asmuo imsis prevencinės elgsenos. Tačiau tyrime nenustatyta, kad nuostatos veiktų kaip moderatorius. Vadinasi, nors neigiamos nuostatos mažina prevencinės elgsenos tikimybę, tačiau faktinis nuostatų lygis neapsprendžia prevencinės elgsenos apskritai. Kuhlman ir kiti (2017) nustatė, kad nuostatų įtaka prevencinei elgsenai nėra lemiamas ir kad saviveiksmingumas geriau prognozuoja prevencinę elgseną.

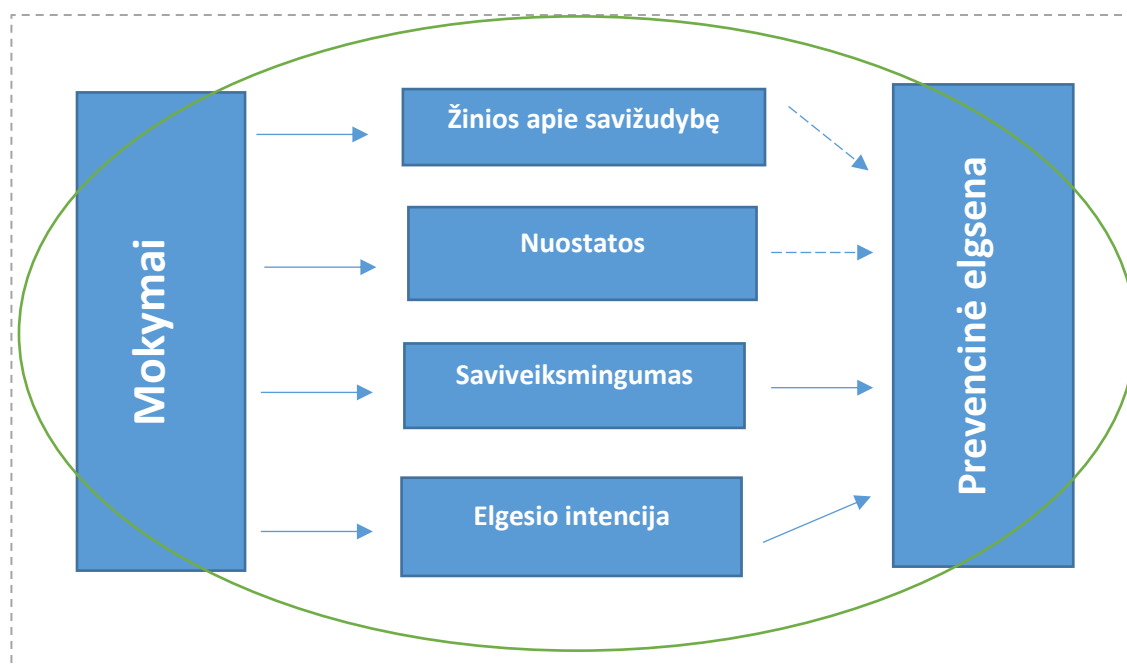
Saviveiksmingumas. Didžiojoje dalyje tyrimų randamas ryšys tarp saviveiksmingumo ir prevencinės elgsenos (Kuhlman et al., 2017; Osteen et al., 2016; Osteen, 2018). Kuhlman ir kiti (2017) atliktas tyrimas patvirtino planuojamo elgesio teoriją ir parodė, kad suvokta elgesio kontrolė (saviveiksmingumas) turėjo stipriausią įtaką ketinimui paklausti, ar žmogus galvoja apie savižudybę, ir ketinimui nukreipti žmogų tolimesnės pagalbos. Nuostatos ir saviveiksmingumas kartu paaiškino 59 proc. dalyvių nurodyto pasirengimo paklausti žmogaus apie savižudybę. Autoriai daro išvadą, kad saviveiksmingumas yra svarbus veiksnys, galintis prognozuoti dalyvių prevencinę elgseną, todėl mokymai, kurie didina saviveiksmingumą, tikėtina, didins ir dalyvių prevencinę elgseną.

Osteen (2016) tyrė socialinio darbo magistrantūros studentus. Tyrimas parodė, kad saviveiksmingumas buvo vienintelis faktorius, kuris turėjo ryšį su prevencine elgsena prieš ir po mokymų. Autoriai padarė išvadą, kad kuomet pasitikėjimas sėkmingai atlikti prevencinę elgseną padidėja, padažnėja ir pati prevencinė elgsena. Autoriai taip pat nustatė, kad visi faktoriai kartu (žinios, nuostatos ir saviveiksmingumas) paaiškino trečdalį elgsenos po mokymų pokyčių. Autoriai taip pat nustatė, kad po mokymų padidėjo dalyvių saviveiksmingumas ir kad aukštesnis saviveiksmingumas prognozavo prevencinę elgseną.

Bartgis ir Albright (2016) vertino savižudybių prevencijos mokymų dalyvių pasirengimą imtis veiksmų, tikimybę, kad asmuo imsis veiksmų, dalyvių saviveiksmingumą bei dalyvių prevencinę elgseną. Tyrimo rezultatai parodė, kad išaugus pasirengimui, tikimybei imtis veiksmų ir saviveiksmingumui, padidėjo ir prevencinės elgsenos atvejų, o saviveiksmingumas turėjo didžiausią įtaką prevencinei elgsenai.

Elgesio intencija. Apžvelgti tyrimai rodo, kad elgesio intencija daro poveikį prevenciniam elgesiui (Albright, Davidson, Goldman, Shockley, & Timmons-Mitchell, 2016;

Kuhlman et al., 2017; P. Osteen et al., 2016; Robinson et al., 2018). Tyrimai rodo intencijos svarbą vertinant mokymų dalyvių prevencinius veiksmus. Dalyviai, kurie nurodo, jog yra labai tikėtina, kad jie paklaus žmogaus apie savižudybę, tą dažniau ir padaro (Bartgis & Albright, 2016; Kuhlman et al., 2017). Osteen ir kiti (2016) savo tyrime patvirtino Ajzen planuoto elgesio teoriją ir nustatė tiesioginį ryšį tarp dalyvio elgesio intencijos imtis prevencinės elgsenos ir realių jo veiksmų. Todėl autoriai daro išvadą, kad efektyvūs prevencijos mokymai turi daryti įtaką dalyvių intencijai imtis prevencinio elgesio, nes tai reiškia ir daugiau faktinio prevencinio elgesio.



4 pav. Mokymų ir intervencinės elgsenos ryšys (Burnette et al., 2015)

4 paveiksle grafiškai pavaizduota, kas yra žinoma apie prevencinę elgseną veikiančius veiksnius savižudybių prevencijos mokymų kontekste. Punktyrinės rodyklės tarp veiksmų ir elgsenos rodo, kad ryšys nėra lemiamas, o rodyklės be pertrūkių rodo, kad keliuose tyrimuose randamas ryšys tarp šių veiksmų ir prevencinės elgsenos.

Kelias nuo mokymų iki prevencinės elgsenos nėra tiesus ir vienkryptis. Kaip jau buvo minėta, taip pat svarbu atkreipti dėmesį ir į netiesioginius veiksnius, kurie neabejotinai daro įtaką elgsenai, tačiau kurių elgesio teorija neapima. Jie priklauso tiek nuo vidinių (saviveiksmingumas, pasirengimas padėti, nuostatos), tiek ir nuo išorinių faktorių (institucinės sąrangos, kurioje dirba vartininkai ir kt.). Pavyzdžiui, Kuhlman ir kiti (2017) nustatė, kad situaciniai barjerai (privatumo trūkumas, laiko trūkumas ir pan.) daro tiesioginę neigiamą įtaką tiek saviveiksmingumui, tiek ir prevencinei elgsenai. 4 paveiksle pilka punktyrinė linija simbolizuoja kultūrinį, socialinį, darbinį kontekstą, kuris gali būti palaikantis arba ribojantis (pvz., ar darbovietė sudaro sąlygas vartininkams imtis prevencinių veiksmų, t.y. skiria laiko, užtikrina privatumą, pan.). Žalias ovalas simbolizuoja

individualias vartininko charakteristikas (jo profesiją, patirtį, lytį, amžių ir pan.). Nuo šių parametru taip pat gali priklausyti, ar ir kiek įtakos mokymai turės žmogui (Burnette, Ramchand, & Ayer, 2015). Todėl svarbu atsižvelgti ne tik į elgsenos komponentus, bet ir vertinti aplinkos ir individualių mokymo dalyvių charakteristikų įtaką jų prevencinei elgsenai.

1.6 Kas yra žinoma apie ilgalaikį mokymų poveikį dalyviams?

Nors savižudybių prevencijos mokymų vertinimas rodo, kad po mokymų pagerėja dalyvių žinios, saviveiksmingumas, įgūdžiai bei jų intencija imtis veiksmų, tačiau svarbu atsakyti į klausimą, ar šie pokyčiai turi ilgalaikį ar tik labai ribotą trumpalaikį poveikį.

Holmes ir kiti (2017), atlikę 47 savižudybių prevencijos mokymų ilgalaikio poveikio dalyviams analizę, vertino mokymų ilgalaikį poveikį saviveiksmingumui, nuostatoms, intencijai imtis veiksmų ir prevencinei elgsenai. Toliau yra pateikti jų tyrimo rezultatai.

Saviveiksmingumas. Holmes ir kitų (2017) apžvelgtuose tyrimuose, kuriuose buvo vertinama mokymų įtaka saviveiksmingumui prieš ir iškart po mokymų, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi pokyčiai. Tyrimai rodo, kad saviveiksmingumas yra vienas stabiliausių faktorių, kuris net ir praėjus tam tikram laikui po mokymų sumažėja mažiausiai. Iš apžvelgtų tyrimų trijose studijose nebuvo nustatytas statistiškai reikšmingas saviveiksmingumo sumažėjimas net ir praėjus kuriam laikui po mokymų, o dešimt studijų parodė, kad nors saviveiksmingumas ir sumažėjo praėjus kuriam laikui, tačiau jis statistiškai reikšmingai skyrėsi (buvo aukštesnis) nuo saviveiksmingumo prieš mokymus. Apibendrinus galima pasakyti, kad mokymai veikia saviveiksmingumą ir jis išlieka aukštesnis nei prieš mokymus net ir praėjus 1, 3 ar 6 mėnesiams po mokymų (Holmes et al., 2019).

Nuostatos. Tik dviejose iš Holmes ir kitų (2017) apžvelgtų tyrimų buvo nustatyta, kad nuostatos išlieka pasikeitusios net ir praėjus kažkuriam laikui po mokymų, tačiau abi šios studijos turi metodologinių trūkumų (dėl lubų efekto ir dėl labai trumpo laiko tarpo po mokymų. Kitos studijos rodo, kad mokymai neturi ilgalaikio poveikio nuostatoms. Lietuvoje atliktas “safeTALK” mokymų poveikio dalyvių nuostatoms tyrimas parodė, kad praėjus mėnesiui po mokymų dalyvių nuostata, jog savižudybė yra nuspėjama, išlieka sumažėjusi, nors kitos dalyvių nuostatos liko nepakitusios lyginant jas su nuostatomis prieš mokymus (Jeršovas, 2018). Apibendrinus, galima pasakyti, kad mokymai neturi ilgalaikio poveikio nuostatoms ir galima kalbėti tik apie trumpalaikį mokymų poveikį nuostatoms (Holmes et al., 2019).

Intencija imtis veiksmų. Atliktų tyrimų analizė rodo, kad nėra vienareikšmiško atsakymo, ar mokymai turi ilgalaikį poveikį dalyvių intencijai imtis prevencinių veiksmų. Dviejose studijose nustatyta, kad intencija imtis veiksmų iš karto po ir praėjus tam tikram laikui po mokymų

reikšmingai nesumažėjo. Kitose studijose nustatyta, kad nors intencija imtis prevencinių veikslių iškart po mokymų ir padidėja, tačiau, praėjus tam tikram laikui po mokymų, ji sumažėja ir nesiskiria nuo intencijos imtis veikslių prieš mokymus.

Preveninė elgsena. Keturiuose studijose fiksuota mokymų įtaka prevencinės elgsenos pokyčiams. Dviejose studijose nustatyta, kad iš trijų prevencinių elgsenų (atpažinti, paklausti, nukreipti) tik nukreipimo elgsena praėjus laikui po mokymų padažnėjo. Rallis ir kiti (2018) nustatė, kad praėjus trimis mėnesiams po mokymų dalyviai dažniau nukreipdavo asmenis, turinčius minčių apie savižudybę, profesionalios pagalbos. Kiti autoriai neužfiksavo elgsenos pokyčių praėjus kuriam laikui po mokymų. Pavyzdžiui, Sareen ir kiti (2013) vertino dviejų dienų savižudybių intervencijos mokymus ASIST. Praėjus 6 mėn. po mokymų jie neužfiksavo, kad prevencinė elgsena padažnėtų lyginant ją su kontroline grupe. Apibendrinę tyrimų rezultatus, autoriai teigia, kad praėjus tam tikram laikui po mokymų stebimi nedideli pokyčiai dalyvių veiksmuose nukreipti žmogų tolimesnės pagalbos, o dalyvių veiksmuose atpažinti ir paklausti apie savižudybę tie pokyčiai nereikšmingi (Holmes et al., 2019).

1.7 Kas yra žinoma apie savižudybių prevencijos mokymų moderatorius?

Moderatorių analizė yra svarbus tyrimų aspektas. Moderatorių analizė leidžia įvertinti skirtingą mokymų įtaką priklausomai nuo dalyvių savybių. Moderatorių analizė leidžia spręsti apie mokymų universalumą arba specifiškumą.

Įvairūs autoriai, aptardami tolimesnes savižudybių prevencijos tyrimų gaires nurodo, kad norint geriau suprasti mokymų poveikį dalyviams labai svarbu analizuoti mokymų poveikio moderatorius, tokius kaip lytis, amžius, dalyvio vaidmuo tam tikrame kontekste, ankstesnių mokymų patirtis (Albright et al., 2016; Holmes et al., 2019; P. J. Osteen, 2018; Zinzow, Thompson, Fulmer, Goree, & Evinger, 2018). Neretai moderatorių analizė negalima dėl gana mažo tiriamųjų skaičiaus, tačiau keliuose tyrimuose buvo analizuota moderatorių įtaka prevenciniams savižudybių mokymams. Apžvelgus tyrimus, matomos šios tendencijos:

Lytis. Savižudybių prevencijos mokymų apžvalga parodė, kad lytis neturi įtakos dalyvių mokymuisi (Burnette et al., 2015; Rallis et al., 2018). Mokymų dalyvių lytis neturėjo poveikio dalyvių žinioms, nuostatoms, saviveiksmingumui ir prevencinei elgsenai.

Amžius. Nėra daug tyrimų, kuriuose būtų analizuojamas mokymų poveikis skirtingo amžiaus dalyviams. Tompkins ir Witt (2010) nustatė, kad jaunesnių dalyvių nuostatos per mokymus keitėsi į palankesnes labiau nei vyresnių dalyvių. Lygnugarytė – Griškienė (2020) nustatė, kad

savižudybių intervencijos mokymai turi skirtingą poveikį dalyviams priklausomai nuo amžiaus: jaunesnio amžiaus specialistų (<45 m.) savižudybių intervencijos įgūdžiai praėjus 6 mėn. po mokymų buvo prastesni nei vyresnio amžiaus dalyvių. Autorė tai aiškina tuo, kad jaunesni specialistai laikosi nuomonės, kad jie viską žino ir mokymuose dalyvauja gana atsainiai. Tuo tarpu vyresni specialistai labiau įsitraukia į mokymus. Tai gali paaiškinti atsiradusį skirtumą tarp įgūdžių.

Vaidmuo ir profesija. Tyrimai rodo, kad mokymai daro skirtingą įtaką dalyvių mokymuisi priklausomai nuo jų profesijos (Norheim, Grimholt, Loskutova, & Ekeberg, 2016; Norheim, Grimholt, & Ekeberg, 2013; Shannonhouse, Lin, Shaw, & Porter, 2017). Tyrimai, atlikti mokyklos kontekste, parodė, kad dalyvio vaidmuo (ar dalyvis yra mokytojas, ar administracijos darbuotojas) veikia kaip moderatorius vertinant saviveiksmingumą (Lamis, Underwood, & D'Amore, 2017).

Dalyvavimas ankstesniuose mokymuose. Tyrimai rodo, kad ankstesnė mokymų patirtis gali veikti kaip moderatorius mokymosi procese. Dalyviai, kurie turi daugiau savižudybių prevencijos mokymų patirties, turi daugiau naudos iš mokymų nei dalyviai, kurie tokios patirties neturi (Cross et al., 2011; Shannonhouse et al., 2017; T. Tompkins, Witt, & Witt, 2009).

Sąlyčio su savižudybe patirtis. Tyrimai rodo, kad dalyvio sąlytis su savižudybe gali turėti įtakos jo mokymosi procesui. Tompkins ir Witt (2010) nustatė, kad dalyvių, kurie yra susidūrę su savižudybe darbinėje aplinkoje, saviveiksmingumas pagerėjo labiau nei dalyvių, kurie tokios patirties neturėjo. Tos pačios išvados priėjo ir Cross ir kiti (2011). Jie nustatė, kad dalyviai, kurie pažinojo žmogų, turintį minčių apie savižudybę, po mokymų dažniau imdavosi prevencinių veiksmų negu tie dalyviai, kurie tokios patirties neturėjo.

Dalyvių mintys apie savižudybę. Tyrimų, kuriuose būtų analizuojamas mokymų poveikis dalyviams priklausomai nuo to, turėjo jie minčių apie savižudybę ar ne, nėra daug (Bailey, Spittal, Pirkis, & Gould, 2017; Lygnugarytė-Griškienė, 2020). Bailey ir kiti (2017) nustatė, kad “safeTALK” mokymai neturi neigiamos įtakos dalyvių, turinčių minčių apie savižudybę, savijautai. Lygnugarytės – Griškienės (2020) tyrimo rezultatai rodo, kad dalyvių mintys apie savižudybę turi įtakos jų mokymosi procesui: praėjus 6 mėnesiams po mokymų savižudybių intervencijos įgūdžiai tiriamiesiems, kuriems patiems buvo būdinga savižudybės rizika, reikšmingai suprastėjo.

Apibendrinus galima pasakyti, kad nėra daug tyrimų, kurie analizuotų savižudybių prevencijos mokymų moderatorius, o tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiški ir priklauso nuo mokymų programos, konteksto ir kitų parametrų. Nebuvo rasta tyrimų, kurie analizuotų “safeTALK” mokymų moderatorius, todėl jų analizė yra svarbi. “safeTALK” mokymai jų kūrėjų pristatomi kaip universalūs ir pritaikyti įvairioms dalyvių grupėms, todėl svarbu įsitikinti, ar iš tikrųjų jų poveikis dalyviams yra panašus nepriklausomai nuo jų skirtingų charakteristikų.

1.8 “safeTALK” mokymai Lietuvoje ir jų vertinimas

“safeTALK” yra standartizuoti 4 val. savižudybių prevencijos mokymai, skirti bendruomenei įgauti svarbiausių savižudybių prevencijos žinių ir įgūdžių. Pasak kūrėjų, “safeTALK” mokymai pasižymi universalumu ir gali būti vedami įvairioms dalyvių grupėms (Lang et al, 2012). Mokymai sukurti Kanados mokymų įmonės Livingworks. “safeTALK” metu dalyviai mokomi keturių žingsnių: atpažinti asmenis, kurie gali galvoti apie savižudybę, užkalbinti ir tiesiai paklausti apie savižudybę, išklaudyti ir rimtai priimti asmens mintis apie savižudybę ir pasiūlyti bendruomenėje prieinamą profesionalią pagalbą. “safeTALK” metu taip pat skiriamas dėmesys pagrindinių mitų, kurie trukdo žmonėms imtis prevencinių veiksmų, analizei.

Lietuvoje “safeTALK” mokymai buvo adaptuoti ir pradėti vesti nuo 2017 m. Vilniaus miesto savivaldybėje įgyvendinant Vilniaus miesto savivaldybės Savižudybių prevencijos 2016 – 2019 m. strategiją. 2017 m. mokymuose dalyvavo apie 2500 Vilniuje gyvenančių ir dirbančių žmonių. Nuo 2018 m. mokymai vyksta visoje Lietuvoje per Visuomenės sveikatos biurų tinklą. 2018 m. visoje Lietuvoje apmokyta 4000, o 2019 m. – 3500 pagalbos teikėjų (Savižudybių prevencijos mokytojų asociacijos metinės ataskaitos, 2018, 2019).

Mokymų metu naudojami įvairūs informacijos pateikimo metodai – pristatymas, diskusija, trumpi vaizdo įrašai, praktinis įgytų žinių ir įgūdžių išbandymas. Mokymų metu kiekvienas dalyvis gauna parengtą informacinį lapą apie prieinamos profesionalios pagalbos galimybes jo bendruomenėje. Mokymus veda sertifikuoti lektoriai.

Tikimasi, kad po mokymų dalyviai gebės:

- ✓ Atpažinti žmones, kurie gali turėti minčių apie savižudybę;
- ✓ Atpažinti savo nuostatas, kurios trukdo imtis prevencinių veiksmų;
- ✓ Tiesiai ir atvirai kalbėtis apie savižudybę;
- ✓ Išklaudyti ir rimtai priimti žmogaus jausmus, susijusius su savižudybe;
- ✓ Pasiūlyti bendruomenėje prieinamas profesionalios pagalbos galimybes.

“safeTALK” mokymų vertinimas. Lietuvoje “safeTALK” mokymai nebuvo vertinti. Yra atliktas tik “safeTALK” mokymų poveikio dalyvių nuostatoms tyrimas, kuriame nustatyta, kad iškart po mokymų dalyviai turi palankesnes nuostatas savižudybių prevencijos atžvilgiu, o praėjus mėnesiui po mokymų sumažėjusi lieka tik savižudybės nenuspėjamumo nuostata, o kitos dalyvių nuostatos lieka nepakitusios (Jeršovas, 2018).

Nėra daug “safeTALK” mokymų vertinimų ir jie nėra metodologiškai stiprūs. Dažniausiai vertinamas atskirų teiginių pokytis prieš ir po mokymų. Tik keliuose tyrimuose buvo vertinamas ilgalaikis mokymų poveikis, tačiau laiko tarpas tarp antro ir trečio matavimo buvo gana

trumpas (1 mėn.). Atlikus „safeTALK” mokymų tyrimų paiešką, buvo rasti keturi tyrimai, kuriuose buvo vertinami mokymai. Dviejuose tyrimuose buvo vertinamos dalyvių žinios, nuostatos bei dalyvių pasirengimas padėti žmogui, galvojančiam apie savižudybę, prieš ir po mokymų. Šiuos tyrimuose buvo vertinamas tik atskirų teiginių pokytis prieš ir po mokymų (Kaplan, 2018; McKay et al., 2012). Nors abiejuose tyrimuose nustatytas teigiamas mokymų poveikis dalyviams, tačiau tyrimai negali atsakyti į klausimą, ar mokymų poveikis buvo ilgalaikis.

Kituose dviejuose tyrimuose buvo vertinami ne tik atskiri teiginiai, bet ir naudojami vertinimo instrumentai bei vertinamas ilgalaikis mokymų poveikis dalyviams (Bailey, Spittal, Pirkis, & Gould, 2017; Eynan, 2011). Bailey ir kiti (2017) nustatė, kad iškart po mokymų išaugo dalyvių žinios apie savižudybę, jų saviveiksmingumas kalbėtis apie savižudybę ir pasirengimas pasiūlyti pagalbą. Šie pokyčiai išliko ir praėjus 1 mėn. po mokymų. Autoriai taip pat nustatė, kad iškart po mokymų padidėjo tikimybė, kad dalyviai, kurie turėjo minčių apie savižudybę, kreipsis pagalbos. Tačiau patys autoriai nurodo, kad ilgalaikio mokymų poveikio jie negali įvertinti, nes 1 mėn. yra per trumpas laiko tarpas daryti išvados apie ilgalaikį mokymų poveikį. Eynan (2011) savo tyrime nustatė, kad „safeTALK” mokymai turėjo poveikį dalyvių žinioms, nuostatoms ir dalyvių, kurie buvo atsakingi už savižudybių prevenciją institucijoje, prevencinei elgsenai. Mokymų poveikis buvo vertinamas praėjus 3 mėn. po mokymų. Tačiau abiejų tyrimų autoriai kaip ribotumą nurodo tai, kad rezultatai buvo gauti naudojant nestandartizuotus ir pačių sudarytus vertinimo instrumentus.

Galima daryti išvadą, kad trūksta griežtus mokslinius standartus atitinkančių „safeTALK” mokymų tyrimų ne tik Lietuvoje, bet ir pasaulyje.

1.9 Tyrimo tikslas, uždaviniai ir hipotezės

Tyrimo aktualumas. Kaip jau buvo minėta, Lietuvoje „safeTALK“ mokymai vykdomi nuo 2016 m. Per metus vidutiniškai apmokoma po 3000 žmonių ir organizuojama apie 120 – 150 mokymų. Tačiau iki šiol nebuvo vertintas bendras mokymų poveikis dalyviams Lietuvoje. Todėl tokio tyrimo poreikis ir aktualumas yra didžiulis. Tikėtina, kad tyrimo rezultatai galės prisidėti prie tolimesnės ekspertų ir politikų diskusijos dėl mokymų vykdymo.

Taip pat nebuvo analizuota, ar „safeTALK“ mokymai turi skirtingą poveikį dalyviams priklausomai nuo jų charakteristikų. Šis klausimas yra aktualus praktikoje „safeTALK“ mokymus siūlant plačioms bendruomenės grupėms. Mokymų kūrėjai teigia, kad jog mokymai yra skirti visiems žmonėms nuo 15 m. nepriklausomai nuo jų charakteristikų (Lang et al, 2012). Todėl tikėtina, kad mokymai neturės skirtingo poveikio skirtingoms dalyvių grupėms.

Šio tyrimo *tikslas* – nustatyti ilgalaikį savižudybių prevencijos mokymų (“safeTALK”) poveikį mokymų dalyviams bei atlikti mokymų moderatorių analizę.

Uždaviniai:

1. Nustatyti, ar savižudybių prevencijos mokymai “safeTALK” turi ilgalaikį poveikį mokymų dalyvių subjektyviai vertinamam:
 - 1.1 pasirengimui atpažinti žmogų, rodantį emocinės įtampos ar sunkumų ženklus;
 - 1.2 pasirengimui kalbėtis su žmogumi, kuris rodo emocinės įtampos ar sunkumų ženklus;
 - 1.3 saviveiksmingumui padėti asmeniui, galvojančiam apie savižudybę;
 - 1.4 saviveiksmingumui rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą apie savižudybę galvojančiam asmeniui.

2. Atlikti savižudybių prevencijos mokymų “safeTALK” moderatorių analizę ir įvertinti, ar mokymai turi skirtingą poveikį dalyviams, priklausomai nuo jų lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos, profesijos, priklausymo psichikos sveikatos specialistų grupei, ankstesnių savižudybių prevencijos mokymų patirties, paties dalyvio minčių apie savižudybę patirties ir dalyvio sąlyčio su savižudybe artimoje aplinkoje patirties.

Tyrimo hipotezės:

1. Numatoma, kad mokymai turės teigiamos reikšmingos įtakos dalyvių subjektyviai vertinamam pasirengimui atpažinti ir kalbėtis bei dalyvių saviveiksmingumui padėti ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą asmeniui, galvojančiam apie savižudybę (vertinant iš karto po mokymų ir praėjus 7 mėn. po mokymų);
2. Numatoma, jog nebus nustatytas moderacinis efektas dalyvių mokymuisi priklausomai nuo jų lyties, amžiaus, profesijos, priklausymo psichikos sveikatos specialistų grupei, ankstesnių savižudybės prevencijos mokymų patirties, paties dalyvio minčių apie savižudybę patirties bei dalyvio sąlyčio su savižudybe artimoje aplinkoje patirties.

2. TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvių imtis buvo sudaryta netikimybinės tikslinės atrankos būdu. Mokymus savivaldybėse organizavo konkrečių savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Jie išsiuntinėjo kvietimus dalyvauti savo rajono įstaigoms, kurios deleguodavo darbuotojus į mokymus. Į mokymus dažniausiai buvo kviečiami tam tikrų specialybių atstovai, taip vadinami vartininkai (mokytojai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai, visuomenės sveikatos specialistai ir kt.). Kai kurie biurai informaciją apie mokymus taip pat pavišindavo savo internetiniame puslapyje, kviesdami dalyvauti mokymuose ir kitus susidomėjusius bendruomenės narius.

Iš viso tyrimo metu buvo išdalinta 350 klausimynų (pilnas klausimyno variantas yra pateiktas 2 priede). 267 dalyviai (76 proc.) sutiko dalyvauti tyrime ir užpildė klausimyną pirmą kartą (T0). Iškart po mokymų buvo surinkta 248 tinkamai užpildytų klausimynų (T1). Praėjus 7 mėnesiams po mokymų buvo surinkta 151 (61 proc.) tinkamai užpildytų klausimynų (T2). Apibendrinta informacija apie tyrimo dalyvių skaičių pateikta 5 paveiksle.

267 respondentai prieš mokymus (T0)	<ul style="list-style-type: none">• Prieš mokymus išdalinta 350 klausimynų• Gauta 267 užpildytų klausimynų.
248 respondentai iškart po mokymų (T1)	<ul style="list-style-type: none">• 19 klausimynų atmesta, nes nebuvo dalyvių sutikimo dalyvauti tyrime arba nesutapo T0 ir T1 identifikacinis kodas.
151 respondentas Praėjus 7 mėn. (T2)	<ul style="list-style-type: none">• 160 respondentų klausimyną užpildė praėjus 7 mėnesiams po mokymų• 9 klausimynai atmesti, nes nesutapo klausimynų identifikaciniai kodai.

5 pav. Tyrimo dalyvių skaičius prieš, iš karto po ir praėjus 7 mėnesiams po mokymų

Prieš mokymus buvo renkama informacija apie tyrimo dalyvius. Ji pateikta 1 lentelėje.

1 lentelė. Informacija apie tyrimo dalyvius

Asmeninė Charakteristika	Prieš ir po mokymų N = 248	7 mėn. po mokymų n=151
Amžius (M, SD)	38 (14)	37 (14)
Lytis		
Vyras	30 (12%)	18 (12%)
Moteris	218 (88%)	133 (88%)
Gyvenamoji vieta		
Didmiestis	122 (49%)	74 (49%)
Miestas	83 (34%)	51 (34%)
Miestelis	43 (17%)	26 (17%)
Psichikos sveikatos specialistas²		
Taip	115 (46%)	61 (41%)
Ne	133 (54%)	90 (59%)
Profesija		
Psichikos sveikatos specialistai	91 (36%)	55 (37%)
Studentai ir moksleiviai	44 (18%)	32 (21%)
Pedagogai	61 (25%)	11 (7%)
Kiti	50 (21%)	53 (35%)
Ankstesnė savižudybių prevencijos mokymų patirtis		
Taip	99 (40%)	63 (42%)
Ne	149 (60%)	88 (58%)
Sąlyčio su savižudybe artimoje aplinkoje patirtis		
Taip	98 (39%)	64 (42%)
Ne	150 (61%)	87 (58%)
Dalyvio mintys apie savižudybę		
Taip	51 (20%)	37 (24%)
Ne	178 (72%)	102 (68%)
Nenurodė	19 (8%)	12 (8%)

Pastaba: M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis.

² Psichikos sveikatos specialistai – tai gydytojai psichiatrai, psichikos sveikatos slaugytojai, socialiniai darbuotojai ir psichologai (Valstybinio psichikos sveikatos centro informacija).

2.2 Tyrimo instrumentai

Siekiant įvertinti mokymų ilgalaikį poveikį dalyviams buvo naudojama „Vartininkų elgsenos skalė“ (toliau – VES) (angl. *Gatekeeper behaviour scale, GBS*). VES buvo sukurta ir patvirtinta 2016 metais. Skalės validumo tyrime dalyvavo 8 931 dalyviai (universiteto dėstytojai, administracija, studentai ir vidurinių mokyklų mokytojai). Nors instrumentas buvo patvirtintas universiteto studentų ir dėstytojų imtyje, vėliau jis taip pat buvo naudotas specialistų imtyse (Falcone & Timmons-Mitchell, 2018). Kol kas VES buvo naudojama tik JAV.

VES šiame tyrime buvo pasirinkta dėl keleto priežasčių: pirma, VES yra patvirtintas ir standartizuotas instrumentas, naudojamas savižudybių prevencijos tyrimuose; antra, VES yra trumpas ir aiškus instrumentas, todėl jį lengva naudoti mokymų metu; trečia, nustatyta, kad VES koreliuoja su realiu dalyvių elgesiu, todėl galima daryti prielaidą, kad aukšti skalės įverčiai su susiję su realiu prevenciniu elgesiu.

VES autoriai kurdami skalę rėmėsi Ajzen (1991) planuoto elgesio ir Bandura (2001) saviveiksmingumo teorijomis. Remdamiesi šiomis teorijomis, autoriai teigia, kad asmens pasirengimas imtis veiksmų yra veikiamas jo nuostatų. Nuostatos rodo asmens turimą potencialą imtis veiksmų, o tai yra pirma elgesio prielaida. Norėdami įvertinti dalyvių nuostatas ir potencialą, autoriai matuoja dalyvių pasirengimą imtis prevencinių veiksmų. Antra, intencija imtis prevencinių veiksmų susijusi su dalyvio nurodyta tikimybe, kad jis tokių veiksmų imsis. Trečia, saviveiksmingumas yra svarbus elgsenos elementas. Kuomet saviveiksmingumas yra aukštas ir asmuo pasitiki savo gebėjimu, tai jam suteikia kontrolės jausmą ir galimybę savo elgseną keisti ateityje. Saviveiksmingumas parodo asmens suvoktą elgesio kontrolę. Taigi VES skalė apima potencialo (pasirengimo), tikimybės ir kontrolės (saviveiksmingumo) dimensijas (Albright et al., 2016).

VES sudaro 11 teiginių, kurie skirstomi į tris faktorius (pasirengimo, tikimybės ir saviveiksmingumo). Teiginiai vertinami naudojant Likert tipo skalę. Pasirengimo faktoriuje pateikiami penki teiginiai, kurių reikšmės yra nuo 1 (labai žemas pasirengimas) iki 5 (labai aukštas pasirengimas). Tikimybės faktorių sudaro du teiginiai, kurių reikšmės yra nuo 1 (labai mažai tikėtina) iki 4 (labai tikėtina). Saviveiksmingumo faktorių sudaro keturi teiginiai, kurių reikšmės yra nuo 1 (visiškai nesutinku) iki 4 (visiškai sutinku). Aukštesnis suminis balas rodo didesnę dalyvio pasirengimą, tikimybę ir saviveiksmingumą.

VES turi gerą vidinį suderintumą $\alpha = 0.93$ (Albright et al., 2016). Skalės kriterinis validumas buvo vertintas analizuojant VES ir dalyvių nurodyto prevencinio elgesio koreliacijas.

Nustatyta, kad skalės įverčiai koreliuoja su realiu dalyvių prevenciniu elgesiu: tikimybės faktorius koreliavo su realiu dalyvių elgesiu kalbėtis su žmogumi apie savižudybę ($r = 0.219$, $p < 0.001$) ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą ($r = 0.235$, $p < 0.001$). Konvergentinis skalės validumas buvo nustatytas matuojant VES ir kitų panašių konstrukto koreliacijas. Pavyzdžiui, koreliacija tarp skalės saviveiksmingumo faktoriaus ir kitų saviveiksmingumui matuoti skirtų instrumentų yra stipri ($r = 0.519$, $p < 0.001$). Pasirengimas, tikimybė ir saviveiksmingumas kartu prognozavo 7 proc. prevencinės elgsenos. Nors šis procentas ir nėra aukštas, tačiau jis yra priimtinas, kuomet norima prognozuoti dalyvio prevencinį elgesį (Albright et al., 2016; Bartgis & Albright, 2016; Falcone & Timmons-Mitchell, 2018).

Raštiškas leidimas naudoti VES šiame tyrime ir versti skalę į lietuvių kalbą buvo gautas iš autorių. VES buvo išversta į lietuvių kalbą. Atgalinį vertimą į anglų kalbą atliko profesionali vertėja, turinti patirties verčiant psichologinius tekstus. Skalės autoriai peržiūrėjo vertimą ir patvirtino, kad jis atitinka originalą.

Atlikus Lietuvoje surinktų duomenų patvirtinančiąją faktoriinę analizę, buvo nustatyta, kad duomenys neatitinka autorių siūlomo trijų faktorių modelio, nes buvo gauti prasti duomenų atitikimo modeliui rezultatai ($\chi^2 = 268,302$, $p < 0,001$, CFI = 0,843, RMSEA = 0,144), todėl daroma išvada, kad trijų faktorių modelis netinka turimiems duomenims.

Atlikus tiriamąją faktoriinę analizę su tyrimo metu surinktais duomenimis, nustatyta, kad duomenys geriausiai atitinka keturių faktorių modelį, jeigu iš analizės pašalinamas 7 teiginys. Gautas keturių faktorių modelis atitinka visus gero modelio parametrus ($\chi^2 = 14,026$, $p = 0,232$, CFI = 0,997, RMSEA = 0,034). 2 lentelėje pateikti VES faktorių pavadinimai ir svoriai.

2 lentelė. VES tiriamosios faktorinės analizės faktorių svoriai

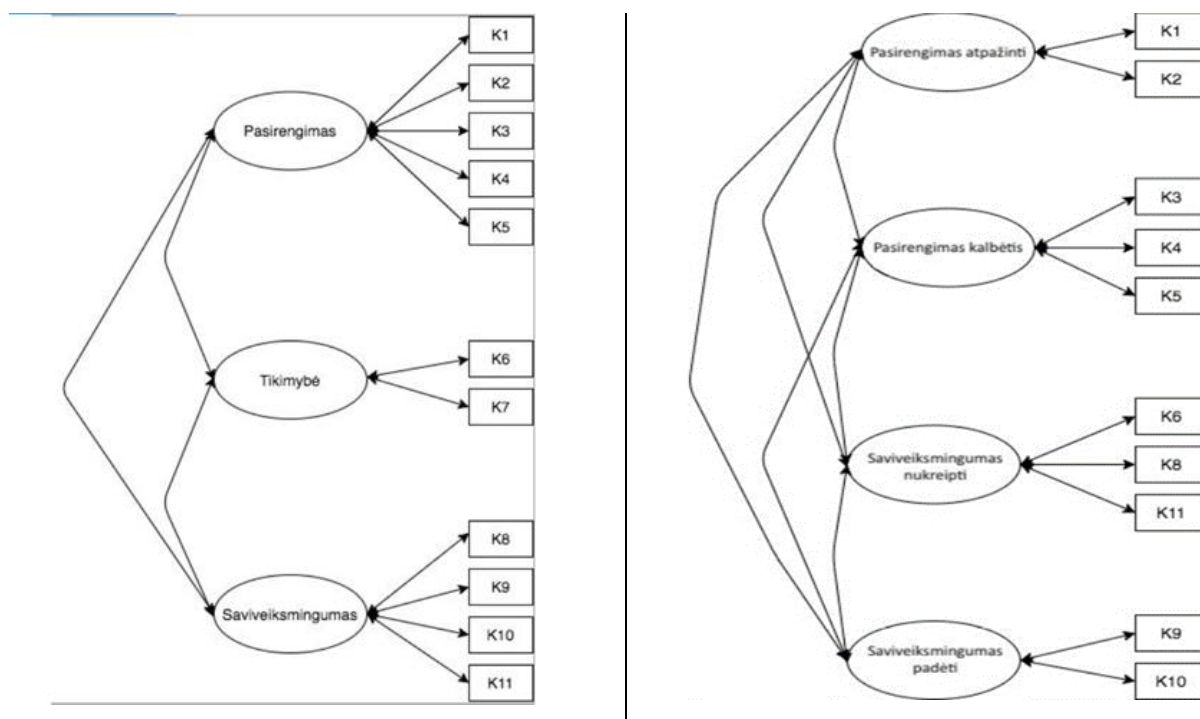
Teiginys	Faktoriai			
	1 faktorius Pasirengimas atpažinti	2 faktorius Pasirengimas kalbėtis	3 faktorius Saviveiksmingumas padėti	4 faktorius Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą
1 teiginys	0,476	0,181	-0,119	0,180
2 teiginys	0,964	-0,015	0,046	-0,053
3 teiginys	0,324	0,402	0,018	0,64
4 teiginys	0,013	0,828	0,027	0,053
5 teiginys	-0,004	0,628	0,430	-0,060
6 teiginys	-0,045	0,256	-0,019	0,477
8 teiginys	-0,077	0,031	0,060	0,849
9 teiginys	0,012	0,098	0,750	0,109
10 teiginys	-0,033	0,010	0,822	0,025
11 teiginys	0,081	-0,061	0,366	0,467

Pastaba: Paryškintu šriftu pažymėti didžiausi kintamojo faktorių svoriai.

Septintas VES teiginys „Kokia tikimybė, kad Jūs rekomenduosite psichikos sveikatos priežiūros įstaigą (pvz., psichologinės pagalbos tarnybą) žmogui, rodančiam psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus?“ turėjo labai silpną koreliaciją su kitais instrumento teiginiais. Įvertinus koreliacijas tarp teiginių, nustatyta, kad septintas teiginys neatitinka rekomenduojamo koreliacijos stiprumo, todėl nutarta jį pašalinti iš tolimesnės analizės. Teiginio pašalinimas iš analizės gali būti aiškintinas keletu priežasčių. Pirma, nepasitikėjimas psichikos sveikatos sistema. Mokymų metu, ypač mažesnėse vietovėse žmonės išsako nepasitikėjimą esama profesionalia pagalba. Todėl gali būti, kad nors dalyviai jaučiasi pasirengę ir galintys rekomenduoti tarnybą, tačiau tikimybę, kad tai padarys, vertina mažesniu balu. Antra, skirtingi JAV ir Lietuvos požiūriai į profesionalią psichologinę pagalbą. Lietuvoje dar labai stiprus biomedicininis požiūris, kuomet manoma, kad žmogui, turinčiam minčių apie savižudybę, yra reikalinga tik hospitalizacija, o ambulatorinės pagalbos neužtenka (Levickaitė, Pūras, & Murauskienė, 2015). Todėl gali būti, kad dalyvių vertinama tikimybė, kad jie rekomenduos psichologinės pagalbos tarnybą, turėjo silpną koreliaciją su kitais skalės teiginiais.

Trečia, tikėtina, kad psichikos sveikatos specialistai šį teiginių lingvistiškai gali suvokti kitaip nei ne specialistai. Kadangi psichikos sveikatos specialistai patys teikia pagalbą, tai gali būti, kad tikimybė, kad jie rekomenduos kitą tarnybą, yra maža.

6 paveiksle pateiktas originalus autorių trijų faktorių modelis ir šio tyrimo metu nustatytas keturių faktorių modelis.



6 pav. Originalus autorių trijų faktorių modelis ir šio tyrimo keturių faktorių modelis su teiginiais

Faktorių pavadinimai buvo pasirinkti pagal faktorių sudarančių teiginių prasmę. Stengiantis kuo mažiau nutolti nuo originalaus autorių modelio, buvo nustatyti du pasirengimo faktoriai (pasirengimas atpažinti ir pasirengimas kalbėtis) bei du saviveiksmingumo faktoriai (saviveiksmingumas padėti ir saviveiksmingumas rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą arba nukreipti).

Toliau buvo tikrinama, ar VES skalė ir ją sudarantys faktoriai atitinka vidinio suderintumo reikalavimus. Skalės ir faktorių suderintumas buvo tikrinamas tiriamųjų grupėje po mokymų ir praėjus 7 mėn. po mokymų. Vidinio suderintumo rezultatai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. VES faktorių vidinis suderintumas, vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai

Faktorius	Po mokymų (N=248)		7 mėn. po mokymų (n=151)	
	M (SD)	α	M (SD)	α
Pasirengimas atpažinti	3,8 (0,61)	0,830	3,6 (0,56)	0,749
Pasirengimas kalbėtis	4,0 (0,58)	0,808	3,6 (0,67)	0,841
Saviveiksmingumas padėti	3,4 (0,52)	0,735	3,3 (0,43)	0,735
Saviveiksmingumas rekomenduoti	3,4 (0,49)	0,834	3,3 (0,54)	0,841
VES (visa skalė)	3,59 (0,47)	0,885	3,43 (0,45)	0,985

Pastaba. M - vidurkis, SD - standartinis nuokrypis, α - Cronbach alpha, N/n - tiriamųjų skaičius

Iš 3 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad skalė ir visi faktoriai turi gerą vidinį suderintumą ir gali būti naudojami tolimesnėje analizėje.

2.3 Tyrimo eiga

Iš viso buvo sudarytos trys klausimyno versijos – dvi popierinės ir viena elektroninė. Klausimyno pradžioje buvo trumpai pristatoma visa reikalinga informacija apie tyrimą, duomenų naudojimą, konfidencialumą ir duomenų apsaugos užtikrinimą, pateikti tyrimą vykdančio asmens kontaktai, klausimyno individualaus kodo sudarymo bei klausimyno pildymo instrukcija. Visų dalyvių buvo prašoma pasirašyti po sutikimu dalyvauti tyrime ir sutikimu, kuris, esant poreikiui, leidžia tyrėjui susisiekti su tyrimo dalyviu el. paštu arba telefonu dėl elektroninės anketos užpildymo. Į tyrimą buvo įtraukti tik savo sutikimą dalyvauti išreiškę dalyviai. Dalyviai taip pat informuoti, kad tyrimą gali nutraukti bet kuriuo metu ir jo nebetęsti.

Tyrimo dalyviai klausimyną pildė iš viso tris kartus:

1. Pirmą kartą prieš mokymus (T0). Prieš mokymus tyrėjas trumpai visiems mokymų dalyviams pristatydavo tyrimo tikslą, duomenų rinkimo ir konfidencialumo nuostatas ir paprašydavo užpildyti klausimyną. Tuomet popierinis klausimyno variantas buvo padalinamas visiems dalyviams. Buvo akcentuojama, kad dalyvavimas tyrime savanoriškas ir nenorintys dalyvauti asmenys klausimyno gali nepildyti. Pildymui skiriama 12-15 min. Užpildyti klausimynai buvo surenkami;
2. Antrą kartą iškart po mokymų (T1). Po mokymų dalyviams buvo išdalintas antras popierinis klausimynas su prašymu užpildyti klausimyną;

3. Trečią kartą (T2) klausimyno elektroninė forma buvo siunčiama mokymų dalyviams el. paštu praėjus 7 mėn. po mokymų. Dalyviai atsakymus pateikė tinklalapyje www.manopklausa.lt. Jeigu išsiųstas laiškas grįždavo su pranešimu, kad tokio adreso nėra, tyrėjas skambino dalyviams ir patikslindavo el. pašto adresą.

Dalyviai anketas koduodavo pagal pateiktą kodavimo sistemą tam, kad būtų galima susieti pirmą, antrą ir trečią matavimą. Kodavimo sistema: pirmos trys mamos/globėjo vardo raidės ir dalyvio gimimo diena bei du paskutiniai dalyvio telefono numerio skaičiai (pvz., VIL 17 89). Klausimyno pildymo trukmė apie 10 min.

Šiam tyrimui leidimą davė VU Psichologinių tyrimų etikos komitetas.

2.4 Duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta su *SPSS 25*, *AMOS 22* bei *MPlus 8.3* programomis. SPSS programa skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, procentinis pasiskirstymas, standartiniai nuokrypiai), skalių patikimumas vidinio suderintumo metodu (Cronbach α), kintamųjų normalumo pasiskirstymas (Shapir–Wilk testas), grupių vidurkių palyginimai nepriklausomoms imtims (t-testas nepriklausomoms imtims), grupių vidurkių palyginimas pakartotiniams matavimams ir moderatorių analizė (blokuotų duomenų ANOVA, MANOVA, ANCOVA). AMOS programa atlikta SEM analizė. MPlus programa atlikta tiriamoji faktorinė analizė.

3. REZULTATAI

Šiame skyriuje rezultatų analizė pateikiama etapais. Pradžioje atliekama duomenų analizė siekiant įvertinti duomenų pasiskirstymą, kuris leis nustatyti, kokius duomenų analizės metodus reikėtų taikyti turimiems duomenims. Antrame etape bus pateikiama tyrimo uždavinių rezultatų analizė. Galiausiai bus nustatyta, ar visuose trijuose tyrimo etapuose dalyvavę dalyviai reikšmingai nesiskiria nuo tų, kurie trečiame tyrimo etape atkrito ir neužpildė klausimyno.

Kintamųjų skirstinių normalumui patikrinti buvo naudojamas Shapir-Wilk kriterijus. Taip pat buvo vertinama duomenų asimetrija, ekscesas, standartinė klaida bei duomenų pasiskirstymas, pavaizduotas grafiškai histogramoje.

Duomenų normalumo analizė yra pateikta 1 priede. Gauta, kad nei vienas faktorius netenkina normalaus kintamųjų pasiskirstymo reikalavimo ($p > 0,05$). Tačiau būtina pastebėti, kad Shapir-Wilk testas yra ypač jautrus didesnei imčiai ir dažnai rodo, kad duomenys neatitinka normalaus pasiskirstymo reikalavimo. Tačiau šių duomenų asimetriškumo ir eksceso koeficientai neviršija $\pm 1,96$. Be to, vizualiai įvertinus histogramas, matyti, kad faktorių įverčiai atitinka normalų pasiskirstymą. Taip pat Lumley ir kiti (2002) bei Schmider ir kiti (2010) teigia, kad esant didelei imčiai t-testai ir ANOVA gali būti naudojami net ir tada, kai Shapir-Wilk testas nerodo normalaus pasiskirstymo. Todėl remiantis šiais argumentais, šiame tyrime bus naudojami parametriniai testai.

3.1 Tyrimo hipotezių tikrinimas

1 hipotezės „Mokymai turės teigiamos reikšmingos įtakos dalyvių subjektyviai vertinamam pasirengimui atpažinti ir kalbėtis bei dalyvių saviveiksmingumui padėti ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą asmeniui, galvojančiam apie savižudybę“ analizė. Siekiant patikrinti pirmąją hipotezę ir įvertinti bendrą ir ilgalaikį mokymų poveikį dalyviams, buvo atliktas dvifaktorinės daugiamatės dispersinės analizės testas (MANOVA). Bendrasis daugiamatis testas parodė statistiškai reikšmingą mokymų poveikį dalyviams: $F(8, 142) = 36,044$, $p < 0,0005$; Wilk's $\Lambda = 0,330$, $\eta^2 = 0,67^3$.

Kadangi nustatytas bendras teigiamas mokymų poveikis dalyviams, toliau buvo nagrinėjama, kuriems faktoriams šis poveikis stipriausias.

³ Poveikio lygmuo nustatomas remiantis η^2 dydžiu, kuomet 0,02 vertinamas kaip mažas, 0,13 – vidutinis, 0,26 – didelis poveikis (Bakeman, 2005).

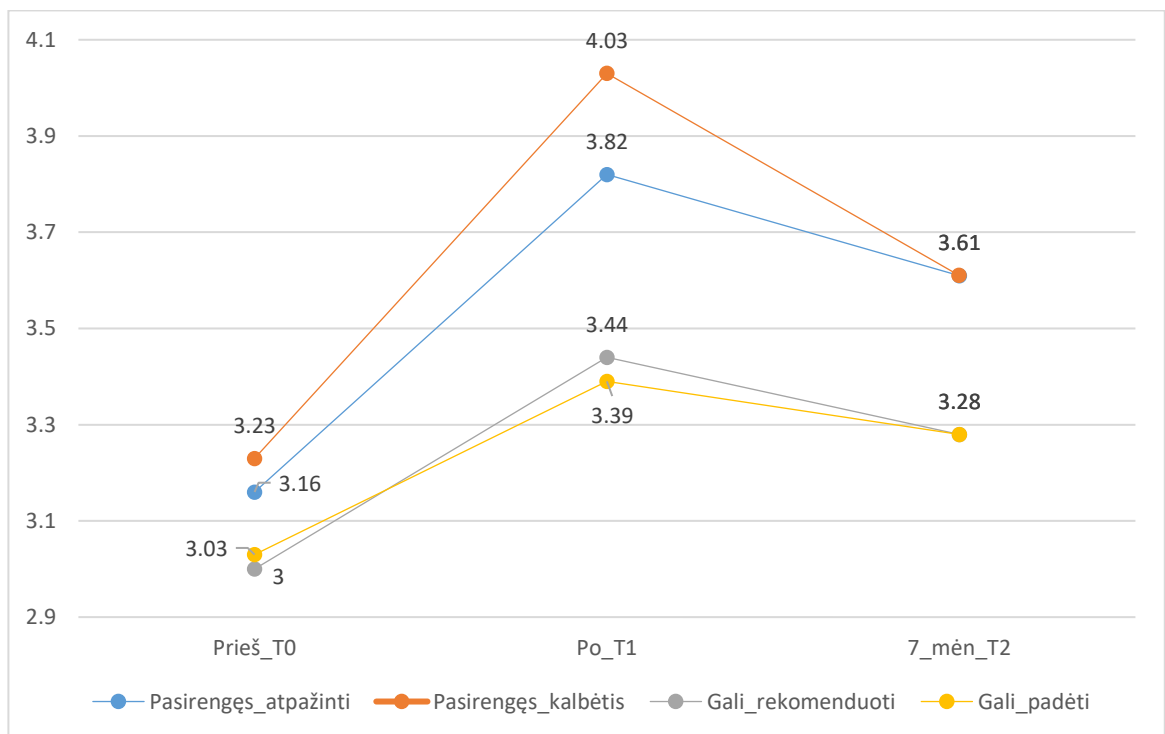
4 lentelė. Faktorių vidurkių palyginimas prieš (T0), po (T1) ir praėjus 7 mėn. po mokymų (T2)

Faktorius	Prieš mokymus	Po mokymų	7 mėn. po mokymų	F	η^2	p
	N=151	N=151	N=151			
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Pasirengimas atpažinti	3,16 (0,63)	3,82 (0,61)	3,61 (0,56)	81,544	0,354	0,000
Pasirengimas kalbėtis*	3,23 (.68)	4,03 (0,54)	3,61 (.67)	94,833	0,389	0,000
Saviveiksmingumas padėti	3,03 (.45)	3,39 (0,41)	3,28 (.43)	44,544	0,230	0,000
Saviveiksmingumas rekomenduoti pagalbą	3,0 (.58)	3,44 (0,5)	3,28 (0,54)	52,234	0,260	0,000

Pastaba: Lentelėje paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$). η^2 – efekto dydis. *Kadangi pažeista sferiškumo prielaida, nurodomi Greenhouse-Geisser įverčiai.

Atlikus analizę buvo nustatyta, kad stipriausias mokymų poveikis yra pasirengimo kalbėtis ($\eta^2 = 0,389$) ir pasirengimo atpažinti ($\eta^2 = 0,354$) faktoriuose. Kiek silpnesnis efektas nustatytas saviveiksmingumo rekomenduoti psichologinės pagalbos tarnybą ($\eta^2 = 0,260$) ir saviveiksmingumo padėti faktoriuose ($\eta^2 = 0,230$). Analizės duomenys pateikti 4 lentelėje.

Grafiškai bendras ilgalaikis mokymų poveikis dalyviams yra pavaizduotas 7 paveiksle.



7 pav. Mokymų poveikis dalyviams skirtinguose faktoriuose

Įvertinus bendrą mokymų poveikį, toliau buvo vertinama, kaip keitėsi mokymų poveikis laike. Iš 5 lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad visi faktorių rodikliai statistiškai reikšmingai padidėjo iškart po mokymų (T0→T1). Praėjus 7 mėn. po mokymų, jie statistiškai reikšmingai sumažėjo, jeigu lyginsime juos su po mokymų fiksuotais rezultatais (T1→T2), tačiau išliko statistiškai reikšmingai aukštesni, jeigu lyginsime juos su prieš mokymus fiksuotais rezultatais (T0→T2).

5 lentelė. VES faktorių porų lyginimai prieš (T0), po (T1) ir praėjus 7 mėn. po mokymų (T2), (N=151)

Faktorius (laikas)	Lyginamas su faktoriumi (laikas)	p
Pasirengęs atpažinti T0	Pasirengęs atpažinti T1	0,000
	Pasirengęs atpažinti T2	0,000
Pasirengęs atpažinti T1	Pasirengęs atpažinti T2	0,037
Pasirengęs kalbėtis T0	Pasirengęs kalbėtis T1	0,000
	Pasirengęs kalbėtis T2	0,000
Pasirengęs kalbėtis T1	Pasirengęs kalbėtis T2	0,000
Saviveiksmingumas padėti T0	Saviveiksmingumas padėti T1	0,000
	Saviveiksmingumas padėti T2	0,000
Saviveiksmingumas padėti T1	Saviveiksmingumas padėti T2	0,013
Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T0	Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T1	0,000
	Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T2	0,000
Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T1	Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T2	0,004

Pastaba: Lentelėje paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$)

2 hipotezės „Nebus nustatytas moderacinis efektas dalyvių mokymuisi priklausomai nuo jų lyties, amžiaus, profesijos, priklausymo psichikos sveikatos specialistų grupei, ankstesnių savižudybės prevencijos mokymų patirties, paties dalyvio minčių apie savižudybę patirties bei dalyvio sąlyčio su savižudybe artimoje aplinkoje patirties“ analizė. Tolimesnėje analizėje yra tikrinamas galimas moderatorių poveikis dalyvių mokymuisi. Tam bus nagrinėjamos laiko ir skirtingų dalyvių charakteristikų sąveikos, t.y. nagrinėjama, ar mokymai daro skirtingą poveikį dalyvių mokymuisi priklausomai nuo jų charakteristikų.

Siekiant patikrinti antrąją hipotezę, buvo atlikta daugiamatė dispersinė faktorinė analizė su vienu sąveikos kintamuoju (grupės charakteristika*laikas). Iš pradžių buvo vertinamas bendras

skirtingų charakteristikų poveikis dalyvių mokymuisi. Tuomet tos charakteristikos, kurios turėjo įtakos mokymuisi, bus nagrinėjamos detaliau.

Bendrieji MANOVA ir ANCOVA testai parodė, kad laiko ir grupės charakteristikos sąveika buvo statistiškai reikšminga tik psichikos sveikatos specialistų ir nespecialistų grupėse (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. *Mokymų poveikis grupėms, pasižyminčiomis skirtingomis charakteristikomis (N=151)*

Charakteristikos ir laiko sąveika	Reikšmė	F	Hipotezės LL	Klaidos LL	η^2	p
Lytis*laikas	0,956	1,655	8,000	586,000	0,022	0,106
Gyv. vieta*laikas	0,935	1,235	16,000	883,547	0,017	0,234
Amžius*laikas	0,903	1,893	8,000	141,000	0,097	0,066
Specialistas*laikas	0,860	2,793	8,000	137,000	0,140	0,007
Profesija*laikas	0,792	1,380	24,000	395,043	0,075	0,111
Mokymų patirtis*laikas	0,919	1,549	8,000	141,000	0,081	0,146
Dalyvio mintys apie savižudybę*laikas	0,891	1,038	16	280,000	0,056	0,416
Sąlytis su savižudybe artimoje aplinkoje*laikas	0,939	1,141	8,000	141,000	0,061	0,339

Pastaba: Lentelėje paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$). LL – laisvės laipsniai, η^2 – efekto dydis.

6 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad mokymų efektas statistiškai reikšmingai skyrėsi psichikos sveikatos specialistų ir nespecialistų grupėse: $F(8, 137) = 2,793$, $p = 0,007$, Wilk's $\Lambda = 0,860$, $\eta^2 = 0,14$. Kitos lentelėje išvardintos dalyvių charakteristikos neturėjo įtakos dalyvių mokymuisi.

Prieš atliekant detalesnę analizę buvo patikrinta specialistų ir nespecialistų grupių variacijų homogeniškumo prielaida faktoriuose. Lavene F testas parodė, kad variacijų homogeniškumo grupėse sąlyga yra tenkinama.

7 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad pasirengimo atpažinti ir pasirengimo kalbėtis dimensijose neužfiksuotas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp psichikos sveikatos specialistų ir nespecialistų. Vadinasi, mokymų poveikis šiuose faktoriuose tiek specialistams, tiek ir ne specialistams statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Abi grupės panašiai mokosi atpažinti ir kalbėtis su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus. Statistiškai reikšmingi skirtumai išryškėja tik saviveiksmingumo dimensijoje. Saviveiksmingumo padėti ir saviveiksmingumo rekomenduoti pagalbą faktoriuose mokymai turi skirtingą poveikį specialistams ir nespecialistams.

7 lentelė. Mokymų poveikis VES faktoriams specialistų (n=57) ir nespecialistų (n=90) grupėse

Faktorius	LL	F	η^2	p
Pasirengimas atpažinti	2	1,048	0,007	0,352
Pasirengimas kalbėtis*	1,850	1,290	0,009	0,276
Saviveiksmingumas rekomenduoti pagalbą	2	8,193	0,054	0,000
Saviveiksmingumas padėti	2	5,719	0,038	0,004

Pastaba: Lentelėje paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$). LL – laisvės laipsniai, η^2 – efekto dydis. *Kadangi pažeista sferiškumo prielaida, nurodomi Greenhouse-Geisserio įverčiai.

Toliau detaliau buvo nagrinėjamos psichikos sveikatos specialistų ir nespecialistų grupės kiekviename faktoriuje skirtingu laiku. Analizės duomenys pateikti 8 lentelėje.

8 lentelė. Faktorių palyginimas tarp specialistų (n=57) ir ne specialistų (n=90) grupių

Faktorius	Laikas	Grupė	p
Pasirengimas atpažinti	T0	Specialistas Nespecialistas	0,338
	T1	Specialistas Nespecialistas	0,693
	T2	Specialistas Nespecialistas	0,559
Pasirengimas kalbėtis	T0	Specialistas Nespecialistas	0,019
	T1	Specialistas Nespecialistas	0,350
	T2	Specialistas Nespecialistas	0,079
Saviveiksmingumas padėti	T0	Specialistas Nespecialistas	0,001
	T1	Specialistas Nespecialistas	0,793
	T2	Specialistas Nespecialistas	0,043
Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą	T0	Specialistas Nespecialistas	0,000
	T1	Specialistas Nespecialistas	0,883
	T2	Specialistas Nespecialistas	0,003

Pastaba: Lentelėje paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai su Bonferoni korekcija ($p < 0,05$)

Pasirengimo atpažinti dimensija. Pasirengimo atpažinti asmenį, išgyvenantį psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus, faktoriuje nėra statistiškai reikšmingų skirtumų tarp psichikos sveikatos specialistų ir nespecialistų prieš (T0), po (T1) ir praėjus 7 mėn. po mokymų (T2). Psichikos sveikatos specialistai ir nespecialistai skirtingais matavimo momentais jaučiasi vienodai pasirengę atpažinti asmenis, kurie rodo psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus.

Pasirengimo kalbėtis dimensija. Pasirengimo kalbėtis su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus, faktoriuje nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp psichikos sveikatos specialistų ir nespecialistų prieš mokymus (T0), t.y. psichikos sveikatos specialistai jau prieš mokymus jaučiasi labiau pasirengę kalbėtis su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus, nei ne specialistai. Tačiau iškart po mokymų (T1) ir praėjus 7 mėn. po mokymų (T2) statistiškai reikšmingų skirtumų tarp specialistų ir nespecialistų pasirengimo kalbėtis faktoriuje nelieka: abi grupės jaučiasi vienodai pasirengusios kalbėtis su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus.

Saviveiksmingumo padėti dimensija. Saviveiksmingumo padėti žmogui faktoriuje nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp psichikos sveikatos specialistų ir nespecialistų. Psichikos sveikatos specialistų saviveiksmingumas padėti žmogui, rodančiam psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus, buvo didesnis tiek prieš mokymus, tiek ir praėjus 7 mėn. po mokymų nei nespecialistų.

Saviveiksmingumo rekomenduoti psichologinės pagalbos tarnybą dimensija. Saviveiksmingumo rekomenduoti psichologinės pagalbos tarnybą faktoriuje nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp specialistų ir nespecialistų prieš mokymus (T0) ir praėjus 7 mėn. po mokymų (T2). Psichikos sveikatos specialistų saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą buvo didesnis tiek prieš mokymus, tiek ir praėjus 7 mėn. po mokymų nei nespecialistų.

Atlikus analizę tarp specialistų ir nespecialistų grupių, svarbu buvo įvertinti mokymų poveikį specialistų ir nespecialistų grupėms atskirai tarp trijų matavimų (T0, T1, T2). Kadangi iškart po mokymų (T0→T1) abiejų grupių rezultatai visuose faktoriuose statistiškai reikšmingai padidėjo, todėl šie rezultatai nėra pateikiami. 9 lentelėje pateikiami rezultatai apie kiekvienos grupės faktorių vidurkius, lyginant rezultatus praėjus 7 mėn. po mokymų su rezultatais prieš ir iškart po mokymų.

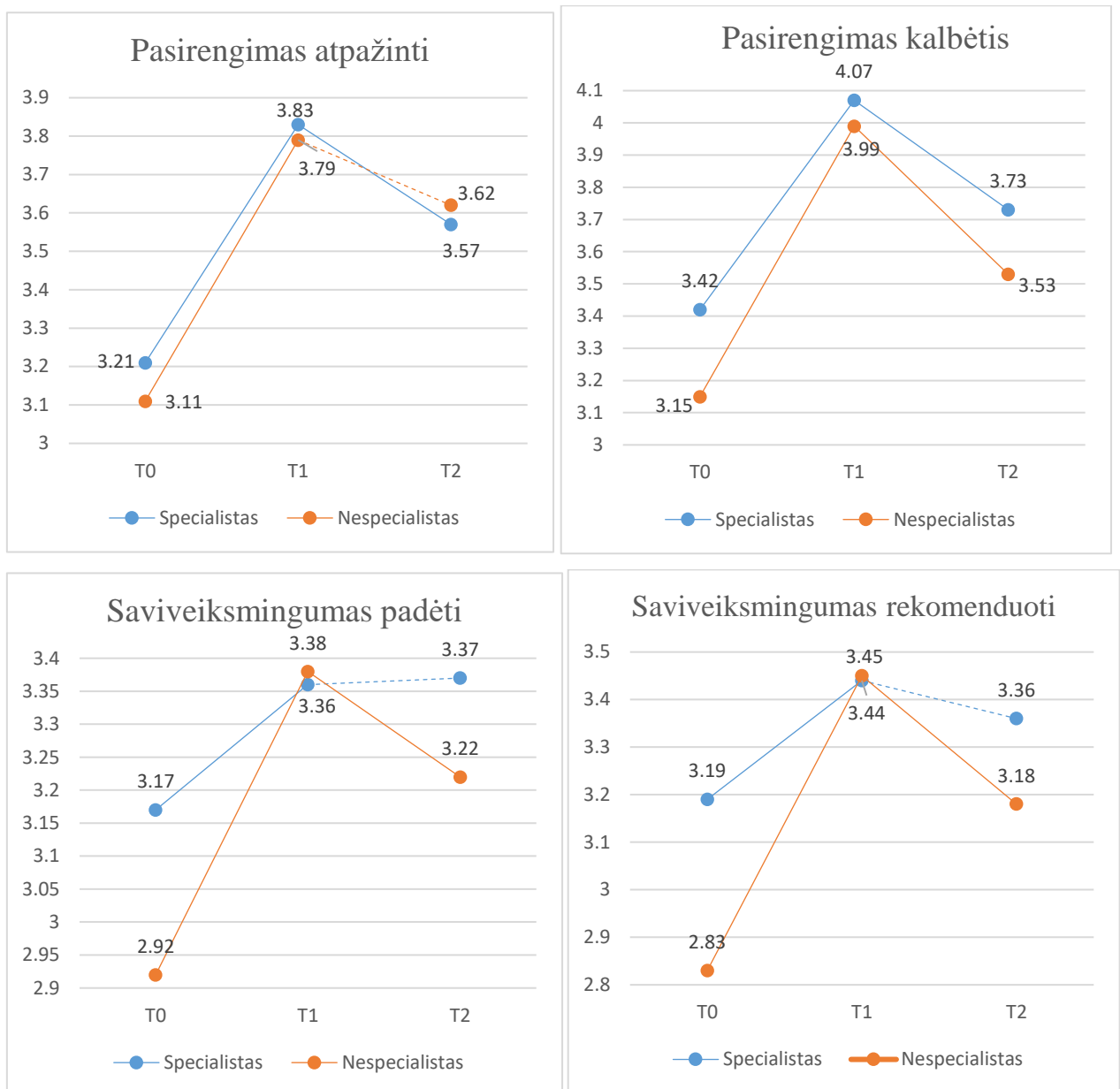
9 lentelė. Faktorių palyginimas specialistų ir ne specialistų grupių viduje

	Faktorius	Lyginamas su	p
Psichikos sveikatos specialistai	Pasirengęs atpažinti T2	Pasirengęs atpažinti T1 Pasirengęs atpažinti T0	0,008 0,000
	Pasirengęs kalbėtis T2	Pasirengęs kalbėtis T1 Pasirengęs kalbėtis T0	0,000 0,009
	Saviveiksmingumas padėti T2	Saviveiksmingumas padėti T1 Saviveiksmingumas padėti T0	1 0,010
	Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T2	Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T1 Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T0	1 0,001
	Pasirengęs atpažinti T2	Pasirengęs atpažinti T1 Pasirengęs atpažinti T0	0,052 0,000
Nespecialistai	Pasirengęs kalbėtis T2	Pasirengęs kalbėtis T1 Pasirengęs kalbėtis T0	0,000 0,000
	Saviveiksmingumas padėti T2	Saviveiksmingumas padėti T1 Saviveiksmingumas padėti T0	0,002 0,000
	Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T2	Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T1 Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą T0	0,000 0,000

Pastaba: Lentelėje paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai su Bonferoni korekcija ($p < 0.05$)

9 lentelėje pateikti duomenys rodo, jog psichikos sveikatos specialistų grupėje saviveiksmingumo dimensijoje mokymų metu įgytas saviveiksmingumas padėti ir saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą statistiškai reikšmingai nesumažėja net ir praėjus 7 mėn. po mokymų. Nespecialistų grupėje mokymų metu įgytas pasirengimas atpažinti asmenį, kuris gali galvoti apie savižudybę, statistiškai reikšmingai nesumažėja net ir praėjus 7 mėn. po mokymų. Tačiau kitų faktorių įverčiai praėjus 7 mėn. po mokymų, lyginant juo su įverčiais iškart po mokymų, statistiškai reikšmingai sumažėjo, nors ir išliko statistiškai reikšmingai aukštesni nei prieš mokymus.

Aptarti rezultatai specialistų ir nespecialistų grupėse taip pat yra pavaizduoti grafiškai 8 paveiksle, kuriame palyginami faktorių vidurkiai specialistų ir nespecialistų grupėse prieš T0, iškart po (T1) ir praėjus 7 mėn. po mokymų (T2).



Pav. 8. Mokymų poveikis psichikos sveikatos specialistų ir nespecialistų grupėse (punktų linijos rodo statistiškai nereikšmingus skirtumus tarp matavimų)

Likusių tyrime ir atkritusių dalyvių grupių palyginimas. Galiausiai svarbu įvertinti, ar visuose trijuose tyrimo etapuose dalyvavusių dalyvių grupė (n=151) reikšmingai nesiskiria nuo tyrimo dalyvių grupės, kuri atkrito ir nepildė trečio matavimo klausimyno (n=97).

Norint atsakyti į klausimą, ar likusios ir atkritusios grupės faktoriai reikšmingai statistiškai nesiskiria prieš ir iš karto po mokymų, buvo naudojamas ANOVA testas pagal dalyvavimo (dalyvavo dalyvis ar ne trečiame matavime) kriterijų. Atliktos analizės duomenys pateikti 10 lentelėje.

10 lentelė. Trečiajame tyrimo etape likusios ir atkritusios grupių VES faktorių palyginimas

Faktorius	LL	F	η^2	p
Pasirengimas atpažinti	1	0,734	0,003	0,392
Pasirengimas kalbėtis	1	2,807	0,011	0,095
Saviveiksmingumas padėti	1	0,16	0,000	0,901
Saviveiksmingumas rekomenduoti	1	0,491	0,002	0,484

Pastaba: reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. η^2 – efekto dydis.

Iš 10 lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad nenustatyta skirtumų faktoriuose tarp tyrime likusios ir atkritusios grupės.

Toliau svarbu įvertinti, ar statistiškai reikšmingai nesiskyrė visuose tyrimo etapuose likusios ir atkritusios grupės dalyviai pagal kitas charakteristikas. Norint atsakyti į šį klausimą, buvo naudojamas t-testas nepriklausomoms imtims bei požymių nepriklausomumo testas (chi-kvadratas). Jie leido įvertinti, ar statistiškai reikšmingai nesiskiria demografinės charakteristikos šiose dviejose grupėse. Analizės duomenys pateikti 11 lentelėje.

11 lentelė. Trečiajame tyrimo etape likusios ir atkritusios grupių charakteristikų analizė

Dalyvio charakteristika	Likusi grupė (N=151)	Atkritusi grupė (N=97)	X²	φ	p
Amžius (M, SD)	36,5 (13,6)	39,7 (14,7)			0,077
Lytis			1,575	0,08	0,455
Vyras	12 (%)	12 (%)			
Moteris	88 (%)	88 (%)			
Gyv. vieta					
Didmiestis	49 (%)	47 (%)	0,278	0,034	0,870
Miestas	34 (%)	34 (%)			
Miestelis	17 (%)	19 (%)			
Specialistas			10,361	0,206	0,001*
Taip	41 (%)	60 (%)			
Ne	59 (%)	40 (%)			
Profesija			6,855	0,167	0,77
Psi. sveikatos. spec.	37 (%)	47 (%)			
Studentas/moksleivis	21 (%)	13 (%)			
Pedagogas	7 (%)	11 (%)			

Kita	35 (%)	29 (%)			
Ankstesnių mokymų patirtis			0,523	-0,046	0,470
Taip	42 (%)	37 (%)			
Ne	58 (%)	63 (%)			
Sąlytis su savižudybe			1,579	-0,080	0,209
Taip	42 (%)	34 (%)			
Ne	58 (%)	66 (%)			
Dalyvio mintys apie savižudybę			4,615	0,137	0,099
Taip	24	14			
Ne	68	79			
Nenurodė	8	7			

Pastaba: reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. * žymi statistiškai reikšmingą skirtumą. X^2 – chi-kvadrato įvertis, ϕ – phi įvertis.

Demografinių charakteristikų analizė taip pat parodė, kad likusi ir atkritusi grupės statistiškai reikšmingai nesiskiria savo pagrindinėmis charakteristikomis, išskyrus, tai, kad likusioje grupėje buvo mažiau psichikos sveikatos specialistų nei atkritusioje grupėje. Likusioje grupėje psichikos sveikatos specialistai sudarė 41 proc., o atkritusioje – 60 proc. dalyvių.

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Šis tyrimas buvo skirtas įvertinti „safeTALK“ savižudybių prevencijos mokymų ilgalaikį poveikį dalyviams bei nustatyti, ar skiriasi mokymų poveikis dalyviams, pasižymintiems skirtingomis charakteristikomis. Iki šiol toks tyrimas Lietuvoje nebuvo atliktas, nors mokymai Lietuvoje jau vykdomi nuo 2017 m. Šiame skyriuje bus aptariami ir interpretuojami tyrimo metu gauti rezultatai.

1 tyrimo hipotezėje buvo teigiama, kad mokymai turės bendrą teigiamą poveikį mokymų dalyvių pasirengimui ir saviveiksmingumui padėti žmogui, galvojančiam apie savižudybę. Šis tyrimas parodė, kad „safeTALK“ mokymai turi stiprų teigiamą poveikį dalyviams pasirengimo ir saviveiksmingumo dimensijose. Tai reiškia, kad „safeTALK“ mokymai pagerina visų dalyvių subjektyviai vertinamą pasirengimą atpažinti žmogų, svarstantį apie savižudybę, ir subjektyviai vertinamą pasirengimą kalbėtis su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus. Mokymai taip pat pagerina visų dalyvių saviveiksmingumą padėti žmogui, galvojančiam apie savižudybę, bei saviveiksmingumą rekomenduoti tokiam žmogui psichologinės pagalbos tarnybą. Nors dalyvių pasirengimas praėjus 7 mėn. po mokymų ir sumažėja, tačiau jis išlieka reikšmingai aukštesnis nei buvo prieš mokymus.

Panašūs rezultatai nustatyti ir kituose „safeTALK“ mokymų vertinimuose. Pavyzdžiui, Bailey ir kiti (2017) nustatė, kad „safeTALK“ mokymai pagerina dalyvių saviveiksmingumą ir pasirengimą imtis prevencinių veiksmų ir šis pokytis išlieka praėjus mėnesiui po mokymų. Eynan (2011) nustatė, kad „safeTALK“ pagerina dalyvių žinias, nuostatas ir intervencijos įgūdžius ir šis pokytis išlieka praėjus trimis mėnesiams po mokymų.

Tyrimas taip pat parodė, kad mokymai turi didžiausią poveikį dalyvių pasirengimo dimensijai, t.y. po mokymų dalyviai jaučiasi labiau pasirengę atpažinti ir labiau pasirengę kalbėtis su žmogumi, kuriam reikia pagalbos. Mokymų poveikis dalyvių saviveiksmingumui yra silpnesnis. Bartgis ir Albright (2016), kurie vertino internetinius savižudybių prevencijos mokymus naudodami Vartininkų elgesio skalę (VES), taip pat nustatė, kad mokymai daro didesnę poveikį pasirengimui ($\eta^2=0,41$) nei saviveiksmingumui ($\eta^2=0,10$). Suprantama, kad pasirengimas ir saviveiksmingumas skiriasi. Pasirengimas rodo, kad dalyviai jaučiasi turintys potencialo veikti ir jaučiasi žinantys, ką daryti, o saviveiksmingumas rodo, kad dalyviai pasitiki, jog jie sugebės pasiekti norimo rezultato. Per „safeTALK“ mokymus daugiau laiko skiriama dalyvių teisingų nuostatų savižudybių atžvilgiu formavimui ir keturių savižudybės prevencijos žingsnių pristatymui. Nors žingsniai išbandomi praktiškai, tačiau tam skiriama mažiau laiko. Be to, mokymus vedantys lektoriai pastebi, kad ne visi dalyviai noriai dalyvauja praktinėje dalyje. Todėl gali būti, kad po mokymų dalyvių pasirengimas

išauga labiau nei jų saviveiksmingumas. Saviveiksmingumui daugiau įtakos daro realus įgytų įgūdžių išbandymas praktikoje. Dėl reto savižudybių paplitimo populiacijoje, suprantama, kad ne visi dalyviai gali išbandyti įgytus įgūdžius praktikoje per 7 mėnesių laikotarpį. Be to, kalbant apie tokią jautrią sritį kaip savižudybių prevencija, sunku tikėtis stipraus saviveiksmingumo didėjimo po 4 val. mokymų. Tą patvirtina ir tyrimo duomenys.

Kaip buvo minėta teorinėje dalyje, VES ne tik matuojamas pasirengimas ir saviveiksmingumas, bet rasta, kad aukštesni skalės rodikliai koreliuoja ir su dalyviu realiu elgesiu (Albright et al., 2016; Bartgis & Albright, 2016). Aukštesni skalės rodikliai prognozuoja realų dalyvių prevencinį elgesį paklausti apie savižudybę ir rekomenduoti pagalbą teikiančią įstaigą. Kitų tyrimų rezultatai taip pat rodo, kad pagerėjusios nuostatos, pasirengimas ir saviveiksmingumas siejasi su didesniu prevencinių veiksmų skaičiumi (Eynan, 2011; Rallis et al., 2018). Eynan (2011), vertindamas „safeTALK“ mokymų poveikį dalyvių elgsenai, nustatė, kad mokymai daro poveikį dalyvių intervencijos įgūdžiams ir tas poveikis išlieka po trijų mėnesių. Rallis ir kiti (2018) nustatė, kad po mokymų pagerėja studentų žinios, saviveiksmingumas ir padaugėja pagalbai nukreiptų studentų skaičius. Todėl VES faktorių įverčių pokytis netiesiogiai rodo, kad mokymų dalyviai, pasitaikius progai, tikėtina, imsis prevencinių veiksmų praktikoje, o tai gali padėti mažinti bandymų žudytis ir savižudybių skaičių. Tą patvirtina ir Ajzen (1991) ir Bandura (2001) įžvalgos apie elgesio prediktorius.

Žinoma, kaip rodo Wyman (2008) tyrimas, išaugęs saviveiksmingumas nebūtinai transformuojasi į prevencinį elgesį visiems dalyviams. Tam, kad saviveiksmingumas transformuotųsi į realų elgesį, gali reikėti papildomų sąlygų. Pavyzdžiui, Wyman (2008) nustatė, kad padidėjęs dalyvių saviveiksmingumas siejosi su realiu elgesiu tik tiems dalyviams, kurie turėjo santykį su žmogumi, kuris patiria psichologinę įtampą ir gali galvoti apie savižudybę. Rallis ir kiti (2018) nustatė, kad po mokymų padaugėja nukreipimų, bet nepadaugėja kalbėjimosi apie savižudybę. Autorius nurodo, kad nukreipti žmogų pagalbos yra paprasčiau nei su juo kalbėtis apie savižudybę. Kuhlman ir kiti (2017) parodė, kad instituciniai barjerai gali labai riboti vartininkų pasirengimą ir saviveiksmingumą. Visgi atsižvelgiant į patartus teorinius elgsenos modelius ir kitus tyrimus galime daryti prielaidą, kad išaugęs dalyvių pasirengimas atpažinti ir kalbėtis bei išaugęs saviveiksmingumas padėti ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą apie savižudybę galvojančiam asmeniui, lems ir daugiau jų prevencinio elgesio, o tai prisidės prie savižudybių prevencijos.

2 tyrimo hipotezėje teigiama, kad mokymų poveikis dalyviams bus vienodas nepriklausomai nuo jų individualių charakteristikų. Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad mokymai panašiai veikia visų dalyvių ketinimo padėti suicidiškam asmeniui pokyčius nepriklausomai nuo jų charakteristikų, išskyrus vieną – ar dalyvis yra psichikos sveikatos specialistas ar ne.

Tai yra svarbi išvada, nes ji rodo, kad mokymai yra universalūs ir pritaikyti įvairioms dalyvių grupėms, o dalyvių mokymasis nepriklauso nuo lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos, ankstesnių savižudybių prevencijos mokymų skaičiaus, paties dalyvio minčių apie savižudybę bei dalyvio sąlyčio su savižudybe artimoje aplinkoje patirties. Ši išvada nereiškia, kad skirtingi dalyviai turi vienodus pasiekimus. Jų skalių įverčiai gali skirtis ir skiriasi. Tačiau bendras mokymų poveikis dalyvių mokymuisi yra panašus nepriklausomai nuo dalyvių individualių charakteristikų.

Tyrimo metu nustatyta, kad mokymų poveikis psichikos sveikatos specialistams ir nespecialistams skiriasi. Psichikos sveikatos specialistų saviveiksmingumas išauga iškart po mokymų ir išlieka aukštas praėjus 7 mėn. po mokymų. Tuo tarpu nespecialistų grupėje iškart po mokymų išauga visų keturių faktorių įverčiai, tačiau šis pokytis išlieka tik pasirengimo atpažinti faktoriuje, o kitų faktorių įverčiai sumažėja, nors ir lieka aukštesni nei prieš mokymus.

Šios tyrimo išvados atitinka kitų tyrimų išvadas, kuriose teigiama, kad, dalyvio profesinis vaidmuo turi įtakos jo mokymosi procesui ir prevencinei elgsenai (Eynan, 2011; Lamis et al., 2017; Lygnugarytė-Griksienė, 2020; Wyman et al., 2008). Pavyzdžiui, Wyman (2008) nustatė, kad mokyklos kontekste išaugęs saviveiksmingumas transformuojasi į prevencinius veiksmus tik mokytojams, o ne mokyklos administratoriams, nes mokytojai turi santykį su moksleiviais ir gali išbandyti savo įgūdžius. Eynan (2011) nustatė, kad mokymai turi skirtingą poveikį dalyvių saviveiksmingumui priklausomai nuo dalyvio vaidmens organizacijoje.

Žvelgiant iš savižudybių prevencijos perspektyvos, ši tyrimo išvada yra pozityvi. Po mokymų pagerėja ir praėjus 7 mėn. reikšmingai nemažėja nespecialistų pasirengimas atpažinti žmones, kurie rodo psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus. Nespecialistai taip pat jaučiasi geriau pasirengę kalbėtis su žmogumi, patiriančiu psichologinę įtampą ar sunkumus, nei buvo prieš mokymus. Tuo tarpu psichikos sveikatos specialistų grupėje praėjus 7 mėn. po mokymų saviveiksmingumas padėti ir rekomenduoti tarnybą reikšmingai nemažėja. Nespecialistams svarbu gebėti atpažinti, kalbėtis ir motyvuoti apie savižudybę mąstantį žmogų pagalbai. Specialistams, kita vertus, daug svarbesnė yra saviveiksmingumo dimensija, kuri rodo, kad specialistai jaučiasi galintys padėti žmogui, galvojančiam apie savižudybę.

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad psichikos sveikatos specialistai, kurie gali dažniau susidurti su apie savižudybę galvojančiais žmonėmis, pasižymi didesniu saviveiksmingumu ir, tikėtina, dažnesniu prevenciniu elgesiu po mokymų, nors pasirengimo dimensijoje stebimas įverčių sumažėjimas praėjus 7 mėn. po mokymų. Ši rezultatą galima aiškinti tuo, kad psichikos sveikatos specialistai gali daug kritiškiau vertinti savo savižudybės rizikos vertinimo (atpažinimo) įgūdžius, nes iš praktikos žino, kad tai yra sudėtinga. Kaip buvo minėta teorinėje dalyje, nėra jokio kliniškai reikšmingo rizikos veiksnio, kuris galėtų padėti atpažinti apie savižudybę galvojančius asmenis (Franklin et al., 2017). Praktikai su šiuo faktu susiduria kiekvieną dieną. Nespecialistai, kita vertus,

daug rečiau praktikoje susiduria ir vertina savižudybės riziką, todėl gali pervertinti savo gebėjimą atpažinti asmenis, maстанčius apie savižudybę. Tai paaiškina, kodėl psichikos sveikatos specialistų grupėje pasirengimas atpažinti ir kalbėtis mažėja praėjus 7 mėn. po mokymų, o saviveiksmingumas išlieka stabilus.

Pozityvi yra ir tyrimo išvada, kad kitos dalyvių charakteristikos, kaip ir buvo prognozuojama, neturi įtakos dalyvių mokymosi procesui. Kitų mokymų vertinimai kitose imtyse nustatydamo skirtingą mokymų poveikį priklausomai nuo amžiaus ir ankstesnių mokymų patirties (Lygnugarytė-Griksienė, 2020; Tompkins, Witt, & Abraibesh, 2010) bei sąlyčio su savižudybe patirties (Wyman et al., 2008). Tačiau šis tyrimas nerado mokymosi skirtumų priklausomai nuo dalyvių lyties, amžiaus (nors rezultatai ir artėja prie statistiškai reikšmingo skirtumo ($p < 0,07$), gyvenamosios vietos, specialybės, kitų savižudybės prevencijos mokymų patirties, paties dalyvio minčių apie savižudybę bei dalyvio sąlyčio su savižudybe artimoje aplinkoje patirties. Tai rodo mokymų universalumą bei leidžia daryti išvadą, kad mokymai gali būti vykdomi įvairiems žmonėms. Apie mokymų universalumą ir galimybę juos naudoti skirtingiems bendruomenės nariams kalba ir mokymų kūrėjai (Lang et al., 2012).

Rezultatų apie atkritusios ir tyrime likusios grupės palyginimą aptarimas. Kaip jau buvo minėta, trečiame tyrimo etape dalyvavo 61 proc. dalyvių, todėl buvo svarbu įvertinti, ar likusi ir atkritusi grupės viena nuo kitos reikšmingai nesiskiria. Jeigu likusi ir atkritusi grupės statistiškai reikšmingai nesiskiria, tyrimo išvadas bus galima taikyti plačiau ir apibendrinti visiems tyrimo dalyviams.

Tyrimas parodė, kad visuose trijuose tyrimo etapuose likusi ir po dviejų matavimų atkritusi grupė viena nuo kitos reikšmingai nesiskiria. Vertinant faktorius statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta. Analizuojant šių dviejų grupių kitas charakteristikas, nustatytas vienintelis statistiškai reikšmingas skirtumas – visuose tyrimo etapuose likusioje grupėje buvo mažiau psichikos sveikatos specialistų nei atkritusioje grupėje. Vis dėlto, tai vienintelis rastas reikšmingas skirtumas, o skirtumų tarp likusios ir atkritusios grupės pirmųjų matavimų įverčių nerasta. Kadangi psichikos sveikatos specialistų faktorių vidurkiai yra aukštesni, tai, tikėtina, kad trečiame tyrimo etape, sumažėjus psichikos sveikatos specialistų skaičiui, galėjo šiek tiek sumažėti ir pačių faktorių įvertinimas. Vadinasi, tyrimo metu gauti rezultatai gali būti šiek tiek labiau pasislinkę į mažesnę pusę. Tikėtina, kad jeigu abejuose grupėse specialistų būtų vienodai, būtų gauti dar aukštesni tyrimo rezultatai.

Tyrimo ribotumai ir gairės tolimesniems tyrimams. Būtina įvardinti ir keletą tyrimo ribotumų, kurie gali turėti įtakos platesniam šio tyrimo išvadų taikymui. Visų pirma, šis tyrimas nebuvo tikrasis eksperimentas, nes į tyrimo dizainą nebuvo įtraukta kontrolinė grupė. Todėl negalime vienareikšmiškai teigti, kad nustatyti pasirengimo ir saviveiksmingumo dimensijų pokyčiai yra įvykę

dėl mokymų poveikio ir atmesti kitų, tyrime nematuotų, veiksnių įtakos. Antra, tyrimas buvo paremtas pačių dalyvių pateiktais atsakymais į visuomenėje gana jautrų klausimą. Negalima atmesti socialinio pageidaujamo veiksnio, kad žmonės yra labiau linkę pateikti socialiai priimtinus atsakymus, ypač kuomet juos į mokymus deleguoja darbovietės. Trečia, šiame tyrime neanalizuojamos VES ir prevencinio elgesio sąsajos, o tik remiamasi kitų mokslininkų rastomis sąsajomis. Svarbu būtų įvertinti VES ir realaus elgesio sąsajas Lietuvos kontekste. Ketvirta, patvirtinančioji faktorinė analizė parodė, kad Lietuvos duomenys neatitinka trijų faktorių modelio ir buvo naudojamas keturių faktorių modelis. Dėl to sumažėja galimybė šį tyrimą lyginti su kitais panašiais tyrimais. Taip pat būtina atkreipti dėmesį, kad didžioji dalis tyrimo dalyvių buvo moterys (88 proc.), todėl išvadų taikymo grupėse, kuriose lytis būtų kitaip pasiskirsčiusi (pvz., policininkams, kurių dauguma yra vyrai), galimybės galėtų būti ribotos. Penkta, dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas ir tyrime dalyvavo tik savo sutikimą išreiškę dalyviai. Tai gali turėti įtakos tyrimo rezultatams, nes tyrime galėjo dalyvauti labiau motyvuoti asmenys. Šešta, svarbu nepamiršti, kad trečiame matavime dalyvavo mažiau psichikos sveikatos specialistų. Kadangi, kaip parodė tyrimas, jų faktorių įverčiai yra aukštesni negu nespecialistų grupėje, tai, tikėtina, kad mokymų poveikis galėtų būti stipresnis, jei trečiame matavime buvo dalyvavę panašus procentas psichikos sveikatos specialistų kaip ir pirmame bei antrame tyrimo etapuose.

Taip pat galime paminėti keletą galimų tolimesnių tyrimų šioje srityje krypti. Pirma, į kitus tyrimus būtų svarbu įtraukti ir kontrolinę grupę. Tai leistų sustiprinti tyrimo išvadas. Antra, labai svarbu toliau tyrinėti, kaip VES yra susijusi su konkrečiu realiu elgesiu, t.y. ar yra ryšys tarp VES ir dalyvių prevencinės elgsenos. Trečia, svarbu būtų palyginti, kaip keičiasi dalyvių pasirengimas ir saviveiksmingumas po 4 val. “safeTALK” mokymų ir, pavyzdžiui, ilgesnių dviejų dienų ASIST mokymų⁴. Tai leistų įvertinti, ar mokymų trukmė turi poveikį dalyvių pasirengimui ir saviveiksmingumui. Ketvirta, svarbu būtų įvertinti ir išorinius vartininką veikiančius veiksnius (pavyzdžiui, institucinė darbovietės kultūra – ar vartininkas gali skirti laiko, susidūręs su apie savižudybę galvojančiu asmeniu, ar institucija turi savižudybių intervencijos planą ir pan.). Vartininko pasirengimas ir saviveiksmingumas savižudybių prevencijos nepalaikančioje organizacinėje struktūroje gali nepereiti į realų prevencinį elgesį. Tą patvirtina Kuhlman ir kitų (2017) tyrimai. Penkta, remiantis Kirkpatrick (2006) keturių lygių vertinimo modeliu, svarbu būtų mokliškai įvertinti ir galutinį svarbiausią savižudybių prevencijos mokymų rezultatą, t.y. ar po mokymų mažėja savižudybių skaičius tose savivaldybėse, kuriose apmokyta daugiausia pagalbos teikėjų lyginant jas su tomis, kurios tokių mokymų neorganizavo. JAV atlikti tyrimai rodo, kad tose

⁴ ASIST mokymai yra kita 16 val. trukmės Livingworks organizacijos sukurta savižudybių intervencijos programa, labiau skirta psichikos sveikatos specialistams.

apygardose, kur buvo daugiau apmokytų vartininkų, savižudybių buvo mažiau nei apygardose, kur tokie mokymai nevyko (Walrath, Garraza, Reid, Goldston, & Mckeen, 2015).

IŠVADOS

1. “SafeTALK” savižudybių prevencijos mokymai turi stiprų teigiamą poveikį dalyvių subjektyviai vertinamam:
 - a. pasirengimui atpažinti žmogų, rodantį psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus;
 - b. pasirengimui kalbėtis su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus;
 - c. saviveiksmingumui padėti žmogui, rodančiam psichologinės įtampos ir sunkumų ženklus;
 - d. saviveiksmingumui rekomenduoti žmogui, galvojančiam apie savižudybę, profesionalią pagalbą teikiančią tarnybą.
2. Praėjus 7 mėn. po mokymų dalyvių pasirengimas atpažinti ir kalbėtis su žmogumi, galvojančiu apie savižudybę, bei dalyvių saviveiksmingumas padėti ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą tokiam asmeniui sumažėja, tačiau išlieka aukštesni nei prieš mokymus.
3. Rasti mokymų poveikio skirtumai priklauso nuo to, ar dalyvis yra psichikos sveikatos specialistas, ar ne. Psichikos sveikatos specialistų saviveiksmingumas padėti ir rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą asmeniui, svarstančiam apie savižudybę, išauga iškart po mokymų ir išlieka aukštas praėjus 7 mėn. po mokymų, o pasirengimas atpažinti ir kalbėtis sumažėja, bet išlieka aukštesnis nei prieš mokymus. Nespecialistų grupėje pasirengimas atpažinti nemažėja praėjus 7 mėn. po mokymų, tačiau pasirengimas kalbėtis bei saviveiksmingumas padėti ir rekomenduoti psichologinės pagalbos tarnybą žmogui praėjus 7 mėn. po mokymų sumažėja, nors ir išlieka aukštesni nei prieš mokymus.
4. Kitos dalyvių charakteristikos (lytis, amžius, gyvenamoji vieta, profesija, kitų savižudybių prevencijos mokymų patirtis, paties dalyvio minčių apie savižudybę patirtis bei sąlyčio su savižudybe artimoje aplinkoje patirtis) neturi poveikio dalyvių ketinimui padėti suicidiškam asmeniui prieš ir po mokymų.

LITERATŪRA

- Ajzen, I. (2012). The theory of planned behavior. *Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 1*, 211, 438–459. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n22>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. *Handbook of Attitudes and Attitude Change: Basic Principles*, (July), 173–221. <https://doi.org/10.1007/BF02294218>
- Albright, G. L., Davidson, J., Goldman, R., Shockley, K. M., & Timmons-Mitchell, J. (2016). Development and validation of the gatekeeper behavior scale: A tool to assess gatekeeper training for suicide prevention. *Crisis*, 37(4), 271–280. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000382>
- Bailey, E., Spittal, M. J., Pirkis, J., & Gould, M. & R. J. (2017). Universal Suicide Prevention in Young People An Evaluation of the safeTALK Program in Australian High Schools. *Crisis*, 613–616. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000465>
- Bakeman, R. (2005). Recommended Effect Size Statistic. *Behavior Research Methods*, 37(3), 379–384. <https://doi.org/10.3758/BF03192707>
- Bartgis, J., & Albright, G. (2016). Online role-play simulations with emotionally responsive avatars for the early detection of Native youth psychological distress, including depression and suicidal ideation. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res*, 23(2). <https://doi.org/10.5820/aian.2302.2016.1>
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annu. Rev. Psychol.*, 52(1), 1-26
- Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper Training for Suicide Prevention. *Rand Health Quarterly*, 5(1). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5158249/>
- Calear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*, 219(3), 525–530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M., & Caine, E. D. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *Journal of Primary Prevention*, 32(3–4), 195–211. <https://doi.org/10.1007/s10935-011-0250-z>
- Cutcliffe, J. R. (2013). Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research. *Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research*. <https://doi.org/10.4324/9780203795583>
- Eynan, R. (2011). Preventing Suicides in the Toronto Subway System: A program Evaluation. *Dissertations and Theses*. University of Toronto. Retrieved from <http://ezproxy.library.ubc.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1636261682?accountid=14656%0Ahttp://gw2jh3xr2c.search.serialssolutions.com/directLink?&atitle=Preventing+Suicides+in+the+Toronto+Subway+System%253A+A+program+Evaluation&author=Eyn>
- Falcone, T., & Timmons-Mitchell, J. (2018). *Suicide prevention*. (T. Falcone, J. Timmons-Mitchell, & Editors, Eds.), *Suicide Prevention: A Practical Guide for the Practitioner*. Springer. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5779>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2005). The Influence of Attitudes on Behavior. *The Handbook of Attitudes*, (May), 173–222. <https://doi.org/10.1007/BF02294218>
- Fitzpatrick, S. J., & River, J. (2018). Beyond the Medical Model: Future Directions for Suicide Intervention Services. *International Journal of Health Services*, 48(1), 189–203. <https://doi.org/10.1177/0020731417716086>

- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gailienė, D. (2008). *Ką jie mums padarė: lietuvių gyvenimas traumų psichologijos žvilgsniu*. Vilnius: Tyto Alba, 2008
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2011). *What Kind of Research Do We Need in Suicidology Today? International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch34>
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, 41(8), 481–492. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1332905>
- Hjelmeland, H., & Loa Knizek, B. (2020). The emperor's new clothes? A critical look at the interpersonal theory of suicide. *Death Studies*, 44(3), 168–178. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1527796>
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., Lagopoulos, J., Holmes, G., Clacy, A., ... Lagopoulos, J. (2019). The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training : A Systematic Review The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training : A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 0(0), 1–31. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690608>
- Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, ... Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Gatekeeper training as a preventative. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(4), 260–268.
- Jersovas, M. (2018). *SafeTALK mokymų dalyvių nuostatų savižudybių atžvilgiu pokyčiai (Bakalauro darbas)*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Bell, R., & Fraser, C. (2012). The profile of suicide: Changing or changeable? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0306-z>
- Kaplan, G. (2018). *Manitoba Education and Training A Formative Evaluation of the SafeTALK Program in Manitoba Evaluation Highlights*. Winnipeg
- Kirkpatrick, D.L. & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers
- Kuhlman, S. T. W., Walch, S. E., Bauer, K. N., & Glenn, A. D. (2017). Intention to Enact and Enactment of Gatekeeper Behaviors for Suicide Prevention : an Application of the Theory of Planned Behavior, 704–715. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0786-0>
- Lamis, D. A., Underwood, M., & D'Amore, N. (2017). Outcomes of a suicide prevention gatekeeper training program among school personnel. *Crisis*, 38(2), 89–99. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000414>
- Lang, W., Ramsay, R., Tanney, B., Kinzel, T., & Tierney, R. (2012). *“safeTALK” Trainer Manual* (2.2 Edition). Canada: LivingWorks Education
- Levickaitė, K., Pūras, D., & Murauskienė, L. (2015). *Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvus priemonių planas*.
- Loa Knizek, B., & Hjelmeland, H. (2007). A Theoretical Model for Interpreting Suicidal Behaviour as Communication. *Theory & Psychology*, 17(5), 697–720. <https://doi.org/10.1177/0959354307081625>
- Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S., & Chen, L. (2002). The Importance of the Normality Assumption in Large Public Health Data Sets. *Annual review of public health*, 23, 151-69. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140546
- Luzzi, L., & Spencer, A. J. (2008). Factors influencing the use of public dental services: An application of the Theory of Planned Behaviour. *BMC Health Services Research*, 8(February). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-93>
- Lygnugarytė-Grikšienė, A. (2020). *Skubios medicinos pagalbos gydytojų ir slaugytojų savižudybių*

intervencijos įgūdžiai ir jiems poveikį darantys veiksniai Daktaro disertacija. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.

- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064–2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- McKay, K., Hawgood, J., Kavalidou, K., Kolves, K., O’Gorman, J. & De Leo, D. (2012). *A Review of the Operation Life Suicide Awareness Workshops*. Report to the Department of Veterans’ Affairs. Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Brisbane.
- Michelmores, L., & Hindley, P. (2012). Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507–524. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00108.x>
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K., Loskutova, E., & Ekeberg, O. (2016). Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0976-5>
- Norheim AB, Grimholt TK, & Ekeberg O. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-90>
- O’Connor, R., & Pirkis, J. (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. John Wiley & Sons, Incorporated,. Retrieved from <http://ebookcentral.proquest.com/lib/liverpool/detail.action?docID=4690025>
- Oskamp S., & Schultz P. W. *Attitudes and Opinions* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2005
- Osteen, P., Frey, J. M., Woods, M. K. N., Ko, J., & Shipe, S. (2016). Modeling the Longitudinal Direct and Indirect Effects of Attitudes, Self-Efficacy, and Behavioral Intentions on Practice Behavior Outcomes of Suicide Intervention Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 410–420. <https://doi.org/10.1111/sltb.12288>
- Osteen, P. J. (2018). Suicide Intervention Gatekeeper Training: Modeling Mediated Effects on Development and Use of Gatekeeper Behaviors. *Research on Social Work Practice*, 28(7), 848–856. <https://doi.org/10.1177/1049731516680298>
- Petti, T. A. (2015). The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(07), e896–e896. <https://doi.org/10.4088/jcp.15bk09804>
- Potter, L. B., Powell, K. E., & Kachur, S. P. (1995). Suicide prevention from a public health perspective. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25(1), 82-91.
- Rajkumar, A. P., Brinda, E. M., Duba, A. S., Thangadurai, P., & Jacob, K. S. (2013). National suicide rates and mental health system indicators: An ecological study of 191 countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5–6), 339–342. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.004>
- Rallis, B. A., Esposito-Smythers, C., Disabato, D. J., Mehlenbeck, R. S., Kaplan, S., Geer, L., ... Meehan, B. (2018). A brief peer gatekeeper suicide prevention training: Results of an open pilot trial. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1106–1116. <https://doi.org/10.1002/jclp.22590>
- Rasmussen, M. L., Haavind, H., & Dieserud, G. (2018). Young Men, Masculinities, and Suicide. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 327–343. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1340855>
- Rihmer, Z., & Rutz, W. (2012). Treatment of attempted suicide and suicidal patients in primary care. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, 464–470. <https://doi.org/10.1093/med/9780198570059.003.0062>
- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., ... Hetrick, S. (2018). What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, (October). <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004>

- Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L., & Bühner, M. (2010). Is it really robust? Reinvestigating the robustness of ANOVA against violations of the normal distribution assumption. *Methodology. European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 6(4), 147–151. <https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000016>
- Shannonhouse, L., Lin, Y. W. D., Shaw, K., & Porter, M. (2017). Suicide Intervention Training for K–12 Schools: A Quasi-Experimental Study on ASIST. *Journal of Counseling and Development*, 95(1), 3–13. <https://doi.org/10.1002/jcad.12112>
- Skruibis, P. (2019). *Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2017 m. lapkričio – 2018 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizė* “.
- Skruibis, P., Labanauskaitė, L., & Gailienė, D. (2008). Nuostatų Savižudybių Atžvilgiu Klausimyno (ATTS) Lietuviškoji Versija. *Psichologija*, 38, 84–99
- Snyder, J. A. (1971). The use of Gatekeepers in Crisis Management. *Bulletin of Suicidology*, 8, 39–44.
- Sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo vertinimas* (2017). Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras. (<https://vpssc.lrv.lt/uploads/vpsc/documents/files/SPB/SPB_tyrimas.pdf>, tikrinta 02 balandžio 2020)
- Tompkins, T. L., Witt, J., & Abraibesh, N. (2010). Does a Gatekeeper Suicide Prevention Program Work in a School Setting? Evaluating Training Outcome and Moderators of Effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 506–515. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.506>
- Tompkins, T., Witt, J., & Witt, J. (2009). The Short-Term Effectiveness of a Suicide Prevention Gatekeeper Training Program in a College Setting with Residence Life Advisers, (June 2014). <https://doi.org/10.1007/s10935-009-0171-2>
- Vijayakumar, L. & Phillips, M. (2016). *Suicide Prevention in Low- and Middle-Income Countries*. In R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.) *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp.507-523). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50.
- Walrath, C., Garraza, L. G., Reid, H., Goldston, D. B., & Mckeon, R. (2015). Impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on Suicide Mortality, *105*(5), 986–993. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302496>
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., ... Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>
- Wasserman, Danuta. (2016). *Suicide: An Unnecessary Death* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Wyman, P. A. (2014). Developmental Approach to Prevent Adolescent Suicides. *American Journal of Preventive Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.039>
- Wyman, P., Brown, H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Qin, Y. ... Wang, W. (2010). An Outcome Evaluation of the Sources of Strength Suicide Prevention Program Delivered by Adolescent Peer Leaders in High Schools. *American journal of public health*, 100, 1653-61. DOI: 10.2105/AJPH.2009.190025
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J. B. (2008). Randomized Trial of a Gatekeeper Program for Suicide Prevention: 1-Year Impact on Secondary School Staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 104–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.104>

- Yonemoto, N., Kawashima, Y., Endo, K., & Yamada, M. (2019). Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.052>
- 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 Psychiatry*, *3*(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zinzow, H. M., Thompson, M. P., Fulmer, C. B., Goree, J., & Evinger, L. (2018). Evaluation of a Brief Suicide Prevention Training Program for College Campuses. *Archives of Suicide Research*, *0*(0), 1–14. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509749>

PRIEDAI

1 priedas. Duomenų normalumo analizė

VES faktorių normalumo pasiskirstymas

Faktorius	Prieš mokymus (N=151)				7 mėn. po mokymų (N=151)			
	S-W	Asi (SE)	Eks (SE)	p	S-W	Asi	Eks	p
Pasirengimas atpažinti	0,918	-0,044 (0,197)	1,501 (0,392)	0,000	0,875	0,488 (0,197)	-0,192 (0,392)	0,000
Pasirengimas kalbėtis	0,959	0,275 (0,197)	0,325 (0,392)	0,000	0,950	-0,131 (0,197)	0,701 (0,392)	0,000
Saviveiksmingumas rekomenduoti tarnybą	0,890	-0,081 (0,197)	-0,052 (0,392)	0,000	0,870	-0,037 (0,197)	-0,659 (0,392)	0,000
Saviveiksmingumas kalbėtis	0,937	-0,121 (0,197)	0,271 (0,392)	0,000	0,829	0,288 (0,197)	-0,464 (0,392)	0,000
VES (bendra skalė)	0,074	-0,074 (0,155)	0,942 (0,308)	0,006	0,977	0,211 (0,197)	-0,290 (0,392)	0,012

Pastaba: S-W – Shapir-Wilk testo koeficientas, Asi – asimetriškumo koeficientas, Eks – eksceso koeficientas; SE – standartinė klaida, $p > 0,05$.

2 priedas. Tyrimo klausimynas prieš mokymus

Savižudybių prevencijos mokymų (“safeTALK”) ilgalaikis poveikis dalyviams

PILDOMA PRIEŠ MOKYMUS

Koks tai tyrimas?

Šiuo tyrimu siekiame įvertinti savižudybių prevencijos mokymų (“safeTALK”) ilgalaikį poveikį dalyviams.

Kas jį atlieka?

Šį tyrimą atlieka Vilniaus universiteto (VU) Klinikinės psichologijos magistro studijų studentas Mantas Jeršovas (vadovė dr. Odeta Geleželytė) kartu su VU Suicidologijos tyrimų centro mokslininkais (centro vadovas dr. Paulius Skruibis). Leidimą vykdyti šį tyrimą davė VU Psichologinių tyrimų etikos komitetas.

Kokia nauda man?

Dalyvaudami šiame tyrime leisite mums įvertinti ilgalaikį mokymų poveikį dalyviams. Mums labai svarbus Jūsų dalyvavimas visuose trijuose tyrimo etapuose užpildant klausimyną prieš, po ir praėjus 6 mėn. po mokymų. Kaip padėką už Jūsų laiką, **siūlome galimybę trims visuose tyrimo etapuose dalyvavusiems tyrimo dalyviams laimėti 15 eurų knygyno čekį**. Laimėtojus atrinksime atsitiktiniu būdu ir išsiųsime 15 eurų vertės knygyno čekį el. paštu.

Kokie asmens duomenys renkami?

Šiame tyrime prašome pateikti savo elektroninio pašto adresą ir telefono numerį. Šie duomenys bus saugomi atskirame slaptažodžiu apsaugotame dokumente. Prie jų galėsiu prieiti tik aš, tyrimo vykdytojas. Jų apsauga yra mano kaip tyrėjo atsakomybė. Pasibaigus tyrimui jie bus sunaikinti

Kodėl renkami asmens duomenys?

Asmens duomenys renkami tam, kad galėtume su Jumis susisiekti praėjus 6 mėn. po šių mokymų ir paprašyti užpildyti trumpą internetinį klausimyną. Klausimyno pildymas užtruks apie 8 min. Šie duomenys taip pat bus naudojami siekiant nustatyti 15 eurų knygyno čekių laimėtojus. Jokiais kitais tikslais tyrimo metu surinkti asmens duomenys nebus naudojami.

Ar tyrimas konfidencialus?

Visi Jūsų klausimyne pateikti atsakymai bus nuasmeninti – tai reiškia, kad Jūsų pateikti asmens duomenys bus atskirti nuo klausimyno. Tyrimo klausimynai bus užkoduoti. Jų kodas bus žinomas tik Jums ir tyrėjui, todėl niekas kitas be pagrindinio tyrėjo negalės susieti Jūsų pateiktų duomenų.

Kaip bus saugomi tyrimo duomenys?

Tyrimo duomenys bus laikomi saugiai VU Suicidologijos tyrimų centre. Elektroninio pašto adresą ir telefono numeris bus saugomi atskirai nuo klausimynų slaptažodžiu apsaugotame dokumente. Visi asmens duomenys pasibaigus tyrimui bus iš karto sunaikinti. Prie koduotų anonimiškų tyrimo duomenų galės prieiti tik pagrindinis tyrėjas ir Suicidologijos tyrimų centro mokslininkai.

Kaip bus naudojami rezultatai?

Gauti rezultatai bus analizuojami ir pristatomi apibendrintai. Tai reiškia, kad bus kalbama ne apie konkrečių tyrimo dalyvų, bet bendrai apie visus dalyvius.

Turite klausimų?

Jeigu turite klausimų dėl šio tyrimo, kreipkitės į tyrėją Mantą Jeršovą el. paštu mantas.jersovas@fsf.stud.vu.lt arba [VU Suicidologijos tyrimų centrą \[suicidologija@fsf.vu.lt\]\(mailto:VU_Suicidologijos_tyrimu_centra_suicidologija@fsf.vu.lt\)](mailto:VU_Suicidologijos_tyrimu_centra_suicidologija@fsf.vu.lt).

SVARBU: Kad galėtumėme susieti pirmo (prieš mokymus), antro (iškart po mokymų) ir trečio (po 6 mėnesių) klausimyno duomenis, prašome pagal žemiau pateiktą instrukciją sudaryti unikalų dalyvio kodą, kuris bus žinomas tik Jums. **Klausimynų kodai visuose klausimynuose turi sutapti.**

INFORMUOTAS SUTIKIMAS

Jūs galite nutraukti savo dalyvavimą šiame tyrime bet kuriuo metu ir bet kuriame etape. **Jeigu sutinkate atsakyti į klausimus, prašome šioje vietoje įrašyti „sutinku“:** _____

Sutinku pateikti savo elektroninio pašto adresą ir telefono numerį. Sutinku, kad praėjus 6 mėn. po mokymų tyrėjas susisiektų su manimi dėl elektroninio klausimyno užpildymo. **Jeigu sutinkate, prašome šioje vietoje įrašyti „sutinku“:** _____

UNIKALUS DALYVIO KODAS

Nurodykite savo mamos (globėjo) vardo pirmas tris raides, savo gimimo dieną ir du paskutinius mobilaus telefono skaičius.

Pvz. jeigu mamos/globėjo vardas yra Regina, Jūsų gimimo data yra 1969 spalio **15 d.**, o tel. nr. baigiasi 87, tuomet kodas bus **REG 15 87**.

Jūsų kodas (įrašykite): _____

Jūsų mamos vardo
3 pirmos raidės

Jūsų gimimo
diena

2 paskutiniai Jūsų
telefono skaičiai

Keletas klausimų apie Jus

Jūsų lytis (pažymėkite)

- Moteris
 Vyras
 Nesutinku nurodyti/kita ar pan.

Gyvenamoji vieta

- Didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda)
 Miestas (Panevėžys, Alytus, Kupiškis ir kt.)
 Miestelis/kaimas (Kernavė, Ramučiai ir kt.)

Jūsų amžius (įrašykite)

Kokios Jūsų pareigos dabartinėje darbovietėje
(įrašykite)

Skalėje nuo 1 iki 10 pažymėkite, kaip manote, ar
įmanoma padėti žmogui, kuris galvoja apie
savižudybę?

Niekada
neįmanoma padėti

Visada
įmanoma padėti

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Skalėje nuo 1 iki 10 pažymėkite, kaip Jūs pats(-i)
vertintumėte savo įgūdį tiesiai paklausti žmogaus,
kuris rodo psichologinės įtampos ar sunkumų
ženklus, apie savižudybę?

Man gėda
tai daryti

Didžiuojuosi
tai darydama(s)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Skalėje nuo 1 iki 10 pažymėkite, kaip Jums atrodo
aplinkiniai gali vertinti tai, kad Jūs tiesiai klausiate
žmogaus, rodančio psichologinės įtampos ar
sunkumų ženklus, apie savižudybę?

Vertina
neigiamai

Vertina
teigiamai

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ar esate anksčiau dalyvavęs(-usi) savižudybių
prevencijos mokymuose? (*galite pažymėti kelis
tinkamus atsakymus*)

- Esu gavusi/-ęs tokių žinių per savo studijas
- Esu dalyvavusi/-ęs 1-2 mokymuose
- Esu dalyvavusi/-ęs 3 ir daugiau mokymuose
- Nesu dalyvavusi/-ęs mokymuose

Ar savo artimiausioje aplinkoje esate susidūręs(-
usi) su savižudybe?

- Taip
- Ne

Ar esate kada nors svarstęs(-čiusi) apie savižudybę?

- Taip
- Ne
- Nesutinku nurodyti/kita ar pan.

Ar per pastaruosius 6 mėn. teko pastebėti žmogų,
kuris rodo psichologinės įtampos ar sunkumų
ženklus?

- Taip
- Ne

Ar per pastaruosius 6 mėn. teko užkalbinti žmogų, kuris rodo psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus? Taip Ne

Ar per pastaruosius 6 mėn. teko tiesiai paklausti žmogaus, rodančio psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus, ar ji(s) galvoja apie savižudybę? Taip Ne

Ar per pastaruosius 6 mėn. teko žmogui, galvojančiam apie savižudybę, rekomenduoti pagalbą teikiančią tarnybą/įstaigą/specialistą? Taip Ne

KAIP VERTINATE SAVO <u>PASIRENGIMĄ</u> :	Labai žemas	Žemas	Vidutinis	Aukštas	Labai aukštas
1. Atpažinti, kuomet žmogaus elgesys byloja apie jo patiriamą psichologinę įtampą ar sunkumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Atpažinti, kuomet žmogaus fizinė išvaizda byloja apie jo patiriamą psichologinę įtampą ar sunkumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aptarti savo susirūpinimą su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Paskatinti žmogų, rodantį psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus, kreiptis pagalbos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rekomenduoti žmogui, rodančiam psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus, įstaigą, teikiančią psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (pvz., psichologinės pagalbos tarnybą)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOKIA TYKIMYBĖ, KAD JŪS:	Labai mažai tikėtina	Mažai tikėtina	Tikėtina	Labai tikėtina
6. Aptarsite savo susirūpinimą su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rekomenduosite psichikos sveikatos priežiūros įstaigą (pvz., psichologinės pagalbos tarnybą) žmogui, rodančiam psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRAŠOME ĮVERTINTI <u>SUTINKATE AR NESUTINKATE</u> SU ŠIAIS TEIGINIAIS:	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
8. Jaučiuosi galinti(s) aptarti savo susirūpinimą su žmogumi, rodančiu psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jaučiuosi galinti(s) rekomenduoti psichikos sveikatos priežiūros įstaigą (pvz., psichologinės pagalbos tarnybą) žmogui, rodančiam psichologinės įtampos ar sunkumų ženklus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jaučiuosi žinanti(s), kur nukreipti žmogų psichikos sveikatos pagalbai gauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jaučiuosi galinti(s) padėti žmogui, galvojančiam apie savižudybę, kreiptis pagalbos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Albright, Davidson, Goldman, Shockley, & Timmons-Mitchell (2016)

Ačiū Jums už skirtą laiką! Mums labai svarbus Jūsų dalyvavimas visuose tyrimo etapuose, nes tik taip galėsime tinkamai įvertinti mokymų ilgalaikį poveikį.

3 priedas. Interesų deklaravimas

Šio tyrimo autorius yra sertifikuotas “safeTALK” mokymų lektorius, kuris veda “safeTALK” mokymus ir už mokymus gauna atlygį.