



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Kotryna Mikalauskaitė

Pagalba po mėginimo nusizudyti psichikos sveikatos sistemoje

Magistro darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovas: doc. dr. Paulius Skruibis

Darbo konsultantė: dokt. Jolanta Latakiienė

Vilnius, 2019

TURINYS

| | |
|---|----|
| SANTRAUKA..... | 4 |
| SUMMARY..... | 5 |
| SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS | 6 |
| PRATARMĖ | 7 |
| 1 ĮVADAS..... | 9 |
| 1.1 Savižudybių samprata ir rizikos vertinimas bei suicidologiniai tyrimai | 9 |
| 1.1.1 Savižudiško elgesio psichologinė samprata | 9 |
| 1.1.2 Savižudybės rizikos ir apsauginiai veiksniai, rizikos įvertinimas..... | 10 |
| 1.1.3 Kokybinių tyrimų suicidologijoje svarba..... | 12 |
| 1.1.4 Ankstesnio mėginimo nusižudyti reikšmė | 12 |
| 1.2 Savižudybių prevencija ir intervencija..... | 13 |
| 1.2.1 Savižudybių prevencijos strategijos..... | 13 |
| 1.2.2 Savižudybių intervencijų esminiai principai | 14 |
| 1.3 Savižudybių prevencijos ir intervencijų įgyvendinimas Lietuvoje | 16 |
| 1.3.1 Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimas Lietuvoje | 16 |
| 1.3.2 Pagalba po mėginimo nusižudyti Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje | 17 |
| 1.4 Tyrimo tikslas ir uždaviniai..... | 19 |
| 2 TYRIMO METODIKA | 20 |
| 2.1 Tyrimo dalyviai | 20 |
| 2.2 Tyrimo instrumentai | 22 |
| 2.2.1 Kiekybiniai instrumentai | 22 |
| 2.2.2 Kokybiniai metodai | 23 |
| 2.3 Tyrimo eiga | 24 |
| 2.4 Duomenų analizė..... | 25 |
| 2.5 Tyrimo validumas ir kokybė | 26 |
| 2.5.1 Tyrėjo nuostatų ir patirties refleksija..... | 27 |
| 2.5.2 Tyrimo etiniai aspektai, konfidencialumas | 28 |
| 3. REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ..... | 29 |
| 3.1 Personalo kompetentingumas | 30 |
| 3.3 Bendravimo, bendruomeniškumo svarba gydymosi procese | 32 |
| 3.4 Ligoninės saugios, ramios, tvarkingos aplinkos svarba | 33 |
| 3.5 Nepakankama priežiūra, personalo abejingumas, neprofesionalumas | 34 |
| 3.6 Medikamentinės pagalbos reikšmė gydymosi procese..... | 36 |
| 3.7 Po gautos pagalbos pasikeitęs požiūris ir elgesys | 36 |
| 3.8 Pagalbos vertinimas, pagalbos tęstinumo, kompleksiško svarba | 37 |
| 3.9 Dabartiniai pagalbos poreikiai..... | 38 |

| | |
|--|----|
| 3.10 Saviklioiva | 39 |
| 4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS | 41 |
| 5. IŠVADOS | 44 |
| PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS | 45 |
| LITERATŪRA | 46 |
| PRIEDAI | 52 |
| 1 priedas. <i>Riboto duomenų panaudojimo sutartis.</i> | 52 |
| 2 priedas. <i>Vilniaus universiteto psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas atlikti tyrimą.....</i> | 54 |
| 3 priedas. <i>Asmens informavimo forma.</i> | 55 |
| 4 priedas. <i>Transkriptuose rekomenduojami naudoti ženklai.</i> | 56 |
| 5 priedas. <i>Teminėje analizėje išskirtos temos.</i> | 57 |

Mikalauskaitė, K. (2019). *Pagalba po mėginimo nusižudyti psichikos sveikatos sistemoje*. Vilniaus universitetas, Vilnius, 64 psl.

SANTRAUKA

Vienas pagrindinių savižudybės rizikos veiksnių yra ankstesnis savižudybės mėginimas. Dėl šios priežasties akivaizdu, kad vienas svarbiausių savižudybių prevencijos elementų yra efektyvios pagalbos užtikrinimas žmonėms, kurie pateko į gydymo įstaigą po mėginimo nusižudyti. Šio tyrimo tikslas yra išanalizuoti asmenų gaunamos pagalbos po mėginimo nusižudyti patyrimą psichikos sveikatos sistemoje. Analizuojama dalis duomenų iš Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centre atliekamo tyrimo „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“. Tyrime dalyvavo septyni asmenys (penkios moterys ir du vyrai, amžiaus vidurkis $M=33,1$), kurie po mėginimo nusižudyti pateko į vieną iš dviejų didžiųjų miestų psichikos sveikatos centrus. Šiame kokybiniame tyrime buvo atliekami interviu apie asmenų gaunamą pagalbą po mėginimo nusižudyti, jos patyrimą bei asmenų pagalbos poreikius. Kokybinio tyrimo metu buvo atskleista, kad vienas reikšmingiausių suteikiamos pagalbos aspektų buvo santykis su dirbančiais specialistais, jų parodomasis dėmesys ir rūpestis, jų profesionalumas bei suteikiama individualizuota pagalba kiekvienam asmeniui. Kitas daugelio tyrimo dalyvių išskirtas svarbus pagalbos po mėginimo nusižudyti aspektas buvo bendruomeniškumas ir galimybė bendrauti su kitais asmenimis, kurie yra susidūrę su panašiomis problemomis. Tyrime buvo pastebėta, kad dalis tyrimo dalyvių prieš gaunant pagalbą susidūrė su sunkumais priimant pagalbą ir noru patiems išspręsti savo problemas, jomis nesidalinti. Taip pat tyrime buvo pastebėta ligoninėje suteikiamos saugios, ramios, tvarkingos aplinkos reikšmė tiriamųjų gydymosi procese. Kita vertus, tyrimo dalyviai išskyrė atvejus jiems suteikiamoje pagalboje, kai gydantis personalas buvo abejingas, neskyrė dėmesio, išsakė komentarus, kurie neigiamai paveikė tyrimo dalyvius. Taip pat buvo išskirta nepakankamos psichologinės pagalbos ir specialistų trūkumo tema. Tyrime dalyvavę asmenys išskyrė, kad jiems svarbi buvo medikamentinė pagalba, tačiau kai kurie tyrimo dalyviai susidūrė su jų šalutiniais poveikiais. Visi tyrime dalyvavę asmenys teigė, kad gauta pagalba jiems padėjo, išgelbėjo gyvybę, o po gautos pagalbos teigiamai pasikeitė jų požiūris ir elgesys. Tyrimo dalyviai taip pat išskiria, kad jiems yra reikalinga tolimesnė psichologinė pagalba, tačiau dalis tiriamųjų susiduria su tam tikrais barjeriais trukdančiais tęsti pagalbą (prasta sveikata, pinigų stoka, gyvenamoji vieta, kurioje nėra prieinamos pagalbos). Galiausiai, tyrimo dalyviai išskyrė, kad asmenims po mėginimo nusižudyti turi būti užtikrinama tęstinė pagalba, ji turi būti kompleksinė.

Raktiniai žodžiai: *pagalba po mėginimo nusižudyti, psichikos sveikatos sistema.*

Mikalauskaitė, K. (2019). Care in mental health system after a suicide attempt, Vilnius University, Vilnius. pp. 64.

SUMMARY

One of the main suicide risk factors is a previous suicide attempt. Therefore, one of the main elements of suicide prevention should be ensuring effective care for people who end up in a mental health care facility after a suicide attempt. The aim of this study is to analyse the experience of people who end up in a mental health care facility after a suicide attempt. This study analyses part of the data of a larger study “The Suicide Problem in the Health Care System: Help Seeking and Efficacy” that is conducted by Vilnius University Psychology Institute Suicidology research center. Seven people participated in this study (5 females, 2 males, average age of 33,1 years), who ended up in a mental health care facility after a suicide attempt. In this qualitative study, interviews were conducted about the received care in a mental health facility after a suicide attempt, participants’ experience of it and about further care needs of the participants. The study showed that one of the main elements of care that were essential to the study participants’ experience, was the conduct of the staff and specialists of the mental health care facility and their relationship with them. Participants reported that it was important for them that the personnel are professional and attentive, and they give individualized care for the patients. Another important aspect that was highlighted was the possibility to interact with other people in the community. A few study participants noted that they find it hard speaking about their problems and accepting help. Study participants also stated that they found the safe and calm environment of the hospital helpful to their recovery. However, it was noted by the majority of participants that there were instances of personnel indifference, that some staff members gave unhelpful remarks that affected some participants negatively. Also, study participants noted that there were not enough specialists in the health care facilities they were in and that the psychological care was insufficient. While study participants reported that the prescribed medication was mostly helpful, there were instances of severe side effects. All study participants reported that the received care was life saving and helpful, after receiving care, participants stated that their outlook and behavior changed in a positive way. Study participants stated that they need further psychological care, but some are unable to receive it due to some barriers (health, financial problems, distance). Finally, study participants highlighted the importance of continued care that includes various life areas.

Key words: *suicide attempt, care, mental health system.*

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Savižudybė – tai valingas, paties žmogaus atliktas gyvybei grėsmingas veiksmas, sukeliantis mirtį (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007b).

Bandyamas nusižudyti – žmogaus atliekamas gyvybei grėsmingas veiksmas, kurio tikslas yra sukelti mirtį, kai veiksmas nesibaigia mirtimi (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007a).

Psichikos sveikatos sistema - sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teisės aktų nustatyta tvarka yra akredituotos teikti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

PRATARMĖ

Europos pakte dėl psichinės sveikatos ir gerovės savižudybių prevencija yra išskiriama kaip vienas pagrindinių tolimesnių psichikos sveikatos politikos prioritetų (Whalbeck et al., 2010). Praėjus daugiau nei dešimtmečiui nuo pakto pasirašymo galima pastebėti keletą pagerėjusių rodiklių. Remiantis 2017 m. Lietuvos higienos instituto duomenimis, Lietuvoje savižudybių skaičius sumažėjo - nuo 2010 m. iki 2017 m. nusižudžiusiųjų skaičius sumažėjo nuo 1018 iki 748 atvejų per metus (Lietuvos higienos institutas, 2018). Šiuo laikotarpiu Lietuvoje buvo įgyvendinamos įvairios programos skirtos visuomenės psichikos sveikatos gerinimui, tačiau savižudybių skaičiumi Lietuva yra vis dar pirmaujanti šalis pasaulyje (Pasaulinė sveikatos organizacija, 2016). Dėl šios priežasties yra akivaizdu, kad vis dar yra būtina skirti papildomų resursų siekiant užtikrinti standartus atitinkančių psichikos sveikatos paslaugų įgyvendinimą Lietuvoje. Vienas esminių žingsnių siekiant mažinti savižudybių skaičių Lietuvoje yra savižudybių prevencijos ir intervencijos programų prieinamumo užtikrinimas. Šiuo metu Lietuvoje egzistuoja įvairios savižudybių prevencijos ir intervencijos programos, tačiau ar šios paslaugos yra prieinamos visiems, kuriems jos yra reikalingos? Remiantis valstybinio audito ataskaita apie savižudybių prevenciją ir pagalbą asmenims, susijusiems su savižudybės rizika (Cickevičiūtė-Rutkauskienė, Marcikonytė ir Paulavičius, 2017), šiuo metu Lietuvoje nėra vieningų pagalbos algoritmų, kuriais remiantis būtų užtikrinama pagalba kiekvienam žmogui, kuris į gydymo įstaigą patenka po mėginimo nusižudyti. Tai reiškia, po mėginimo nusižudyti žmogui nebūtinai yra užtikrinama visavertė pagalba, kuri tuo metu yra labai reikalinga.

Mokslo studijoje apie iššūkius įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką yra išskiriama, kad nėra psichikos sveikatos sistemos ir jos grandžių veiksmingumo kriterijų, pagal kuriuos būtų galima vertinti sprendimų veiksmingumą bei tai, kad psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo planai ir priemonės kuriamos be minimalių standartų, sėkmės kriterijų ir aiškaus pagrįstumo kodėl būtent viena ar kita priemonė pasirinkta (Pūras ir kiti, 2013). Nors ir Lietuvoje 2018 m. buvo patvirtintas pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašas (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, 2018), kuriame yra numatoma, kokia pagalba turi būti suteikiama mėginusiems nusižudyti asmenims, tačiau joje nėra tikslių schemų, kuriuos apibrėžtų kokie pagalbos elementai turi būti suteikiami atitinkamiems asmenims, taip pat nėra universalių ataskaitų rengimo metodikų, kurios suteiktų informaciją apie visų gydymo įstaigų teikiamą pagalbą po mėginimo nusižudyti Lietuvoje. Dėl šios priežasties yra sudėtinga ne tik vertinti Lietuvoje taikomų intervencijų kokybę, bet ir rasti informacijos apie tai, kokią pagalbą apskritai gali gauti

mėginęs nusižudyti žmogus. Galime pastebėti tyrimų apie mėginusių nusižudyti asmenų patyrimą, suteikiamos pagalbos kokybės ir efektyvumo tyrimų stoką, ypač Lietuvoje.

1 ĮVADAS

1.1 Savižudybių samprata ir rizikos vertinimas bei suicidologiniai tyrimai

1.1.1 Savižudiško elgesio psichologinė samprata

Suicidinis elgesys yra viena pirmaujančių sužeidimų bei mirčių priežasčių pasaulyje (World Health Organisation, 2012). Kiekvienais metais pasaulyje dėl savižudybės miršta daugiau nei 800 000 žmonių, tačiau laikoma, kad mėginimų nusižudyti skaičius 20 – 30 kartų didesnis (Zalsman et al, 2016). Remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos 2016 metų duomenimis, savižudybė tai yra viena pirmaujančių mirties priežasčių jaunų žmonių (15 – 29 metų) tarpe (World Health Organisation, 2016). Ketinimas nusižudyti – tai yra sudėtingas reiškinys, kuris neturi paprasto paaiškinimo ar vienos priežasties. Suicidinio elgesio priežastingumas yra kompleksinis, jis susideda iš biologinės predispozicijos bei įvairių aplinkos stresorių (Mann et al., 2005). Tyrimai rodo, kad dideli stresiniai įvykiai, tarpasmeninės problemos, finansiniai sunkumai, psichinės ligos, fizinės ligos bei negalia turi reikšmingą poveikį asmens savižudybės rizikai (Buron et al., 2016). Tačiau akivaizdu, jog įvairių veiksnių buvimas nebūtinai paaiškina suicidinio elgesio atsiradimą. Žemiau aptarsime kelias pagrindines teorijas, aiškinančias savižudybę.

Joiner (2005) tarpasmeninė psichologinė suicidinio elgesio teorija (angl. *The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior*) teigia, kad žmogus nusižudys, jei jis turės ir norą ir gebėjimą nusižudyti (Cit iš. Joiner & Ribeiro, 2009). Teorijoje aprašoma, kad noras nusižudyti atsiranda iš suvokiamo naštos jausmo bei socialinio nepriklausymo, tačiau noro savižudybės ketinimui neužtenka, žmogus turi turėti savižudybės gebėjimą, kuris gali atsirasti iš nuolatinio susidūrimo su skausmingais įvykiais. Šioje teorijoje atspindima, kad neužtenka įvairių rizikos veiksnių buvimo asmens aplinkoje, būtinas papildomas elementas – savižudybės gebėjimas, kuris skiria dalį populiacijos nuo kitų asmenų, kurie irgi susiduria su įvairiais rizikos veiksniais, tačiau nepasižymi suicidiniu elgesiu.

Viena naujesnių savižudybių teorijų apibrėžia perėjimą nuo savižudiškų minčių iki veiksmo. Klonsky ir May (2015) trijų žingsnių teorijoje išskiriama, kad savižudiškos mintys atsiranda iš skausmo ir beviliškumo. Šiuo atveju tyrėjai pabrėžia, kad teorijoje skausmas yra plati sąvoka, tačiau dažniausiai tai yra psichologinis ar emocinis skausmas. Tyrėjai išskiria, kad nuo savižudiškų minčių perėjimo iki veiksmų stipriausiai apsaugo žmogaus bendrumo jausmas, priklausymas kokioms nors grupėms (Klonsky & May, 2015). Jei žmogus nepriklauso jokioms grupėms, nejaučia bendrumo su kitais asmenimis, sekantis aspektas nuo kurio priklauso ar žmogus ketins nusižudyti yra žmogaus gebėjimas nusižudyti. Žmogaus gebėjimas nusižudyti gali būti apsprendžiamas genetiškai, šis gebėjimas gali būti įgyjamas arba apsprendžiamas praktinių faktorių. Genetiškai gali būti paveldima skausmo tolerancija, kuri po to sukuria didesnę gebėjimą nusižudyti. Įgautas savižudybės gebėjimas

gali būti nulemiamas nuolatinio baimės ar skausmo patyrimo. Galiausiai praktiniai faktoriai, tokie kaip prieinamumas prie savižudybei reikalingų priemonių, stipriai veikia žmogaus gebėjimą nusižudyti. Šie trys tyrėjų išskirti žingsniai parodo kaip žmonės galimai pereina nuo savižudiškų minčių iki veiksmų.

O'Connor (2011) trijų fazių integruotas motyvacijos – valios suicidinio elgesio modelis (angl. *Integrated motivational-volitional model of suicidal behavior (IMV)*) aiškina aplinkos faktorių, krizinių įvykių sąsajas su savižudišku elgesiu bei perėjimą nuo savižudiškų minčių iki elgesio. Teorijoje teigiama, kad savižudybės noras atsiranda iš įkalinimo jausmo, kai žmogui atrodo, kad vienintelis likęs sprendimas gyvenimo problemoms išspręsti yra savižudybė. Perėjimai į skirtingas fazes turi tam tikrus moderatorius. Perėjimas į įkalinimo jausmą yra moderuojamas žmogaus problemų įveikos strategijų, atminties šališkumo. Perėjimas iš įkalinimo fazės į savižudišką mintis yra moderuojamas suvokiamo priklausymo, žmogaus tikslų, socialinės paramos. Galiausiai, perėjimas nuo minčių iki savižudiško elgesio yra moderuojamas savižudybės gebėjimo, impulsyvumo, prieigos prie savižudybei reikalingų priemonių.

Suicidinį elgesį aiškinančiose teorijose pastebime mėginimą paaiškinti tai, kaip savižudiškos mintys pereina į veiksmus bei kodėl vieni žmonės padaro šį žingsnį, o kiti ne. Siekiant geriau suprasti šias sąsajas yra būtini tolimesni suicidologijos tyrimai, kurie padėtų efektyviau numatyti savižudybės riziką ir padėtų parinkti tinkamas, efektyvias intervencijas.

1.1.2 Savižudybės rizikos ir apsauginiai veiksniai, rizikos įvertinimas

Jau kelis dešimtmečius yra nagrinėjami savižudybės bei suicidinio elgesio rizikos ir apsauginiai veiksniai, tačiau vis dar yra nepakankamai žinoma, kad būtų galima efektyviai nuspėti savižudybės rizikos atsiradimą žmoguje. Efektyvi savižudybės prevencija reikalauja visapusiškesnio suicidinio elgesio rizikos veiksnių supratimo. Kadangi neįmanoma įvardinti vienos priežasties, kuri lemia individo savižudybę, būtina skirti dėmesį kompleksinei savižudybių rizikos ir apsauginių veiksnių analizei. Būtini tolimesni tyrimai, nes kol kas šiuolaikinių prognostinių modelių patikimumas yra labai žemas (Belsher et al., 2019). Yra išskiriami įvairūs sociodemografiniai, somatiniai bei psichiatriniai veiksniai, kurie yra laikomi reikšmingais suicidinio elgesio rizikos veiksniais. Vieni reikšmingiausių rizikos veiksnių yra ankstesnis mėginimas nusižudyti (Crump, Sundquist, Sundquist & Winkleby, 2014), savižudiškos mintys bei ankstesnis savęs žalojimas (Ribeiro et al., 2015; Glenn & Nock, 2017) ir psichiatriniai sutrikimai, tokie kaip depresija (Hawton, Comabella, Haw & Saunders, 2012). Kiti autoriai išskiria, kad ribinis asmenybės sutrikimas, anoreksija, bipolinis sutrikimas, depresija bei priklausomybės yra svarbūs rizikos veiksniai, į kuriuos būtina atsižvelgti populiacijoje, siekiant mažinti savižudybės rodiklius

(Chesney, Goodwin & Fazel, 2014; Darvishi, Farhadi, Haghtalab & Poorolajal, 2015). Crump ir kiti (2013) išskiria somatinius susirgimus, kurie yra reikšmingi savižudybės rizikos veiksniai, tokie kaip vėžys, stuburo sutrikimai, insultas. Kiti autoriai išskiria, kad bet kuris somatinis susirgimas, kuris yra chroniškas, gali sukelti negalią bei turi neigiamas prognozes yra reikšmingai susijęs su didesne savižudybės rizika (Lonnqvist, 2015). Galiausiai, yra išskiriami net keli sociodemografiniai veiksniai, kurie reikšmingai susiję su didesne savižudybės rizika, tokie kaip vyriška lytis, bedarbystė, žemas išsilavinimas (Crump et al., 2013). Akivaizdu, kad visi šie veiksniai gali padėti identifikuoti tas žmonių grupes, kurioms reikali skirti papildomą dėmesį ir resursus, siekiant užtikrinti tai, kad šiems žmonėms būtų prieinama reikalinga pagalba.

Siekiant tikslaus savižudybės rizikos įvertinimo būtina ne tik įsigilinti ir suprasti rizikos veiksnius, su kuriais žmogus susiduria, tačiau ir atsižvelgti į apsauginius veiksnius, kurie turi reikšmingą poveikį bendrai savižudybės rizikai. Tyrejai išskiria, kad tarpasmeniniai santykiai bei efektyvios įveikos strategijos yra reikšmingi savižudybės apsauginiai veiksniai (Choi et al., 2013). Kiti tyrejai pažymi, kad savivertė, prasmės suvokimas, kultūriniai, religiniai įsitikinimai, socialinė parama bei efektyvios sveikatos apsaugos institucijos taip pat yra reikšmingi apsauginiai veiksniai (Chae & Boyle, 2013; Wang, Lightsey, Tran & Bonaparte, 2013; Kleiman & Liu, 2013). Visų šių veiksmių analizė kiekviename individualiame atvejuje leidžia geriau suprasti žmogaus gyvenimo kontekstą ir padeda tiksliau įvertinti galimą savižudybės riziką.

Savižudybės rizikos vertinimas vis dar yra labai netikslus (Cole-King, Green, Gask, Hines & Platt, 2013). Akivaizdu, kad sąsajos tarp visų rizikos ir apsauginių veiksmių yra sudėtingos ir nėra vienareikšmių formulių, kurios leistų tiksliai nustatyti riziką ir pritaikyti asmeniui tinkamiausią intervenciją. Gydomo įstaigose yra reikalingos savižudybės rizikos vertinimo metodikos. Lietuvoje tik 2018 m. buvo pasirašytas reglamentas, kuris apibrėžė koks turi būti savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis įvertinimas, universalizavo šią procedūrą skirtingose gydymo įstaigose (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, 2018). Šis žingsnis yra labai svarbus savižudybių prevencijos elementas, kuris gali padėti identifikuoti aukštą savižudybės riziką ir laiku paskirti asmeniui tinkamiausią pagalbą.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad rizikos veiksmių ankstyvas identifikavimas yra reikšmingas žingsnis savižudybių prevencijoje, todėl, kad tuomet būtų galima skirti didesnius resursus būtent šioms tikslinėms grupėms. Didesnis savižudybės rizikos ir apsauginių veiksmių supratimas taip pat leistų tikslingiau nustatyti psichikos sveikatos politikos kryptis, sritis, į kurias reikėtų skirti daugiausia resursų. Tuo remiantis būtų galima kurti efektyvesnes savižudybių prevencijos strategijas, kurios turėtų reikšmingą poveikį visuomenėje.

1.1.3 Kokybinių tyrimų suicidologijoje svarba

Didžioji dalis tyrimų suicidologijos srityje yra kiekybiniai ir tai atskleidžia šiuolaikinių tyrėjų siekį paaiškinti priežastingumą, nustatyti savižudybę lemėnčias priežastis (Hjelmeland & Knizek, 2010). Vis dėlto pripažįstama, kad šioje srityje reikia daugiau kokybinių tyrimų, kurie padėtų geriau suprasti žmones, kurie galvoja apie savižudybę, žaloja save ar yra mėginę nusižudyti (May & Klonsky, 2016; Gibson, Benson & Brand, 2013). Šios srities kokybiniuose tyrimuose yra kreipiamas dėmesys į tai, kaip asmenys patys supranta ir mato savo mėginimą nusižudyti, kokybiniai tyrimai taip pat padeda siekti reiškinio bendro supratimo. Kiekybiniai suicidologijos tyrimai padeda paaiškinti skirtingas savižudiško elgesio dalis, atskirti savižudybės rizikos veiksnius ar padėti atrasti biologines savižudiško elgesio priežastis, tačiau šio tipo tyrimuose yra mažai atsižvelgiama į individualius žmonių kontekstus bei jų sąsajas su savižudišku elgesiu, nes standartizuotų testų rezultatai neparodys subtilių skirtumų tarp žmonių, kurie gali būti reikšmingi geriau suprantant žmogų, kuris mėgino nusižudyti (Hjelmeland & Knizek, 2010). Nors ir kokybinių tyrimų rezultatų negalima generalizuoti populiacijai, tačiau jie yra reikšminga platesnio sudėtingo reiškinio supratimo dalis. Vis dėlto, akivaizdu, kad tiek kiekybiniai, tiek kokybiniai tyrimai yra būtini siekiant geresnio savižudybės reiškinio supratimo, efektyvesnių savižudybės prevencijos bei intervencijų programų kūrimo.

1.1.4 Ankstesnio mėginimo nusižudyti reikšmė

Vienas pagrindinių savižudybės rizikos veiksnių yra ankstesnis savižudybės mėginimas (Beghi, Rosenbaum, Cerri & Cornaggia, 2013). Mėginimo kartojimo rizika yra aukščiausia pirmąjį mėnesį nuo mėginimo nusižudyti (Gysin-Maillart, Soravia, Gemperli & Michel, 2017). Jau kartą mėginę nusižudyti asmenys pasižymi mažesne savižudybės baime bei didesne skausmo tolerancija (Smith, Stanley, Joiner, Sachs-Ericsson & Van Orden, 2016). Šie aspektai prisideda prie to, kad asmenys, jau kartą mėginę nusižudyti, turi aukštą savižudybės riziką. Dėl šios priežasties akivaizdu, kad būtina skirti išskirtinį dėmesį ir resursus kompleksinės ir tęstinės pagalbos užtikrinimui. Tačiau tyrimų duomenimis, didelė dalis mėginusių nusižudyti asmenų netęsia gydymo arba jį nutraukia (Monti, Cedereke & Öjehagen, 2003). Tai reiškia, kad teikiant pagalbą nusižudyti mėginusiems asmenims, būtina esant galimybei įtraukti ir artimuosius, paskirti atvejo vadybininkus, kurie būtų atsakingi už kontaktavimą su mėginusiu nusižudyti asmeniu.

Mėginę nusižudyti asmenys gali susidurti su stigma ir diskriminacija, o tai turi reikšmingą poveikį tolimesnei asmens gerovei bei pasirengimui ieškoti reikiamos pagalbos. Ouzouni ir Nakakis (2013) tyrime buvo atskleista, kad dalis medicininio personalo, kuris susiduria su žmonėmis, kurie mėgino nusižudyti, turi neigiamas nuostatas į šiuos žmones. Kituose tyrimuose atskleidžiama, kad

stigmos patyrimas susijęs su didesne socialine izoliacija, bedarbyste, beviltiškumu, stresu, o visa tai yra savižudybės rizikos veiksniai (Rusch, Zlatti, Black & Thornicroft, 2014; Scocco, Toffol & Preti, 2016). Mėginę nusižudyti asmenys taip pat patiria gėdos jausmą, kuris trukdo jiems kreiptis tolimesnės profesionalios pagalbos (Wiklander, Samuelsson & Asberg, 2003). Žmogui, kuris į gydymo įstaigą patenka po mėginimo nusižudyti, be galo svarbu, kad jis gydymo įstaigoje jaustųsi saugiai ir nebijotų kreiptis tolimesnės pagalbos.

Asmenys, kurie yra mėginę nusižudyti, pasižymi mažesne gyvenimo kokybę, mažiau efektyviomis įveikos strategijomis bei mažesne socialine parama (Kumar & George, 2013). Taip pat išskiriama, kad asmenys, kurių savižudybės rizika yra aukšta, mato save kaip atskirus, išskirtinai vienišus bei yra įsitikinę, kad jie patys savarankiškai turėtų spręsti savo sunkumus, neapkrauti kitų savo problemomis (Dadašev, 2017). Visa tai gali kliudyti asmeniui tiek kreiptis pagalbos, tiek tęsti jau suteikiamą pagalbą. Dėl šios priežasties suteikiant pagalbą asmenims, kurių savižudybės rizika yra aukšta, būtina atsižvelgti ir į šias galimas vengimo priežastis. Dėl šių priežasčių, akivaizdu, jog asmenims, kurie į gydymo įstaigų akiratį patenka po mėginimo nusižudyti, yra būtinas ypatingas dėmesys. Suicidinio elgesio tyrimuose didelis dėmesys būna skiriamas būtent šiems asmenims, nes 30% asmenų, kurie mėgino nusižudyti, ateinančiais metais kartoja bandymą nusižudyti, o 10% asmenų, galiausiai nusižudo (Wang & Mortensen, 2006). Dėl šios priežasties, didelė dalis savižudybių prevencijos strategijų turėtų koncentruotis į asmenis, kurie jau yra mėginę nusižudyti, šiems asmenims turėtų būti skiriamas ypatingas dėmesys bei užtikrinama tęstinė pagalba siekiant mažinti savižudybių rodiklius.

1.2 Savižudybių prevencija ir intervencija

1.2.1 Savižudybių prevencijos strategijos

Užkirsti kelią suicidiniam elgesiui yra sudėtinga dėl to, kad procesai, lemiantis suicidinės krizės žmoguje atsiradimą nėra pilnai suprasti ir įrankiai bei prevencijos strategijos, kurios padėtų aptikti aukštos rizikos individus yra nepakankamos (Richard-Devantoy, Berlim & Jollant, 2014) Egzistuoja daug veiksnių, kurie yra susiję su suicidiniu elgesiu. Individualūs veiksniai apima psichines ligas, tokias kaip depresija ar bipolinis sutrikimas, nuostatas į savižudybes, psichoaktyvių medžiagų vartojimas, fizinė sveikata (Buron et al., 2016). Tai reiškia, kad siekiant mažinti savižudybių skaičių, būtini kompleksiniai sprendimai, kurie reikšmingai paveiktų sritis, kurios siejamos su savižudišku elgesiu. Yra skirtingos priemonės, kurios reikšmingai prisideda prie sužeidimų ir mirčių nuo savižudybės mažinimo. Pasaulinė sveikatos organizacija (2014) išskiria keletą reikšmingų veiksnių, kurie prisideda prie efektyvios savižudybių prevencijos visuomenėje:

- priemonių, kurios gali būti naudojamos nutraukti gyvybei (pvz.: ginklai, vaistai) prieinamumo mažinimas;
- atsakingas žiniasklaidos elgesys pranešant apie įvykusias savižudybes;
- valstybinė žalingo alkoholio vartojimo mažinimo strategija;
- ankstyva psichinių sutrikimų bei priklausomybių diagnostika;
- „vartininkų“ mokymai (asmenų, kurie pirmieji susiduria su galimais pacientais, mokymai apie suicidinio elgesio rizikos diagnostiką bei tolimesnes strategijas);
- tęstinė žmonių, kurie bandė nusižudyti priežiūra ir pagalba.

Savižudybė yra sudėtingas reiškinys, kuriam daro įtaką daugelis veiksnių, todėl akivaizdu, kad veiksmingos savižudybių prevencijos strategijos reikalauja tarpdisciplininio specialistų bendradarbiavimo įvairiuose sektoriuose. Galime pastebėti, kad efektyviai savižudybės prevencijai yra būtinas veiksnių koordinavimas, tarpinstitucinis informacijos dalinimasis, skirtingų institucijų bendradarbiavimas siekiant užtikrinti visokeriopą pagalbą asmenims, kurių savižudybės rizika yra aukšta.

1.2.2 Savižudybių intervencijų esminiai principai

Vienas pagrindinių savižudybės rizikos veiksnių yra ankstesnis savižudybės mėginimas (Beghi et al., 2013). Dėl šios priežasties akivaizdu, kad vienas svarbiausių savižudybių prevencijos elementų yra efektyvios pagalbos užtikrinimas žmonėms, kurie pateko į gydymo įstaigą po mėginimo nusižudyti. Yra sukurtų įvairių intervencijų, skirtų asmenims po mėginimo nusižudyti, tačiau nėra vieningo atsakymo, į ką atsižvelgiant reikėtų paskirti pagalbos rūšį ir kokia būtent pagalba yra efektyviausia atitinkamais atvejais. Taigi, akivaizdu, kad yra svarbu skirti daugiau dėmesio ir resursų į efektyvių savižudybių intervencijų paiešką ir efektyvumo tyrimus, tam, kad asmenims, patekusiems į gydymo įstaigą po mėginimo nusižudyti, būtų suteikta visavertė, kokybiška pagalba.

Intervencijų, kurios taikomos asmenims, po mėginimo nusižudyti, pagrindiniai tikslai yra sumažinti savižudybės mėginimo tikimybę bei sumažinti galimus savižudybės riziką žmogaus gyvenime keliančius elementus. Šios intervencijos dažnai susideda iš kelių pagrindinių elementų: terapinio aljanso kūrimo, paskutinio mėginimo nusižudyti supratimo, vilties sužadavimo, efektyvių įveikos strategijų mokymo bei saugumo plano kūrimo, tęstinės sveikatos priežiūros užtikrinimo (Ghahramanlou-Holloway et al., 2018). Šie elementai yra esminės intervencijų po mėginimo nusižudyti dalys.

Daugelis intervencijų turi keletą bendrų elementų, kurie pasikartoja. Vienas esminis savižudybių intervencijų elementas yra saugumo plano sudarymas. Ši intervencija taikoma žmonėms, po mėginimo nusižudyti arba kurių savižudybės rizika yra aukšta. Saugumo plano tikslas yra užtikrinti asmens saugumą nuo savižudybės veiksmo, jis turi būti individualizuotas ir pritaikytas asmens individualioms aplinkybėms (Cole-King et al., 2013). Atsižvelgiant į tai, kad dalis aukštos rizikos pacientų nesikreipia tolimesnės pagalbos, arba ją nutraukia, ir į tai, kad žmonės, norintys gauti pagalbą, dažnai susiduria su ilgais laukimo periodais iki kol gaus pagalbą, greita saugumo plano sudarymo intervencija gali būti ypatinga galimybė sumažinti savižudybės mėginimo tikimybę (Stanley & Brown, 2012). Šio tipo intervencijos naudingos, nes padeda žmonėms įsivardinti esminius veiksnius, skatinančius savižudišką elgesį bei strategijas, kurios galėtų padėti tuos veiksnius valdyti. Esminiai saugumo plano elementai yra artėjančios savižudybės krizės ženklų pažinimas, galimų asmens įveikos strategijų aptarimas ir užrašymas, galimos socialinės paramos paieška, patikimų šeimos narių ar draugų pagalbos panaudojimas krizės atveju, prieinamų psichinės sveikatos specialistų ir įstaigų kontaktai bei savižudybės priemonių ribojimas (Stanley et al., 2015). Visų šių elementų detalus aptarimas su kompetetingu specialistu yra itin reikšminga pagalbos asmeniui, kurio savižudybės rizika yra aukšta, dalis.

Kitas svarbus savižudybių intervencijų elementas, tai yra pačio psichikos sveikatos specialisto elgesys. Daugeliui individų, kurie ketina nusižudyti, empatiškas ir dėmesingas specialistas gali būti pats reikšmingiausias veiksnys, kuris gali sulaukyti nuo ketinimo nusižudyti (Cole-King et al., 2013). Tyrėjų teigimu, specialistui būtina turėti nuostatą, kad į bet kokias išsakytas mintis apie savižudybę reikia žiūrėti rimtai ir reikia stengtis užmegzti supratimu ir pasitikėjimu grįstą kontaktą su žmogumi, kuris išsako suicidalinius ketinimus. Tokiu atveju, rūpestingas požiūris yra būtinas, nes sveikatos priežiūros specialistai, kurie į pacientą žiūri rimtai ir empatiškai, skatina didesnę atsiskleidimą apie paciento būklę, simptomus ir elgesį, o būtent ši informacija specialistui padeda padaryti tikslesnę savižudybės rizikos ir apsauginių veiksmių analizę, kas gali nulemti efektyvesnę pagalbą asmeniui, kuris ketina nusižudyti (Larson & Yao, 2005). Kita vertus, nors empatija ir yra esminis terapinio aljanso elementas, visa tai turi eiti kartu su tinkamomis kompetencijomis ir visapusių rizikos įvertinimu (Cole-King et al., 2013). Itin svarbu, kad užtikrinama pagalba žmogui būtų grįsta supratimu bei empatija, kad joje nebūtų vertinančio ar smerkiančio specialistų požiūrio.

Tęstinė pagalba po mėginimo nusižudyti yra būtina pagalbos dalis. Žmogui, po mėginimo nusižudyti, yra itin svarbu užtikrinti tolimesnę pagalbą, suteikti tinkamą informaciją ir padėti suorganizuoti tolimesnę psichologinę bei psichiatrinę pagalbą po išėjimo iš gydymo įstaigos. Vienas galimas pagalbos būdas yra periodiškai specialistų skambučiai ar laiškai asmeniui, išėjusiam iš gydymo įstaigos po savižudybės mėginimo. Šie skambučiai ar laiškai yra proaktyvus veiksmas,

kuris gali padėti žmogui, po ketinimo nusižudyti, kuomet jam gali pačiam būti sunku kreiptis pagalbos. Toks pagalbos tęstinumas mažina pakartotinio savižudybės mėginimo galimybę (Berrouiguet, Gravey, Le Galudec, Alavi & Walter, 2014). Akivaizdu, jog parodomas tolimesnis rūpestis paciento gerove, gali turėti teigiamą poveikį, suteikta informacija ar jos priminimas reikiamu metu gali būti esminis momentas, kuris sustabdo žmogų nuo savižudybės mėginimo.

1.3 Savižudybių prevencijos ir intervencijų įgyvendinimas Lietuvoje

1.3.1 Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimas Lietuvoje

Savižudybių prevencija yra būtina visuomenės sveikatos užtikrinimo dalis. Kadangi savižudybė yra viena primaujančių mirties priežasčių Europoje (World Health Organisation, 2016), svarbu skirti atitinkamus resursus tinkamam savižudybių prevencijos ir intervencijos įgyvendinimui Lietuvoje. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plane 2016-2020 metams, didelis dėmesys yra skiriamas savižudybių prevencijai bei pagalbai jau mėginusiems nusižudyti asmenims. Strategijoje yra numatoma:

- Sukurti savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programą, integruotą į įvairių įstaigų darbuotojų mokymo programas;
- Sukurti ir diegti šeimos gydytojų kvalifikacijos kėlimo programą, skirtą savižudybių prevencijos stiprinimui;
- Apmokyti medicinos personalą teikti efektyvią pagalbą savižudybių ir kitų krizinių situacijų atvejais 5 krizių intervencijos centruose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje). Taip pat parengti visuomenės švietimo, formuojant savižudybių prevencijai palankias visuomenės nuostatas, metodinę medžiagą, skirtą visuomenės sveikatos biurų bei psichikos sveikatos centrų specialistams;
- Parengti savižudybių prevencijos programą mokykloms;
- Seniūnijų darbuotojų bei pirminės prevencijos grandies specialistų (greitosios pagalbos medikų, ligoninės priėmimo skyriaus medikų, policijos pareigūnų, Nevyriausybinų organizacijų atstovų) apmokymai pilotinėse vietovėse;
- Atlikti telefoninės emocinės paramos paslaugų teikimo Lietuvoje efektyvumo ir tolesnio vystymo galimybių įvertinimo tyrimą bei atsižvelgiant į gautus rezultatus numatyti ir įgyvendinti efektyvumą didinančias priemones (savanorių mokymus, kvalifikacijos kėlimą ir pan.).

Galima pastebėti, kad psichikos sveikatos įgyvendinimo veiksnių plane iš tiesų atsispindi esminės sritys, kurioms reikia skirti daugiau resursų. Tačiau klausimas lieka, kiek iš tiesų resursų bus skirta šios strategijos įgyvendinimui ir ar yra vykdomi veiksmai yra nuoseklūs ir derinami skirtingose institucijose.

Svarbu, kad 2016-2020 metų psichikos sveikatos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksnių plane taip pat numatomos specifinės priemonės žmonėms, kurie jau mėgino nusižudyti:

- Parengti savižudybės rizikos nustatymo modulį/programą ir pagalbos teikimo aprašą bandžiusiam nusižudyti asmeniui (nuo įvykio iki asmens sveikatos priežiūros paslaugų, psichosocialinės reabilitacijos);
- Parengti mokymo apie pagalbą nusižudyti mėginusiems asmenims programą, skirtą psichologams, dirbantiems asmens sveikatos priežiūros įstaigose;
- Atlikti Lietuvos gyventojų bandymų nusižudyti bei suteiktos medicinos pagalbos vertinimą ir jos pagrindu parengti medicinos pagalbos teikimo metodiką bei paslaugų kokybės vertinimo ir stebėsenos sistemą.
- Parengti integralių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų asmenims, bandžiusiems nusižudyti ir patyrusiems kitas krizines situacijas, teikimo protokolus, algoritmus, metodikas.

Visi numatyti žingsniai yra būtini integraliai psichikos sveikatos priežiūrai po mėginimo nusižudyti. Vis dėlto, svarbu atkreipti dėmesį, kad nors ir veiksnių planas numatytas 2016-2020 metams, 2019 metais matome reikšmingą pažangą tik keliuose psichikos sveikatos priežiūros užtikrinimo aspektuose, t.y. 2018 patvirtinta savižudybių rizikos įvertinimo programa bei tvarkos aprašas dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems asmenims. Apie kitus aspektus rasti įgyvendinimo informaciją yra sudėtinga arba detali stebėseną nevykdoma apskritai.

1.3.2 Pagalba po mėginimo nusižudyti Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje

Akivaizdu, kad asmenims, kurie pateko į gydymo įstaigą po mėginimo nusižudyti, privalo būti suteikiama kiek įmanoma efektyvesnė, visapusiška pagalba. Tik 2018 m. buvo patvirtintas savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašas, kuris įsigaliojo tik 2018 m. lapkričio mėnesį. Dokumente yra aprašoma tvarka, kuria remiantis specialistai (t.y. gydytojai psichiatrai, gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai arba medicinos psichologai), turi atlikti psichosocialinį vertinimą asmenims, kuriems yra įtariama savižudybės krizė. Vertinimo metu specialistai turi surinkti esamą informaciją apie savižudybės krizę išgyvenančio žmogaus būklę,

rizikos ir apsauginius veiksmus. Taip pat vertinimo metu turi būti aptariamas tolimesnis pagalbos teikimo planas. Turi būti aptariami asmens savižudybės krizės ženklai, priežastys gyventi, sudaromas planas siekiant išvengti savižudybės krizės, stengiamasi apriboti savižudybės priemones.

Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (2018) tik prieš mažiau nei metus patvirtino tvarkos aprašą, kuriame apibrėžiama kokią pagalbą turi gauti savižudybės grėsmę patiriantys, savižudybės krizę išgyvenantys ar išgyvenę asmenys. Apraše yra numatoma, kas turi suteikti pagalbą, kokių žingsnių turi imtis specialistai, tačiau nėra konkrečiai nurodoma, kokios pagalbos elementai turi būti į asmeniui po mėginimo nusižudyti suteikiama pagalba (t.y. psichologo konsultacijos, grupinė terapija, dienos stacionaras, kitos savižudybių intervencijų programos). Kadangi nėra privalomų pagalbos elementų, kuriuos turi suteikti gydymo įstaiga, kai į jų globą patenka žmogus, kuris mėgino nusižudyti, tai reiškia, kad skirtingose gydymo įstaigose, skirtinguose miestuose ar regionuose galimai nėra suteikiama lygiavertė pagalba. Tai kelia riziką, kad asmenims, kuriems labiausiai reikia pagalbos, ta pagalba nėra suteikiama.

Valstybinio audito ataskaitoje apie savižudybių prevenciją ir pagalbą asmenims, susijusiems su savižudybės rizika (Cickevičiūtė-Rutkauskienė, Marcikonytė ir Paulavičius, 2017) yra pabrėžiama, kad šalies mastu nėra patvirtinto detalizuoto pagalbos ketinantiems ir bandžiusiems nusižudyti asmenims teikimo algoritmo, kuriame būtų numatyti atitinkami pagalbos teikimo būdai bei už pagalbos suteikimą atsakingi asmenys. Nors ir naujoje tvarkoje yra numatomi pagalbos žingsniai, tačiau vis dėlto nėra numatomas tikslus algoritmas kas, kokią pagalbą turėtų gauti įvairiomis aplinkybėmis. Visa tai dar labiau apsunkina tai, kad nėra informacijos mainų sistemos, kuris įstaigoms padėtų operatyviai dalintis informacija apie bandžiusius nusižudyti asmenis (Cickevičiūtė-Rutkauskienė et al., 2017). Akivaizdu, kad visi šie veiksniai prisideda prie neefektyvaus psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos.

Mokslo studijoje apie iššūkius įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką Pūras ir kiti (2013) pabrėžia, kad LRS patvirtintoje Psichikos sveikatos strategijoje numatytos prioritetingos kryptys atitinka Pasaulinės sveikatos organizacijos ir Europos Sąjungos sveikatos politikos prioritetus, tačiau didžiausi iššūkiai yra susiję su psichikos sveikatos politikos įgyvendinimu. Bendrų, koordinuotų už savižudybių prevenciją atsakingų įstaigų veiksmų stoka lemia tai, kad dar iki šiol nacionaliniame lygmenyje vis dar nėra įgyvendinama visavertė pagalba asmenims, kurie yra vertinami, kaip turintys aukštą savižudybės riziką, o asmenys, kurie į gydymo įstaigų akiratį pateko po mėginimo nusižudyti, gauna skirtingą pagalbą priklausomai nuo gydymo įstaigos ir regiono, o tęstinė pagalba šiems asmenims galimai nėra užtikrinama. Pūras ir kiti (2013) studijoje taip pat įvardija, kad Lietuvoje stokojama nepriklausomų stebėsenos mechanizmų, kurie stebėtų ir vertintų psichikos sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatus, o tai lemia, kad nėra aišku kokia pagalba ir kokios kokybės pagalba žmonėms yra suteikiama.

Taigi, galima pastebėti, kad yra keletas esminių trikdžių, kurie gali nulemti mažesnę pagalbos po mėginimo nusižudyti prieinamumą ir suteikiamos pagalbos kokybiškumą bei veiksmingumą. Tai yra savižudybių prevencijos strategijos įgyvendinimo veiksnių vieningumo ir koordinavimo tarp atsakingųjų institucijų stoka, informacijos apie asmenis, kurie mėgino nusižudyti, dalinimosi tarp atsakingų įstaigų nebuvimas, tęstinės pagalbos mėginusiems nusižudyti asmenims nenumatymas bei suteikiamos pagalbos kokybės stebėsenos mechanizmų nebuvimas.

1.4 Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – išanalizuoti asmenų gaunamos pagalbos po mėginimo nusižudyti patyrimą psichikos sveikatos sistemoje.

Tyrimo uždaviniai:

- Atskleisti ir aprašyti temas, kurios atspindi tyrimo dalyvių pagalbos poreikius ir jų išpildymą Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje;
- Įvertinti tyrimo dalyvių pasitenkinimą gaunama pagalba bei jos kokybę.

2 TYRIMO METODIKA

Šiame darbe naudojami duomenys yra dalis didesnės apimties tyrimo, 2017 09 – 2019 09 atliekamo Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centre „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“, vadovaujamo doc. dr. Pauliaus Skruibio. Tyrimą finansuoja Lietuvos mokslų taryba, sutarties Nr. S-MIP-17-113. Tyrimo tikslas – įvertinti ketinusių nusižudyti, mėginusių nusižudyti ir nusižudžiusių artimųjų pagalbos siekimo ypatumus bei pagalbos sistemos veiksmingumą. Tyrime keliami trys uždaviniai, antrasis – įvertinti specializuotos pagalbos programos ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) veiksmingumą po mėginimo nusižudyti. Šiame darbe naudojami šiam uždaviniui pasiekti atlikto tyrimo duomenys. Toliau darbe tyrimu bus vadinamas šis siauresnis darbas. Duomenys naudojami pagal 2013 m. lapkričio 29 d. pasirašytą riboto duomenų panaudojimo sutartį (kopija 1 priede).

Šį tyrimą vykdė tyrėjų grupė – šio darbo autorė, Jolanta Latakienė (klinikinė psichologė, VU psichologijos doktorantė), Ieva Pocevičiūtė (VU klinikinės psichologijos antro kurso studentė), ir Greta Mastauskaitė (klinikinė psichologė), vadovaujama doc. dr. Pauliaus Skruibio (klinikinis psichologas-psichoterapeutas). Tyrėjų grupė dalyvavo visuose tyrimo etapuose – tyrimo dalyvių kvietime, duomenų rinkime bei pirminėje jų analizėje. Šio darbo autorė analizavo pagalbos po bandymo nusižudyti patyrimą palyginamojoje grupėje (tyrimo dalyviai, gavę įprastą pagalbą, tačiau nedalyvavę specializuotoje ASSIP programoje) atskirai nuo kitų tyrimo grupės narių. Šio tyrimo autorė atliko keturis interviu palyginamojoje grupėje, bei vieną interviu poveikio grupėje.

2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo mėginę nusižudyti asmenys nuo 18 metų, po mėginimo patekę į vieną iš dviejų Lietuvos didžiųjų miestų psichiatrinį ligoninių. Tyrimo dalyviai turėjo atitikti išskeltus atrankos kriterijus:

- Tyrimo dalyviai susižalojimą laiko mėginimu nusižudyti (tyrime nedalyvauja asmenys, kurie pakartotinai save žaloja be ketinimo mirti);
- Tyrimo dalyviai neturi ženklų kognityvinių sutrikimų;
- Tyrimo dalyviai neturi psichotinio sutrikimo;
- Tyrimo dalyviai neturi kalbos sunkumų.

Šio tyrimo pirmajame etape dalyvavo 13 asmenų, kurie užpildė tyrimo sutikimo formą ir pirmojo matavimo klausimyną, tačiau dalis tyrimo dalyvių nutraukė tolimesnį dalyvavimą tyrime.

Toliau bus aptariami tyrimo dalyviai, kurie dalyvavo antrajame tyrimo etape. Taigi, šiame tyrime dalyvavo septyni asmenys (penkios moterys ir du vyrai), jų amžius svyravo nuo 20 iki 67 metų (amžiaus vidurkis – 33,1 metų). Tolimesnėje analizėje pateikiami pakeisti tyrimo dalyvių vardai. Kita demografinė informacija yra pateikiama 1-oje lentelėje

1 lentelė. *Tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos*

| Vardas | Tomas | Nijolė | Darius | Rita | Sandra | Eglė | Giedrė |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------------|--------------|------------------|------------------|--------------------|
| Amžius | 25 | 42 | 30 | 67 | 23 | 20 | 25 |
| Lytis | V | M | V | M | M | M | M |
| Gyvenamoji situacija | Gyvena su kitais artimaisiais | Gyvena su sutuoktiniu | Gyvena su tėvais | Gyvena viena | Gyvena su tėvais | Gyvena su tėvais | Gyvena su draugais |
| Išsilavinimas | Vidurinis | Aukštesnysis | Pradinis | Aukštesnysis | Vidurinis | Profesinis | Aukštasis |
| Šeiminė padėtis | Nevedęs | Ištekėjusi | Nevedęs | Išsiskyrusi | Netekėjusi | Netekėjusi | Netekėjusi |
| Gyvenamoji vieta | Miestas | Miestas | Miestas | Didmiestis | Miestelis | Miestelis | Didmiestis |
| Darbinė veikla | Studijuoja | Bedarbė | Dirba | Pensijoje | Studijuoja | Studijuoja | Dirba |

Vienas tyrime dalyvavęs asmuo mėgino nusižudyti pirmą kartą, du tyrime dalyvavę asmenys mėgino nusižudyti du kartus, keturi – tris kartus. Penki tyrime dalyvavę asmenys mėgino nusižudyti nusinuodydami vaistais, du kardamiesi.

Vienai tyrimo dalyvei (Sandra) buvo diagnozuotas mišrus asmenybės sutrikimas (F61), trims tyrimo dalyviams (Tomas, Nijolė, Rita) buvo diagnozuotas depresijos epizodas (F32), vienam tyrimo dalyviui (Darius) buvo diagnozuotas psichikos ir elgesio sutrikimas dėl raminamųjų ir migdomųjų medžiagų vartojimo (F13). Yra nežinoma dviejų tyrimo dalyvių (Eglės, Giedrės) galimos diagnozės, nes tyrimo dalyvės nežinojo ar negalėjo prisiminti galimų diagnozių bei nebuvo galimybės gauti šios informacijos iš gydančio gydytojo.

Keturiems tyrimo dalyviams po mėginimo nusižudyti buvo išrašyti antidepresantai (Olanzapinas, setralinas), dvejiems tyrimo dalyviams buvo išrašyti antidepresantai bei raminamieji vaistai (Olanzapinas, diazepamai), vienai tyrimo dalyvei buvo išrašyti raminamieji.

2.2 Tyrimo instrumentai

2.2.1 Kiekybiniai instrumentai

Tyrimo buvo naudojamos anketos, kuriose buvo siekiama sužinoti tyrimo dalyvių demografinę informaciją, gydymo įstaigoje paskirtus vaistus, diagnozę bei informaciją susijusią su savižudišku elgesiu. Anketą sudarė šios klausimų grupės:

- Demografiniai duomenys (lytis, amžius, išsilavinimas, gyvenamoji situacija, šeiminė padėtis, gyvenamoji vieta, darbinė veikla) (7 kl.);
- Diagnozė ir paskirti vaistai (2 kl.);
- Klausimai apie savižudišką elgesį (4 kl.):
 - Ar bandėte nusižudyti per pastaruosius 6 mėnesius?
 - Jei taip, koku būdu?
 - Kaip dažnai per paskutinius 6 mėnesius galvojote apie savižudybę?
 - Kaip dažnai per paskutinius 6 mėnesius fiziškai žalojote save (pjaustėtės, deginotės, daužėte save)?

Antrajame matavime klausimynų pabaigoje taip pat buvo užduodami papildomi klausimai apie savižudišką elgesį per pastarąsias keturias savaites nuo pirmo matavimo bei apie galimą vaistų pakeitimą tame laikotarpyje:

- Ar per paskutines 4 savaites bandėte nusižudyti?
- Kaip dažnai per paskutines 4 savaites galvojote apie savižudybę?
- Kaip dažnai per paskutines 4 savaites fiziškai žalojote save (pvz.: pjaustėtės, deginotės, daužėte save)?
- Kaip pasikeitė Jūsų vaistų vartojimas per paskutines 4 savaites (pvz.: keitėsi pavadinimai, dozės dydis, buvo nutrauktas vartojimas)?

Tyrimo trijuose etapuose buvo naudojami ir klausimynai, tačiau jie šiame darbe nėra analizuojami dėl mažo dalyvių skaičiaus. Tyrimo buvo naudojami šie klausimynai:

- Depresyvumo (Beck Depresijos klausimynas, BDI);
- Suicidinių minčių (Beck Suicidinės ideacijos skalė, BSS);
- Psichologinis skausmas, beviltiškumas, savižudybės rizika (dalis Suicide Status Form-4, SSF-4);
- Psichologinės gerovės indeksas (WHO-5, 1999).

2.2.2 Kokybiniai metodai

Tyrimo buvo naudojamas pusiau struktūruotas interviu su klausimais apie pastarąjį mėnesį tyrimo dalyvio gautą pagalbą po mėginimo nusižudyti. Trumpiausio interviu trukmė buvo 29 min, ilgiausio 1 val. 2 min., vidurkis - 41 min. Interviu pradžioje buvo trumpai pristatomas tyrimo tikslas, tuomet klausama apie pastarąjį mėnesį gautą pagalbą po mėginimo nusižudyti:

„Šio pokalbio metu bandysime susidaryti platesnį vaizdą apie Jūsų gautą pagalbą po paskutinio bandymo nusižudyti ir jos veiksmingumą. Pradžioje šiame lape sužymėsime visą seką, kokią pagalbą gavote nuo paskutinio bandymo nusižudyti iki dabar, o vėliau užduosiu Jums detalesnių klausimų apie kiekvieną iš pagalbos rūšių. Kokią specialistų pagalbą gavote po bandymo nusižudyti?“

Tyrimo dalyvio buvo prašoma popieriaus lape išdėstyti visas gautas pagalbos rūšis. Po to, buvo užduodami papildomi klausimai apie kiekvieną iš pagalbos rūšių:

- Kiek Jums ši pagalba padėjo? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10) Kuo padėjo ir kas nepadėjo? Koks specialistų elgesys daro šią pagalbą veiksminga?
- Kiek Jums patiko ši pagalba? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10) Kuo patiko ir kuo nepatiko?
- Kiek profesionalus [kompetentingas] buvo specialistas? (įvertinti skaičiumi nuo 1 iki 10)
- Kaip apibūdintumėte Jūsų santykį su specialistu?

Aptarus kiekvieną iš tyrimo dalyvio paminėtų pagalbos rūšių, buvo prašoma įvertinti, kurie pagalbos komponentai padėjo labiausiai/mažiausiai, ką tyrimo dalyvio manymu būtų galima pakeisti ar daryti kitaip:

- Kaip manot, kuris iš pagalbos komponentų labiausiai padėjo? Dėl ko?
 - Išranguokite, nuo daugiausiai padedančio iki mažiausiai
 - [Apie daugiausiai ir mažiausiai] – kuo jis išsiskiria iš visos gautos pagalbos?
 - Ką reikėtų keisti Jūsų gaunamoje pagalboje, kad ji būtų labiau veiksminga? / Ką norėtumėte, kad specialistai darytų kitaip?

Vėliau, tyrimo dalyvių buvo prašoma įvertinti gautą pagalbą, jei asmuo jau buvo anksčiau mėginęs nusižudyti ir yra gavęs pagalbą sveikatos priežiūroje įstaigose, palyginti gautą pagalbą su anksčiau buvusia. Dalyvių taip pat buvo teiraujama ar šiuo metu trūksta kokios nors pagalbos ir kas jų gyvenime keičiasi gaunant pagalbą:

- *Pagalbos vertinimas:*

- Kuo ši pagalba panaši į tai, ką gavote anksčiau?
- Kuo ši pagalba skiriasi nuo anksčiau gautos?
- Kaip vertinat visą Jūsų gaunamą pagalbą po paskutinio bandymo nusižudyti bendrai?
- *Pagalbos poreikiai:*
 - Kokia pagalba šiuo metu Jums labiausiai reikalinga? / Kokios pagalbos trūksta?
- *Pagalbos svarba/reikšmingumas:*
 - Kas keičiasi Jūsų gyvenime gaunant šią pagalbą?
 - Kas dabar būtų kitaip, jei negautumėte šios pagalbos?

Galiausiai tyrimo dalyvio buvo klausiama ar dar jų manymu yra kas nors svarbaus, ką reikėtų aptarti, ko buvo nepaklausta. Šioje dalyje dalyviai buvo skatinami pasidalinti savo įžvalgomis, mintimis apie jų gautą pagalbą, jos veiksmingumą, tobulinimą, pagalbos poreikius ar kitus tyrimo dalyviui svarbius temos aspektus.

2.3 Tyrimo eiga

Pirmiausia gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komisijos leidimas atlikti tyrimą (Etikos leidimas pridedamas 2 priede), leidimai Lietuvos didžiųjų miestų psichiatrinėse ligoninėse atlikti tyrimus.

Asmeniui, dėl mėginimo nusižudyti patekusiam į vieną iš psichiatrijos ligoninių ir atitinkančiam tyrimo dalyvio atrankos kriterijus, pasiūloma dalyvauti tyrime. Asmenims, patekusiems į vieną iš psichiatrijos ligoninių, tyrimą pristato ir jame pasiūlo dalyvauti įstaigoje dirbantys psichologai, turintys kontaktą su atitinkamu žmogumi. Asmenims, patekusiems į antrą psichiatrijos ligoninę, dalyvauti tyrime pasiūlo į ligoninę nuvykę tyrėjų komandos nariai. Asmeniui sutikus dalyvauti, yra gaunamas jo raštiškas sutikimas dalyvauti tyrime, kuriame dalyvis taip pat pateikia savo kontaktinę informaciją (telefono numerį), kuri bus reikalinga susisiekiant dėl kitų tyrimo etapų (Sutikimo forma pridedama 3 priede). Tyrimo dalyviui tuomet yra suteikiamas individualus identifikacinis kodas, kuris būna naudojamas tolimesniuose tyrimo etapuose. Tuomet tyrimo dalyviui yra pateikiama pirmojo matavimo anketa, kurią dalyvis iš karto užpildo. Taip pat gaunama informacija iš gydančio psichiatro apie konkrečią tyrimo dalyvio diagnozę, paskirtus vaistus bei dienas, praėjusias nuo mėginimo nusižudyti.

Praėjus mėnesiui po pirmojo matavimo anketos ir klausimyno pildymo, vėl susisiekiama su tyrimo dalyviu ir susitariama dėl susitikimo. Susitikimo metu tyrimo dalyvis užpildo antrojo matavimo anketą bei klausimynus. Susitikime taip pat atliekamas pusiau struktūruotas interviu, kurio metu yra aptariama mėnesio eigoje gauta pagalba, jos kokybė bei veiksmingumas. Pokalbio

pabaigoje pasiteiraujama ar tiriamasis sutiktų, kad su juo būtų dar kartą susisiekti po pusės metų, paprašoma artimųjų kontaktų, jeigu su tiriamuoju nurodytu telefono numeriu susisiekti nepavyktų. Atliekamas interviu yra įrašomas bei vėliau transkribuojamas. Taip pat po atlikto interviu, tyrėjas užpildo kokybinio tyrimo dienoraštį.

Po pusės metų telefonu vėl yra susisiekiama su tyrimo dalyviu. Pokalbio metu tiriamasis yra pakviečiamas dar vienam susitikimui, kurio metu jis prašomas užpildyti trečiojo matavimo anketas ir klausimynus. Jei su tiriamuoju susisiekti nepavyksta, skambinama į tyrimo dalyvio nurodytą artimojo telefono numerį. Susisiekus su tyrimo dalyviu pasiūloma trečiojo matavimo anketą užpildyti susitikimo metu, arba tai padaryti internetu.

2.4 Duomenų analizė

Demografiniams duomenims analizuoti tyrime buvo naudojama statistinės analizės programa SPSS, naudojama aprašomoji statistika. Kokybiniams duomenims analizuoti buvo naudojama teminė analizė. Šiame tyrime teminė analizė buvo atliekama remiamantis Braun ir Clarke (2009) išskirtais žingsniais:

1. Pirmiausia su tyrimo dalyviais atlikti interviu buvo transkribuojami, remiantis iš anksto sutartais sutartiniais ženklais (pateikiami 4 priede). Transkripcijose buvo žymimos ilgesnės pauzės, atsidūsimai, informacija, kuri potencialiai galėtų būti panaudota identifikuojant tyrimo dalyvį, būdavo panaikinama.
2. Naudojantis programa „Atlas.ti - Qualitative Data Analysis“, informacija transkribuotuose interviu yra koduojama. Šio etapo metu yra nuodugnai skaitomas tekstas ir tekste išskiriami prasminiai vienetai – kiekvienas informacijos segmentas yra trumpai perfrazuojamas (parašomas kodas).
3. Išskyrus interviu transkripcijoje prasminius vienetus – kodus, buvo ieškoma pasikartojimų, išryškėjančių temų. Pasikartojantys prasminiai vienetai buvo grupuojami į šeimas. Vienas prasminis vienetas – kodas galėjo būti priskiriamas kelioms kodų šeimoms.
4. Kiekviename interviu išskirtos prasminių vienetų šeimos, buvo toliau grupuojamos į platesnes temas, apibendrinančias šeimoje išskirtus prasminius vienetus.
5. Galiausiai, atlikus anksčiau išvardintus žingsnius su visomis tyrimo dalyvių intervių transkripcijomis, buvo sudaromas bendras pasikartojančių temų sąrašas.

2.5 Tyrimo validumas ir kokybė

Siekiant užtikrinti kokybinio tyrimo validumą ir kokybę, tyrėjai turi atkreipti dėmesį į tam tikrus veiksnius, kurie galimai galėtų paveikti tyrimo rezultatus. Miles ir Huberman (1984) (cit. iš Žydžiūnaite ir Sabaliauskas, 2017) išskiria keturias klaidų kategorijas, į kurias būtina atsižvelgti atliekant kokybinį tyrimą:

- Su tyrėju susijusios klaidos – šio tipo klaidos yra susiję su tyrėjo gebėjimu atsiriboti nuo savo turimų nuostatų, išlikti objektyviems, kad būtų tinkamai atskleidžiamos tyrimo dalyvių nuostatos bei patirtis. Šiame tyrime siekiant išvengti šios klaidos, visų pirma buvo užfiksuojamos tyrėjo nuostatos, kurios potencialiai galėtų turėti poveikį tyrimo rezultatams. Šios tyrėjo nuostatos bus aprašomos vėliau. Taip pat, šiame tyrime buvo konsultuojamasi su kitais tyrėjais apie interviu atlikimą, siekiant išvengti klaidų ar šališkumų.
- Su tiriamųjų dalyvavimu atliekant tyrimą susijusios klaidos – šio tipo klaidos susiję su subjektyvia tyrimo dalyvių savijauta, kuri gali būti paveikiama tyrimo aplinkos, santykio su tyrėju bei asmens fizine bei emocine būseną. Siekiant išvengti šio tipo klaidos, buvo siekiama užmegzti pirminį kontaktą su žmogumi kviečiant jį dalyvauti tyrime ir paaiškinant tyrimo tikslus, tam, kad antrame susitikime, tyrime dalyvaujantis asmuo jaustų mažiau įtampos, galiausiai tyrėjo pastebėjimai apie tyrimo dalyvio būseną buvo žymimi kokybinio tyrimo dienoraštyje;
- Su situacija ar kontekstu susijusios klaidos – šio tipo klaidos yra susiję su tyrimo atlikimo kontekstu – ar tiriamasis jaučiasi saugus, kokioje aplinkoje jis galės labiau atsiverti. Šiame tyrime buvo siekiama užtikrinti saugią ir ramią tyrimo aplinką, kurioje tyrimo dalyvis nebūtų trukdomas, blaškomas ir kurioje nebūtų rizikos, kad jo pasakojimas būtų išgirstas pašalinių žmonių. Taip pat tyrimo dalyvio saugumo suvokimas buvo užtikrinamas laikantis etikos principų – paaiškinant tyrimo tikslus, atkreipiant dėmesį, kad tiriamasis gali bet kuriuo momentu pasitraukti iš tyrimo bei užtikrinant tyrimo dalyvio konfidencialumą.
- Su duomenų rinkimo ir analizės metodais susijusios klaidos – šio tipo klaidos susiję su duomenų rinkimu, kodavimu, analizavimu. Siekiant šiame tyrime išvengti šio tipo klaidų, išskiriamos interviu temos buvo aptariamoms su kitais tyrimo grupės nariais, taip pat galutinis temų sąrašas buvo išskiriamas, siekiant bendro sutarimo dėl kiekvienos temos. Tai leido sumažinti subjektyvią tyrėjo įtaką galutiniam temų sąrašui.

Taip pat, Smith (2003) išskiria, kad siekiant užtikrinti kokybinio tyrimo kokybę, tyrėjui būtina reflektuoti savo patyrimą tyrimo atlikimo metu bei atsižvelgti į savo iš anksto turimas nuostatas tyrimo tema, kurios potencialiai gali būti reikšmingos tyrimo kontekste. Siekiant

užfiksuoti tyrėjų patyrimą, po kiekvieno interviu su tyrimo dalyviu buvo pildomas kokybinio tyrimo dienoraštis, kuriame buvo pažymimi tyrėjo įspūdžiai jausmai, pastebėjimai, taip pat aspektai, kurie potencialiai galėjo paveikti tyrimo dalyvio pasakojimą ar tyrimo kokybę. Tyrėjų dienoraštį sudarė šie klausimai:

- mano bendri įspūdžiai po interviu (bet kokie pastebėjimai);
- mano vaidmuo interviu procese – kaip interviu atlikimo metu galėjau paveikti tiriamojo pasakojimą (pvz.: būdamas pernelyg aktyvus, naudodamas per daug perfrazavimo ir kt.);
- interviu konteksto stebėjimas (nuo susitikimo pradžios iki susitikimo pabaigos – kaip tiriamasis reaguoja, komunikuoja, priima tyrimo situaciją ir pan.);
- pastebėjimai, mintys apie surinktų duomenų kokybę, patikimumą.

2.5.1 Tyrėjo nuostatų ir patirties refleksija

Atliekant tyrimą, svarbu atsižvelgti į galimas išankstines nuostatas, asmeninius įsitikinimus tyrimui svarbių klausimų atžvilgiu. Tyrėja yra akademiškai susipažinusi su savižudybių tematika bei praktiškai, atliekant universitetinę praktiką. Šioje dalyje išskiriamos tyrėjo nuostatos, kurios yra susiję su tyrimo tema ir kurios galimai gali paveikti tolimesnę rezultatų analizę:

- Suteikiant pagalbą po mėginimo nusižudyti vis dar yra kreipiamas per didelis dėmesys medikamentiniui gydymui. Tai yra svarbi viso kompleksinio gydymo dalis, tačiau suteikiant pagalbą po mėginimo nusižudyti, be galo svarbu suteikti ir psichologinę pagalbą.
- Mėginimas nusižudyti kyla iš didelio psichologinio skausmo, o mėginimas nusižudyti atrodo kaip tinkamiausias psichologinio skausmo nutraukimo būdas. Šios krizės metu yra nematomos kitos galimos alternatyvos.
- Didelės dalies savižudybių galima būtų išvengti laiku suteikiant visavertę pagalbą. Dėl šios priežasties svarbu investuoti į savižudybių prevencijos programas, apmokyti specialistus atpažinti savižudybės rizikos ženklus asmenyje.
- Šiuo metu Lietuvoje ne visada yra užtikrinama kompleksinė, tęstinė pagalba asmenims, kurių savižudybės rizika yra aukšta. Pagalbos prieinamumas nukenčia nuo per didelio specialistų užimtumo, psichologinės pagalbos nepakankamo finansavimo psichikos sveikatos politikoje.

2.5.2 Tyrimo etiniai aspektai, konfidencialumas

Tyrime buvo siekiama užtikrinti aukščiausių etikos standartų laikymosi. Pirmiausia gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komisijos leidimas atlikti tyrimą (Etikos leidimas pridedamas 2 priede), leidimai Lietuvos didžiųjų miestų psichiatrinėse ligoninėse atlikti tyrimus.

Potencialius tyrimo dalyvius kviečiant dalyvauti tyrime, jiems būdavo paaiškinamas tyrimo tikslas, jo eiga. Prieš pradėdami dalyvavimą tyrime, tyrimo dalyviai pasirašydavo informuoto sutikimo formą. Taip pat dalyviai būdavo informuojami apie galimybę nutraukti dalyvavimą tyrime bet kuriame jo etape. Interviu garsas buvo įrašomas tik gavus tyrimo dalyvio žodinį sutikimą.

Siekiant užtikrinti tyrimo dalyvių konfidencialumą ir anonimiškumą, tyrimo dalyviams sutikus dalyvauti tyrime ir pasirašius sutikimo formą, jiems iš karto buvo suteikiamas individualus kodas, kuris buvo naudojamas tolimesnėje duomenų analizėje ir komunikacijoje su kitais tyrėjais. Interviu metu tyrimo dalyvio paminėta informacija, kuri potencialiai galėtų padėti identifikuoti asmenį, transkribuojant įrašą būdavo panaikinama. Asmenų sutikimo formos saugomos rakinamoje spintelėje.

Su pilna interviu transkripcija ir pirminiais duomenų analizės rezultatais leidžiama susipažinti tik tyrimo grupei bei mokslo darbų recenzentams, sudarant galimybę įvertinti duomenų analizės skaidrumą bei nuoseklumą.

3. REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

Šioje dalyje bus aprašomi visų 7 tyrimo dalyvių rezultatai. Teminėje analizėje išskirtos kodų šeimos buvo sugrupuotos į 10 temų su potemėmis. Penktame priede pridodamas pilnas suskirstytų į temas kodų šeimų sąrašas (žr. 5 priedas).

2 lentelė. Tyrimo dalyvių interviu teminėje analizėje išskirtos temos ir jų potemės.

| Temos su potemėmis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Personalo kompetetingumas | | | | | | | |
| • Personalo rūpestis, dėmesingumas | x | x | x | x | x | x | x |
| • Personalo profesionalumas | x | | x | x | x | x | |
| • Individualizuota pagalba | x | | | x | x | | |
| 2. Santykio su specialistais reikšmė | | | | | | | |
| • Šiltas santykis su specialistais | x | x | x | x | x | x | x |
| • Galimybė išsikalbėti, būti išklausytiems specialisto | x | x | x | x | x | | |
| 3. Bendravimo, bendruomeniškumo svarba gydymosi procese | x | x | x | x | x | | x |
| 4. Ligoninės saugios, ramios, tvarkingos aplinkos svarba | | | | | | | |
| • Saugi, rami aplinka ligoninėje | x | | | | x | | x |
| • Ligoninės tvarkos ir taisyklių reikšmė | | x | x | x | x | x | |
| 5. Personalo abejingumas, nejautrumas, nepakankama priežiūra | | | | | | | |
| • Nepakankama, neišsami priežiūra, specialistų trūkumas | x | x | x | x | x | x | x |
| • Abejingas personalo požiūris | | | | x | x | x | x |
| • Personalo neprofesionalumas | | x | | x | | x | x |
| 6. Medikamentinės pagalbos reikšmė gydymosi procese | | | | | | | |
| • Paskirtų vaistų šalutinis poveikis | | | x | | x | | x |
| • Teigiamas medikamentinės pagalbos, vaistų poveikio vertinimas | x | | x | x | | x | x |
| 7. Po gautos pagalbos pasikeitęs požiūris ir elgesys | x | x | x | x | x | x | |
| 8. Pagalbos vertinimas, tęstinumo, kompleksiško svarba | | | | | | | |
| • Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, joje nieko netrūksta | x | x | x | x | x | x | |
| • Suteikiama pagalba turi būti tęstinė | x | x | x | x | x | x | x |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| • Suteikiama pagalba turi būti kompleksinė | | | | | | | |
| 9. Dabartiniai pagalbos poreikiai | | | | | | | |
| • Dabar reikalinga tolimesnė psichologinė pagalba | x | | x | | x | | x |
| • Pagalbos neprieinamumas | | x | | x | x | x | x |
| 10. Saviklioiva | x | x | x | x | x | | x |

Pastaba. Numerių paaiškinimas: 1 – Tomas, 2 – Nijolė, 3 – Darius, 4 – Rita, 5 – Sandra, 6 – Eglė, 7 – Giedrė.

3.1 Personalo kompetentingumas

Visų tyrimo dalyvių paminėtas aspektas kalbant apie pagalbą po mėginimo nusižudyti buvo ligoninės personalo dėmesingumas ir rodomas rūpestis. Visi tyrimo dalyviai paminėjo, kad jiems padėjo tai, kad tiek ligoninės personalas, tiek gydantys gydytojai ir kiti specialistai rodė dėmesį bei rūpestį, domėjosi tyrimo dalyvių būseną: „*Aukščiausio lygio profesionalumas, atsidavimas savo darbui, meilė. Aš stebėjau kaip rūpinasi tomis vargšėmis moterimis, ne tik manimi, visais.* (Rita, 178); „*Patiko, tai, kad sakau visą laiką gali prieiti ir gali kažko paklausti visą laiką, paprašyti kažko, niekas niekada nieko neatsakys.*” (Tomas, 88) Taip pat buvo išskirta, kad personalo pagalba buvo svarbu tai, kad nebuvo smerkimo: „*Darbuotojų elgesyje (padėjo) tai, kad visiškai jokios kritikos, smerkimo, nelenda, draugiška ten viskas: šypsena, (paklausia) kaip laikaisi, kaip kas*” (Tomas, 84). Tyrimų duomenimis, asmenys su psichologinėmis problemomis gydymo įstaigose dažnai susiduria su neigiamu personalo požiūriu, kuris neigiamai paveikia jų gaunamą pagalbą (Clarke, Usick, Sanderson, Giles-Smith, & Baker, 2014). Šiame tyrime tyrimo dalyviai išsakė tai, kad jiems pagalba po mėginimo nusižudyti buvo itin svarbu tai, kad iš personalo nepajuto smerkimo, neišgirdo kritikos. Dėl šios priežasties rekomenduotina, kad su nusižudyti mėginusiais asmenimis dirbtų tam apmokyti asmenys, su kuriais būtų aptariamoms jų nuostatos į bandžiusius nusižudyti asmenys (Ramberg & Wasserman, 2004). Toks personalo kompetencijos ugdymas yra reikalingas siekiant užtikrinti tinkamą pagalbą po mėginimo nusižudyti.

Kitas svarbus aspektas kalbant apie personalą, buvo personalo profesionalumas. Daugelis tyrimo dalyvių akcentavo, jog jiems padėjo personalo profesionalumas, rimtas požiūris į darbą, iniciatyvumas bei operatyvumas: „*(Gydytoja) suteikė pakankamai dėmesio, tikrai atsižvelgė ir į mano rūpesčius ir padėjo apsispręsti dėl akademinių atostogų ir tas buvo tikrai gražu iš jos pusės, neatmestinais tikrai dirbo*” (Sandra, 31); „*Man patiko, kad manimi rūpinasi, man patiko atsakingas požiūris į darbą būtent tos psichiatrės, kadangi ji iš karto iniciatyviai norėjo patį geriausią vaistą pristatyti kuris tiktų, ji iniciatyviai aptarinėjo ir mano problemas, <...>, ką man daryti, su manimi ji diskutavo ir vėliau tikrai išrinko patį geriausią mano sprendimą, <...> man patiko jos pagalba*”

(Sandra, 35), „Tikrai būdavo kad tu gali su ja visada susitikti jeigu nori, ir ten artimieji turėdavo galimybę tai jinai ten ir palaukdavo jų ir jinai su tavimi kalbėdavosi” (Giedrė, 148). Taigi, tyrimo dalyviai išskyrė, kad jiems svarbu buvo specialistų atsakingas požiūris į darbą, jų rodoma iniciatyva. Rekomenduotina, kad sveikatos priežiūros specialistai, kurie dirba su žmonėmis, kurių savižudybės rizika yra aukšta, užimtų aktyvų vaidmenį tokių asmenų gydyme, nurodoma, kad jie turi rodyti iniciatyvą siekiant numatytų tikslų (Hogan & Grumet, 2016). Ir šio tyrimo dalyvių išsakyti pastebėjimai rodo, kad patekus į gydymo įstaigą po mėginimo nusižudyti, asmenims yra svarbu, kad psichikos sveikatos specialistai nurodytų kryptį, būtų iniciatyvūs bei imtųsi aktyvios rolės jau gydymo pradžioje.

Galiausiai, vienas esminių personalo kompetencijos aspektų, kurį išskyrė trys tyrimo dalyviai, buvo tai, kad specialistai atsižvelgdavo į tyrimo dalyvio asmeninę situaciją bei gyvenimo kontekstą ir suteikdavo atitinkamą pagalbą, priderindavo gydymą prie tyrimo dalyvio aplinkybių, atsižvelgdavo į fizinę būklę: „Nu pasitikėjo, išleido <...>, dabar skolų neturiu” (Tomas, 32); „Antrą kartą ligoninėje gulint, tai ji pastebėjo, tiksliau pagalvojo, kad galbūt mano bėda yra ne tik psichologinė, bet galbūt ir fizinė, tai yra ji man atliko skydliaukės tyrimus ir jame rado pakitimų <...> tai aš dar norėčiau, nu tiesiog, norėčiau tą pabrėžti, kad tai irgi buvo svarbu, ties jos vertinimu” (Sandra, 129). Toks specialistų elgesys buvo vertinamas teigiamai, tyrimo dalyviai tokį elgesį matė kaip personalo profesionalumo išraišką, vertino suteikiamą papildomą dėmesį asmeniui bei jo situacijos analizei. Buvo pabrėžta, kad svarbu buvo ir tai, kad specialistai skyrė pakankamai laiko atsakyti į tyrimo dalyviams rūpimus klausimus: „Ji gerą valandą su manimi kalbėjo ir apie psichologines mano problemas, ir apie pasiruošimą stacionarui, ir apie visą stacionaro eigą, tai tas buvo irgi labai svarbu, nes prieš tai tai tokio, tokios įžangos į stacionarą aš nebuvau gavus šitoj, pirmą kartą gulint” (Sandra, 131). Tyrimo dalyviams buvo svarbu, kad jies buvo suteikta galimybė susitarti dėl tolimesnio gydymo ir išsispręsti asmeninius klausimus.

3.2 Santykio su specialistais reikšmė

Kitas visų tyrimo dalyvių paminėtas aspektas buvo draugiškas, šiltas santykis su gydančiais specialistais. Visi tyrimo dalyviai akcentavo, kad jiems buvo svarbu, kad suteikiamos pagalbos metu, specialistai būtų draugiški, kad jais būtų galima pasitikėti ir būti atvirais: „Kitą kartą tai sakau tiesiog išsprūsta, net nepajauti kaip pradedi pati išsipasakoti, paskui pagalvoju daug dalykų buvo, kad nu kokią dvidešimt keli metai niekam nepasakojau <...> kai tiek slėpta, tiek nekalbėta apie tai nu toks sakau ir savęs pasididžiavimas, kad aš galėjau pasisakyt ir palaikymą gavau, ko jau daug metų neturėjau (Nijolė, 89); „<...> tiesiog, kai šneki su žmogumi ir atrodo, kad tu rūpi <...> tas labiausiai ir padeda” (Tomas, 110). Taip pat kaip vieną esminių pagalbos po mėginimo

nusižudyti aspektų, tyrimo dalyviai minėjo tai, kad turėjo galimybę išsikalbėti ir būti išklaustytiems: „*Kas daro pagalbą veiksmingą? Paprasčiausiai bendravimas ir šiaip išklausymas. Ta prasme kai klausosi, na matai, kad žmogus klausosi, o ne taip kaip va turi išklaustyti, nes toks darbas*” (Tomas, 50). Taip pat buvo minima tai, kad buvo svarbu, kad pas specialistus buvo galima būti be įtampos ir būtų nebaisu atsiskleisti: „*Nu iš tikrųjų mes labai daug nebendravom, bet sakau taip, nu bent aš taip pajėgiau atsivert, pajėgiau būt atvira ir be įtampos, <...> nu toks lengvas bendravimas.*” (Nijolė, 113). Psichikos sveikatos specialistų elgesys yra laikomas svarbiu aplinkos veiksniu, kuris gali padėti ar trukdyti gydymosi procesui (Crowe, Deane, Oades, Caputi & Morland, 2006). Tyrimai rodo, kad vienas svarbiausių elementų kuriant terapinį aljansą tarp psichikos sveikatos specialisto ir gydymo įstaigoje esančio asmens, yra specialisto gebėjimas kurti asmeninį santykį su pacientu, būti jautria, empatiška, rūpestinga figūra asmens gydyme (Gysin-Maillart, Soravia, Gemperli & Michel, 2017). Kadangi yra žinoma, kad suvokiama specialisto empatija turi teigiamą poveikį terapijos rezultatams (Marci, Ham, Moran & Orr, 2007), yra svarbu ugdyti personalo atitinkamą kompetenciją pagalbos teikimo procese. Šiame tyrime santykio su specialistais svarba buvo iš viena labiausiai pasikartojančių temų. Tai patvirtina pagarbaus, lygiavertiško, draugiško santykio reikalingumą užtikrinant pagalbą po mėginimo nusižudyti.

Tyrimo dalyviai minėjo, kad jiems padėjo specialistų klausimasis, gilinimasis į problemą, įžvalgų pateikimas: „*Ji tiesiog automatiškai pradėjo kalbėti apie mano problemas, apie tai, ką ji mato manyje ir tiesiog pateikė keletą patarimų ir įžvalgų ir tas man buvo labai svarbu*” (Sandra, 105); „*Aš pasakoju kas ten kas ir jinai klausosi, jinai gilinasi. Nu ir kažką pasako komentara, ar kaip kaip kažką galima būtų pakeist, dėl ko kitaip galima elgtis, o ne galvot vienaip ar kitaip*” (Darius, 107). Tyrimuose nurodoma, kad asmenys, kurie mėgino nusižudyti, dažnai nutraukia tolimesnį gydymą dėl to, kad jaučiasi, kad gydantys specialistai skiria jiems nepakankamai dėmesio ir nesigilina į jų problemas, jaučiasi nesuprasti ir kas paskirtas gydymas neatitinka jų poreikių (Gysin-Maillart et al., 2017). Šiame tyrime taip pat atsispindi šis poreikis būti suprastiems ir išklaudytiems, tyrimo dalyviai nurodė, kad pagalboje jiems bene labiausiai padėjo tai, kad specialistai skyrė pakankamai dėmesio, gilinosi į jų situaciją, siekė suteikti kuo efektyvesnę pagalbą.

3.3 Bendravimo, bendruomeniškumo svarba gydymosi procese

Kita visų tyrimo dalyvių išskirtas aspektas, kuris padėjo į gydymo įstaigą patekus po mėginimo nusižudyti, buvo bendruomeniškumas ir galimybė bendrauti su kitais ligoninėje esančiais asmenimis. Tyrimo dalyviai minėjo, kad jiems buvo svarbu bendruomeniškumo jausmas ligoninėje: „*Buvau labai nustebusi, kad ten susibūrusius pacientų grupės turi savo seniūnus ir seniūnų*”

pavaduotojus, kurie irgi mane į pačia struktūrą įvedė, ir dabar jau jaučiu, kad antrą trečią dieną ateidama aš jaučiu iš jų dėmesį, jie teiraujasi ar man viskas gerai, ar aš kažko nepamiršau ir panašiai, tokia labai bendruomeniška bendruomenė ten susibūrusi” (Sandra, 119); „*Aš mėgstu vienatvę <...>, bet ten tokio paties likimo. Tas bendruomenės jausmas... vieną kitą remia <...>, pavaišins, ką turi, ar taip pat man atnešdavo šokoladų, ten aš viską išdalindavau.”* (Rita, 354). Pacientų bendruomenės ar gydymo įstaigose patiriamas bendruomeniškumo padeda atkurti viltį, mažina socialinės izoliacijos jausmą, padeda ugdyti socialinius įgūdžius (Radcliffe & Smith, 2007). Dėl šios priežasties gydymosi įstaigose būtų naudinga siekti įvairių pacientų bendruomenių įdiegimo, grupinių veikslų įstaigoje skatinimo.

Taip pat buvo išskirta tai, kad padėjo galimybė astiverti, bendrauti su kitais asmenimis, kurie turi panašių problemų: „*Pasišneki ten su žmonėm, kurie panašias problemas turi irgi ten pagerėja.”* (Tomas, 30); „*Kažkaip irgi sunkių istorijų prisiklausydavau, <...> ir kažkaip nebejaučiau tokio pačio savo skausmo, kartais atrasdavau ten su kuo prisiminimais pasidalint.”* (Tomas, 60). Tyrimai rodo, kad asmenų, kurie po gydymo periodo patiria didesnę socialinę priklausymą, pakartotinės savižudybės rizika mažėja (You, Van Orden & Conner, 2011). Tyrimuose taip pat yra išskiriamas pacientų poreikis bendrauti tarpusavyje – tai atkuria vilties jausmą (Berglund, Åström, & Lindgren, 2016). Tai reiškia, kad viso gydymo bei grupinės terapijos metu ligoninėje patiriamas bendravimas galimai teigiamai paveikia ligoninėje esančių asmenų, kurie ten pateko dėl mėginimo nusižudyti, būklę. Tai įvardija ir tyrime dalyvavę asmenys, teigdami, kad jiems svarbus buvo bendruomeniškumo jausmas įstaigoje, galimybė pabendrauti su panašias problemas turinčiais asmenimis.

3.4 Ligoninės saugios, ramios, tvarkingos aplinkos svarba

Kalbėdami apie tai, kas padėjo gydymo įstaigose, tyrimo dalyviai išskiria, kad jiems svarbu buvo tai, kad ligoninėje buvo rami aplinka, kurioje jie jautėsi saugiai. Taip pat, keturi asmenys, dalyvavę tyrime, išskyrė, kad jiems gydymosi metu buvo svarbūs kai kurie ligoninės tvarkos aspektai, tokie kaip galimybė reguliariai išeiti į lauką, daryti mankštas, visų pacientų ligoninės taisyklių laikymasis. Tai, kad ligoninėje buvo numatytos taisyklės ir tvarkos, kurių laikytis turėjo visi ligoninėje esantys asmenys, suteikė saugumo jausmą: „*(Padėjo) saugi aplinka tiesiog <...>. Irgi pati aplinka ten graži ir sakau yra laisvės, yra tas pojūtis, kad neguli ligoninėj, o tikrai eini gydytis, turi – gali išeiti ir į parduotuvę, ir pasportuoti.”* (Tomas, 76). Šie tyrimo dalyvių išskirti aspektai sutampa su tyrimų duomenimis, jog asmenims, jaučiamas saugumas būnant psichikos sveikatos centruose mažina suicidinio elgesio tikimybę (Berg, Rørtveit & Aase, 2017). Tyrėjai

išskiria, kad šis saugumo jausmas susideda iš ligoninėje esančios ramios bei saugios aplinkos, personalo rūpesčio.

Kita vertus, dalis tiriamųjų išskyrė, kad ligoninėje trūko kai kurių pagrindinių reikmenų, būtinų patogiam buvimui ligoninėje: „*O šiaip jo (muilo ir tualetinio popieriaus) nėra. Nu tai muilo mes paskui išsireikalavom tai va, bet pavydžiui tualetinis popierius irgi tave atvežė į ligoninę arba tu guliesi tai tu nežinai kad ligoninėje tėra tualetinio popieriaus. Ai irgi visiškai absurdiškas, nu tai čia yra kažkokie finansavimo dalykai, <...> yra puodeliai iš kurių tu geri tą arbatą. Ir tie puodeliai yra tiesiog plastmasiniai kurie kainuoja turbūt dvidešimt centų, ir jų visalaik trūksta, visos moterys <...> geria iš ten tokių jogurto indelių iš visokių ten, nu nes nėra puodelių ir tada seselės ieško tų puodelių, o jų nebėra.*” (Giedrė, 246). Tokie ir kiti panašūs patyrimai gydymo įstaigoje tyrimo dalyviams sukėlė papildomų nepatogumų ir nepasitenkinimo, sukėlė jausmą, jog jais nėra pakankamai rūpinamasi.

3.5 Nepakankama priežiūra, personalo abejingumas, neprofesionalumas

Visi tyrimo dalyviai paminėjo tai, kad jų manymu, gydymo ligoninėje metu, buvo akimirku, kuomet suteikiama pagalba buvo nepakankama, neišsami, personalas buvo abejingas jų poreikiams. Kai kurie tyrimo dalyviai išskyrė, kad ligoninėje nebuvo gilinamasi į jų problemas, kad gydė tik vaistais ir trūko psichologinės pagalbos: „*Tai tiesiog konsultacijų nu, kad būtų tų psichologų daugiau ligoninėj psichiatrinėj, nu absurdas, ir tada, okay, yra psichologas nu ten testam ir tada jo, kad būtų kažkokios konsultacijos nes, nu tu irgi lieki visiškai vienas su savo mintim po tokių įvykių tai tau, tau reik su kažkuo pasikalbėt.*” (Giedrė, 236); „*Mane gydė tik praktiškai vaistais, aš manau, kad man reikėjo daugiau tokios psichologinės pagalbos, tai yra ir vėlgi kažkokios terapijos galbūt iš karto, nes aš tą laiką praleistą ligoninėje, aš tiesiog vegetavau <...> nesijaučiau, kad kažkas gilintųsi į mano problemą*” (Sandra, 33). Tai atspindi, kad teikiamas prioritetas medikamentiniam gydymui yra nepakankama pagalba asmenims, kurie į gydymo įstaigą pateko po mėginimo nusižudyti. Didžioji dalis tyrimo dalyvių įvardijo, kad jiems gydymo įstaigose pritrūko psichologinės pagalbos ir kad būtent sunkiu metu, kuomet gydymo įstaigoje jautėsi sutrikę ir pasimetę, jiems norėjosi, kad būtų užtikrinama galimybė pasikonsultuoti su psichikos sveikatos specialistu.

Personalo abejingumas taip pat buvo minimas kaip aspektas, kuris nepadėjo gydymosi procese. Kai kurie tyrimo dalyviai paminėjo, jog jiems būnant gydymo įstaigoje, kai kurie specialistai pasižymėjo abejingumu jų situacijai bei būsenai, neskyrė papildomo dėmesio išsamiau aptarti asmens rūpesčius: „*Vėliau galų gale likau nusivylusi, kadangi tiesiog ji man nieko nepasakė net gi. Nu pasakė, kad aš normali, kad viskas gerai, tiesiog nerimas, tai man atrodė labai*

paviršutiniška, tai man tas nepatiko galbūt paviršutiniškumas” (Sandra, 49). Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield ir Mishara (2011) išskiria, kad literatūroje yra bendras sutarimas, kad siekiant padėti žmonėms, kurių savižudybės rizika yra aukšta, būtina įtraukti psichologinę pagalbą, kuri padėtų asmenims mokytis valdyti savo simptomus ir mokytų įveikos strategijų. Šiame tyrime buvo galima pastebėti, kad didžioji dalis tiriamųjų pabrėžė, kad jų gydymo metu, suteikiama psichologinė pagalba buvo minimali, buvo teikiama pirmenybė medikamentams.

Galiausiai, pora tyrimo dalyvių paminėjo, kad gydymosi laikotarpiu susidūrė su nejautriais personalo ar gydytojų komentarais, kurie smarkiai paveikdavo būseną: „*Mažiausiai padėjo vyr. gydytojas, kai buvo vizitacija jis priėjo prie mano lovos: „ah, šita komoj buvusi ne pirmą kartą”*” (Rita, 544); „*Ligoninėje gavau, kaip sakyti, kuolu per galvą. Nu kur buvo stovėjau ant nu stiprios kritinės ribos būtent po gydytojos kai kurių komentarų. Nu tokie komentarai, kad radau krūty auglį, <...>, o jinai pateikė nu kaip (...) tai čia Jėzus, tai čia visiškai nereikšminga, <...> bet aš taip sureagavau, kad aš išėjus į lauką, nežinau, dvi tris valandas sėdėjau. Tikrai ir negrįščiau gydytis, tikrai niekada*” (Nijolė, 41); „*Gydytojai pareiškė, kad reikia galvą gydyti. Tai man irgi,ėjau namo per ašaras kelio nematydama ir galvojau ką jau čia man tikrai galvą, gal čia aš išsigalvoju*”. (Nijolė, 105). „*<...> tu jo (vedėjo) žiauriai bijai nes kai buvo pirmas susitikimas su juo man ir gydytoja pasakė, kad jis yra griežtas žmogus, kitas pacientas, kad apgalvok ką šneki <...>, būdavo pavyzdžiui ten paklausia, tai kodėl tu taip padarei ir atsakau atsakymą, kad tarkim aš taip padariau, nes norėjau pailsėt, <...>, jusiai dar ant tavo žodžių staigiai tave pertraukia, iškart ne, tipo tu ne dėl to taip padarei, nu tipo jis žino dėl ko tu taip padarei ir tu šneki neteisingas atsakymas tipo, suklydai.*” (Giedrė, 110). Šių tyrimo dalyvių patyrimas iliustruoja atvejus, kuomet netinkamas personalo elgesys gali net pabloginti asmens būklę patekus į gydymo įstaigą po mėginimo nusižudyti. Betz ir kiti (2013) nurodo, kad dažnai būna, kad medicininis personalas nori padėti, tačiau dėl tam tikrų šališkumų ar klaidingų įsitikinimų apie savižudybę, gali pasielgti netinkamai. Taip pat, personalo geri ketinimai kartais gali būti interpretuojami neigiamai. Tyrėjai atkreipia dėmesį, kad tokie atvejai galimai pasitaiko dėl didelio personalo darbo krūvio ir perdegimo (Betz et al., 2013). Abejingas požiūris ir nesigilinimas į problemą taip pat gali kilti iš baimės pakenkti ar sukelti diskomfortą, per mažo pasirengimo dirbti su asmenimis, kurie yra mėginę nusižudyti, ar dėl laiko trūkumo ir nenoro dirbti papildomai (Berlim, Perizzolo, Lejderman, Fleck & Joiner, 2007). Šie aspektai parodo, kad reikia skirti papildomą dėmesį ir resursus, užtikrinant pakankamą personalo kiekį gydymo įstaigose bei skirti resursus papildomam personalo, kuris galimai susidurs su mėginusiais nusižudyti asmenimis, apmokymams.

3.6 Medikamentinės pagalbos reikšmė gydymosi procese

Kalbėdami apie pagalbą po mėginimo nusižudyti, tyrimo dalyviai minėjo gaunamų vaistų reikšmę gaunamoje pagalboje. Požiūris buvo nevienareikšmis, vieni tyrimo dalyviai susidūrė su paskirtų vaistų šalutiniais poveikiais, kurie neigiamai paveikė jų būseną: „*Paskyrė vienus vaistus pradžioj. Nu jie mane labai slopino smarkiai <...>, tai buvo kvetiapino didelės dozės. Tik po to daktaras pamatė, kad aš tiktai miegu. <...> Po kažkurio laiko ir aš kai jam pasakiau, kad blogai jaučiuosi, tada jis pakeitė vaistą vieną rytinį. Nu ir tada aš geriau jaučiuosi*” (Darius, 19); „*Ten irgi buvo vaistai, panašūs, bet nei kiek nepadėjo. Man buvo bloga, man nesinorėjo rytais keltis, aš galvojau tuoj numirsiu kaip man buvo bloga*” (Darius, 73). Šie atvejai iliustruoja, kad paskyrus asmeniui vaistus, yra būtinas tolimesnis būklės stebėjimas bei suteikiama galimybė bet kuriuo metu konsultuotis su medicininio personalu dėl savijautos po naujų vaistų paskyrimo.

Kiti tyrimo dalyviai nurodė, kad gauti vaistai padėjo stabilizuoti būseną, ramino: „*Padėjo tai, kad neužplaukė tokie debesiai*” (Tomas, 24); „*(Jaučiausi) rami, pusiausvyroje, visiškai nepasakysi, kad ligonis*” (Rita, 248); „*Labiausiai, aš manau, tai tinkamas vaistas padėjo išbristi iš nu tokio beviltiško, tokio nenoro niekam - jokių interesų nebuvimas. Nu toks visiškai kaip, šitas baltas popieriaus lapas. Nei emocijų, nei interesų, nieko. Tai būtent vaistas, tinkamas vaistas*” (Darius, 123); „*Man vai- aš juos iki šiol geriu tai man jie padėjo nes aš jaučiuosi ramesnė truputį ir aš miegu pagaliau nes aš visiškai nemiegojau, tai jis tas kvetiapinas yra ir miegui tvarkyti tai man tikrai susitvarkė*” (Giedrė, 80). Daugelis tyrimų nurodo medikamentinio gydymo naudą, išskiria medikamentus kaip vieną pagalbos po mėginimo nusižudyti dalį (Wang, Lightsey, Tran ir Bonaparte, 2013). Ir šiame tyrime didžioji dalis tyrimo dalyvių atkreipė dėmesį, kad paskirti vaistai buvo reikalinga ir naudinga gydymo dalis. Nors ir kai kurie tyrimo dalyviai susidūrė su šalutiniais vaistų poveikiais, tačiau sureguliuoti vaistai buvo išskiriami kaip svarbi visos pagalbos po mėginimo nusižudyti dalis.

3.7 Po gautos pagalbos pasikeitęs požiūris ir elgesys

Daugelis tyrimo dalyvių apibūdina savo asmeninius pasikeitimus po gautos pagalbos. Tyrimo dalyviai nurodo, kad po suteiktos pagalbos tapo atviresni, ėmė artimiau bendrauti su kitais, pagerėjo jų santykiai su aplinkiniais: „*Per tas kiek čia laiko pradėjau su kai kuriais žmonėm bendrauti artimiau, tvirčiau*” (Tomas, 120); „*Nu iš pradžių nelabai patiko atvirauti. Bet kuo toliau, nu suprantu tai jo, tai reikia, tai būtina, ir čia mano labui*” (Darius, 99). Taip pat, tyrimo dalyviai nurodo, kad po suteiktos pagalbos gali geriau kontroliuoti savo emocijas, spręsti savo problemas: „*Taip, aš matau tą pokytį, kad tos pagalbos dėka aš galiu atsigauti ir po ligoninės, po dabartinės pagalbos būtent stacionarinės, ir galiu spręsti savo problemas. Spręsti priežastis to, kas mane*

privedė prie noro nusižudyti ir kas vis dar veda.” (Sandra, 141); „*Dabar aš po truputį atsistatau į savo tą būseną. Grįžtu, nes buvo tikrai nusmukęs tiek mąstymas, tiek sprendimų priėmimas. Atsistato, jaučiu, kad atsistato galvoj visos sritis.*” (Darius, 141). Įvairios psichologinės intervencijos turi poveikį tyrimo dalyvių paminėtoms sritims, tačiau šiame tyrime sunku išskirti kas būtent nulėmė šiuos teigiamus pasikeitimus. Tyrimo dalyviai įvardija, kad apskritai visa gauta pagalba turėjo teigiamą poveikį įvardytose srityse.

Galiausiai, kai kurie tyrimo dalyviai nurodo, kad po suteiktos pagalbos pasikeitė jų gyvenimo būdas – atsisakė alkoholio vartojimo, užsiima kitomis veiklomis, atsisakė geriančių draugų: „*Viskas pasikeitė. Mečiau gerti, mečiau- išsiskyriau su vadinamais draugais kurie mane girdydavo, skolindavosi pinigų, niekada negrąžindavo, viliodavo cigaretes, vaistus raminančius. Viso to nebėra. Gyvenu švariai ir oriai. Ir dėl šito va teko sumokėti tokių kainų. Kitaip aš nebūčiau atsistojusi, aš buvau labai giliai įklimpusi*” (Rita, 606). Tai rodo, kad suteikta pagalba galimai paskatino kai kuriuos tyrimo dalyvius įgyvendinti tam tikrus teigiamus pokyčius savo gyvenime, kurie galėtų turėti teigiamą poveikį tolimesnei psichinės sveikatos eigai ir mažinti pakartotinio savižudybės mėginimo riziką.

3.8 Pagalbos vertinimas, pagalbos tęstinumo, kompleksiško svarba

Tyrimo dalyviai išskyrė, kad gauta pagalba po mėginimo nusižudyti buvo operatyvi ir kad ji išgelbėjo gyvybę: „*Tai, kas dabar būtų kitaip, jeigu nebūtų buvus tokios pagalbos? Mhm, nežinau tikriausiai, tikriausiai manęs čia tikrai nebūtų*” (Tomas, 124); „*Nu manyčiau, kad nesedėčiau jau čia. Manyčiau taip, nes nu sakau, pati su savo emocijom, su savo mintim nesusitvarkiau*” (Nijolė, 145). Taip pat kai kurie tyrimo dalyviai teigė, kad gautoje pagalba nieko netrūksta ir kad nėra ką keisti: „*Mano nuomone, neturiu tokių priekaištų dar kažko tai. Nežinau tokių, kad klaidų, kad tikrai, ar kažką tai keisti, tikrai nemačiau.*” (Tomas, 114). Apskritai, beveik visi tyrimo dalyviai įvardijo, kad gauta pagalba jiems padėjo, jog ji buvo pakankama, tačiau vis dėlto, vėliau buvo įvardijami aspektai, kurie galėtų pagerinti gaunamą pagalbą.

Tyrime dalyvavę asmenys pabrėžė tęstinio gydymo svarbą: „*Ne, viskas čia gerai, išskyrus, tai kad tai (pagalba) yra pasiekama tik tai stacionare. Kad va, pavyzdžiui, man šiandien blogai ir aš noriu pasikalbėt, ar ne, ir turiu ten skambinti arba-. Nu šita visa sakyčiau kaip sakau trijulė tai gali gauti tiktai ligoninėje <...>. Norėtuši didesnio pagalbos tęstinumo.*” (Nijolė, 121). Kiti tyrimo dalyviai pabrėžė kompleksinio gydymo svarbą – pagalba turi būti ne tik medikamentinė, ji turi įtraukti psichologines bei socialines sferas, įtraukti šeimą bei artimuosius: „*Ot net nepasakyčiau dabar (kas labiausiai padėjo). Nes turbūt kompleksas, nes nuo vieno prie kito nuo vieno prie kito kažkaip nei vienas, kaip sakyti, va iš šitų sakykim trijų, nei vienas pavieniui nebūtų kažkokio tai*

ypatingo poveikio padaręs.” (Nijolė, 115); „*Gydytojas su šeimos nariais bendravo, jų požiūris stipriai pasikeitė <...> tada man labiausiai padėjo šeimos palaikymas*” (Nijolė, 27). Tyrimai taip pat patvirtina, kad svarbu yra gydymo tęstinumas, nes didžioji dalis mėginimų nusižudyti kartojami pirmą mėnesį po pradinio mėginimo (Hogan & Grumet, 2016). Hogan ir Grumet (2016) pabrėžia, kad efektyviai savižudybių prevencijai yra labai svarbus specialistų tęstinis darbas, aktyvus įsitraukimas bei kontaktavimas su mėginusiu nusižudyti asmeniu. Taip pat, kaip ir tyrime dalyvavę asmenys mini, yra rekomenduotina į teikiamą pagalbą įtraukti ir asmens artimuosius. Wang ir kiti (2013) išskiria, kad esant galimybei artimieji turi būti įtraukiami į tolimesnį gydymą, jie turi būti informuojami apie savižudybės rizikos bei apsauginius veiksnius, galimą tolimesnę pagalbą, būtinumą laikytis gydymo nurodymų. Svarbu padėti šeimai geriau suprasti savo artimojo, kuris mėgino nusižudyti, situaciją, įtraukti juos siekiant užtikrinti kompleksinę pagalbą jų artimajam.

3.9 Dabartiniai pagalbos poreikiai

Keli tyrime dalyvavę asmenys akcentavo, kad jiems šiuo metu reikalinga tolimesnė psichologinė pagalba: „*(Dabar reikalinga pagalba) psichoterapija pagrinde.*” (Tomas, 118); „*Visvien mano problema yra psichologinė, ne fizinė <...>, tai būtent tą man ir suteikia stacionaras, jis į jas gilinasi ir aš galiu mąstyti ten, aš galiu kartu ten bendrauti, komunikuoti, kalbėti ir gauti tą grįžtamąjį ryšį tiek iš panašių žmonių į mane, su panašiom problemom, tiek ir iš gydytojų*” (Sandra, 125); „*Šiuo metu tai kaip ir turiu visą reikalingą, turiu stacionarą, ten gaunu ir tą feedback'ą kažkokį ir psichologą taip pat man paskyrė, ir psichiatrą turiu ir dar bendruomenę, kurios ir norėjau, tai kol kas man nieko netrūksta, truputį pergyvenu kas bus po stacionaro, kad man vis tiek reikės tikriausiai ilgalaikės pagalbos, ar psichologo, ar psichoterapeuto, tai va, tai dar kol kas aš nesu nusprendus ką vėliau darysiu, bet šiuo metu tai aš turiu viską ko reikia.*” (Sandra, 137). Ir kiti tyrime dalyvavę asmenys išskyrė, kad po gydymo ligoninėje jiems reikalingiausia yra psichologinė pagalba, ją didžioji dalis tyrimo dalyviu ketina tęsti.

Vis dėlto, kai kurie dalyviai nurodė sunkumus, su kuriais susiduria norėdami toliau tęsti gydymą. Vieni tyrimo dalyviai pabrėžia, kad dėl sveikatos problemų sunku nuvykti į gydymo įstaigas tęsti gydymą: „*Aš vėlgi nežinau, kada aš nuvažiuosiu į tą klubą ir į dienos centrą aš tikrai nevaikščiosiu, bet į klubą tai reiks nuvažiuoti, bet kol kas aš dar gydausi ir negaliu kaip stirna lakstyti.*” (Rita, 326); „*Aišku pernai pernai tai pusanthro mėnesio dar važinėjau aš ir į grupines terapijas <...>, dabar fizinė sveikata jau tiesiog nebe ta, kad galėčiau važinėti kasdien, o pas mus nėra. Tai va tas tas šiek tiek liūdina ir trūksta iš tikrųjų.*” (Nijolė, 125). Kiti tyrimo dalyviai pabrėžia tai, kad dėl pinigų stokos negali toliau negali gauti visavertės pagalbos: „*Pernai metais gavau visą pilną kompleksą. O [KLINIKOS PAVADINIMAS] gydžiausi kelis metus, tai buvo išsigelbėjimas. <...> bet paskui jau buvo neįveikiama, nes konsultacijos ganėtinai brangios*”

(Nijolė, 129). Taip pat viena tyrimo dalyvė paminėjo, kad dėl noro tęsti psichologinę pagalbą, teko persikraustyti į kitą miestą: „*Na aš čia pabrėžčiau, kad vis tiek turėtų būti kažkokie psichikos sveikatos centrai steigiami ir mažesnėse savivaldybėse, nes tarkim man dabar dėl stacionaro teko persikraustyti į [MIESTAS], nes aš neturiu galimybės važinėti iš savo namų į [MIESTAS] kiekvieną dieną, <...> man būtų žymiai geriau jeigu aš galėčiau bent į [MIESTAS 2], ar [MIESTAS 3] ir dėl to nekeisti savo gyvenamosios vietos, nes man didelis stresą sukėlė ir kelia tai, kad, ir išlaidas kelia taip pat, kad aš turėjau bent jau laikinai pakeisti savo gyvenamąją vietą dėl to.*” (Sandra, 147). Viena pagrindinių rekomendacijų asmenų, kurie mėgino nusižudyti, gydyme yra tęstinis pagalbos suteikimas – šiuo atveju, tyrimo dalyviai nurodo, jog susiduria su kliūtimis tęsiant gydymą. Vienas iš aspektų, kuris gali kliudyti gauti tinkamą pagalbą yra finansinis. Lietuvoje savižudybės rizika pasižymintiems žmonėms psichoterapinės paslaugos yra sunkiai prieinamos, nes jos yra beveik nekompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, o nemokamos paslaugos taip pat yra sunkiai prieinamos, nes dirbantiems psychologams tenka didelis aptarnaujamų asmenų skaičius, o emocinės paramos linijos taip pat nėra visada prieinamos, linijos sulaukia daugiau skambučių nei gali priimti (Psichikos sveikatos perspektyvos, 2015). Tyrimo dalyviai taip pat nurodo, kad mažesniuose miestuose tiesiog nėra psichikos sveikatos centrų, kuriuose galėtų gauti reikalingą pagalbą.

3.10 Savikliova

Keli tyrimo dalyviai pažymi, kad jiems buvo sunku priimti pagalbą, jie buvo pratę savarankiškai spręsti problemas, nesidalinti savo jausmais: „*Tiesiog niekas nežinojo, kad aš kažką tokį turėjau, visi galvoja, kad viskas gerai, čia įtaria, gal ne.*” (Tomas, 126); „*Realiai niekas nežinojo apie mano šitas mintis arba tai, kad sirgau depresija tai kažkas tokio. Tai, sužinojo artimieji buvo lengviau pakliūti į ligoninę negu pasisodinti ten kokią mamą ir jai pasakyti, viską.*” (Giedrė, 50). Taip pat buvo galima pastebėti, kad kai kurie tyrimo dalyviai gydymo metu nesilaikė tam tikrų nurodymų, patys savo nuožiūra gydėsi, keitė vaistų dozes: „*Šalutinis poveikis buvo bet čia dėl to kad aš išėjus iš tos ligoninės, nevartojau jų dvi dienas ar dieną, turbūt dvi dienas ir po to vėl pradėjau vartoti. Tai man per tas dienas buvo drebulys, buvo prakaitas visą laiką ir, temperatūra lyg tokia pakitusi buvo ir tiek.*” (Eglė, 137) „*Aš buvau pasimetusi ir aš labai kaltinau vaistus, nes aš buvau mieguista, man buvo išrašytas olanzapinas 10mg vakare ir aš pati pradėjau normuoti sau vaistus, aš pradėjau mažiau jų gerti, tada vėl pradėjau daugiau jų gerti ir man tada prasidėjo panikos priepuoliai*” (Sandra, 17). Šie tyrimo dalyvių išsakyti pastebėjimai, galimai nurodo jų tendenciją mėginti patiems spręsti problemas, kliautis savimi, vengti dalinimosi savo jausmais, mintimis bei problemomis su kitais žmonėmis. Visa tai galimai gali trukdyti asmenims, kurių savižudybės rizika yra aukšta, kreiptis pagalbos ar tęsti jau suteikiamą pagalbą. Dadašev

(2017) išskiria, jog vienos pagrindinių priežasčių, kurios gali kliudyti kreiptis pagalbos, yra perdėtas savarankiškumas, kai asmuo įsitikinęs, kad turi pats išspręsti savo sunkumus bei nenori kitų apkrauti savo rūpesčiais, netikėjimas aplinkiniu noru ar galėjimu padėti bei savo sunkumų nesureikšminimas. Ir šiame tyrime galime pastebėti, kad tyrimo dalyviai buvo linkę nesidalinti su savo artimaisiais savo patiriamais sunkumais ar jausmais, o tai potencialiai gali kliudyti asmenims tiek iš anksto kreiptis pagalbos, tiek po mėginimo nusižudyti tęsti numatytą pagalbos režimą.

4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Rezultatų apibendrinime bus pateikiamos ir aptariamose esminės darbe išskirtos temos bei su jomis susiję išvalgos, gautos analizuojant tyrime dalyvavusių asmenų gautus pagalbos elementus po mėginimo nusižudyti, jų pasitenkinimą gauta pagalba bei tolimesnius tyrimo dalyvių pagalbos poreikius.

Visu pirma, vienas esminių tyrime dalyvavusių asmenų išskirtas pagalbos po mėginimo nusižudyti elementas buvo specialistų elgesys – jų rodomas dėmesys ir rūpestis, parodoma iniciatyva, atsakingas požiūris į darbą bei gydymo pritaikymas individualiai asmens situacijai. Taip pat, tyrime dalyvavę asmenys išskyrė, kad jiems būnant ligoninėje, buvo svarbu, kad personalas jų nekritikavo ir nesijautė smerkimo.

Taip pat tyrimo dalyviai išskyrė, kad jiems svarbus buvo santykis su specialistu, galimybė atvirai, be įtampos kalbėtis su specialistais. Tyrime dalyvavusiems asmenims padėjo specialistų gilinimasis į problemą, išvalgų pateikimas. Tyrimo dalyviai taip pat akcentavo, kad būnant ligoninėje jiems padėjo tai, kad turėjo galimybę bendrauti su kitais pacientais, kurie yra susidūrę su panašiomis problemomis, tiek grupinėje terapijoje, tiek laisvu nuo užsiėmimų metu. Tyrime dalyvavę asmenys išskyrė, kad jiems taip pat padėjo bendruomeniškumas gydymo įstaigoje.

Šie aspektai atitinka tiek Joiner (2005), Klonsky ir May (2015) teorijose išskiriamus bendrumo, susietumo, priklausymo grupei poreikius. Išskiriama, kad nuo savižudiškų minčių perėjimo iki veiksmų stipriausiai apsaugo žmogaus bendrumo jausmas, priklausymas kokioms nors grupėms (Klonsky & May, 2015). Šiame tyrime atsiskleidusios temos atspindi šį svarbų žmonių poreikį ir kaip jis galimai gali būti paliečiamas ir kažkiek išpildomas jau gydymo įstaigoje. Tyrimai rodo, kad asmenims, kurie po gydymo periodo patiria didesnę socialinę priklausymą, jų pakartotinės savižudybės rizika mažėja (You, Van Orden & Conner, 2011). Taigi, matome, kad ir šiame tyrime visi tyrimo dalyviai išskyrė šią svarbią temą, kuri, anot tyrėjų, labai svarbi kalbant apie savižudybės riziką ir jos mažinimą.

Kita vertus, tyrime dalyvavę asmenys išskyrė keletą nepakankamos priežiūros atvejų. Buvo išskirta, kad kai kuriais atvejais personalas buvo abejingas, neskyrė papildomo dėmesio pasidomėti asmens būseną, nesigilino į jų problemas, akcentavo medikamentinį gydymą, nors kai kurie tyrimo dalyviai nurodė, kad jiems labiau norėjosi ir kitų papildomų psichologinių intervencijų. Taip pat tyrime buvo išskirta atvejų, kuomet gydymo įstaigoje tiesiog trūko reikalingų specialistų. Galiausiai, keli tyrime dalyvavę asmenys akcentavo atvejus, kuomet iš gydančių specialistų išgirdo komentarų, kurie neigiamai paveikė būseną. Didžioji dalis psichikos sveikatos specialistų elgiasi etiškai, atsakingai, siekia užtikrinti kuo geresnę pagalbą asmenims, kurie yra gydymo įstaigoje, tačiau tam tikros aplinkybės ir nuostatos galimai trukdo įgyvendinti tinkamiausią pagalbą.

Specialistai turi turėti omenyje, kad jų įsitikinimai, nuostatos ir elgesys turi be galo didelę reikšmę asmenims, kurie yra gydymo įstaigoje ir ne visada personalo geri ketinimai yra taip pat suprantami asmenų gydymo įstaigoje. Be bendradarbiavimo ir pagarbaus santykio tarp personalo ir pacientų, kyla grėsmė, kad gydymo įstaigoje bus susiduriama su pacientų stigmatizavimu, prievarta (Tarrier & Barrowclough, 2003). Tokie patyrimai galimai ne tik gali pabloginti būseną esant gydymo įstaigoje, tačiau gali ir trukdyti asmenims, kurių savižudybės rizika yra aukšta, kreiptis tolimesnės profesionalios pagalbos (Wiklander et al., 2003). Žmogui, kuris į gydymo įstaigą patenka po mėginimo nusižudyti be galo svarbu, kad jis gydymo įstaigoje jaustųsi saugiai ir nebijotų kreiptis tolimesnės pagalbos. Šie tyrimo rezultatai atspindi, jog būtina papildomai dirbti su personalu, kuris susiduria su asmenimis, kurie mėgino nusižudyti, organizuoti papildomus mokymus apie pagalbos mėginusiems nusižudyti asmenims teikimo principus.

Apskritai, tyrimo dalyviai vertino, jog pagalba buvo pakankama ir jog teigiamai vertina gautą pagalbą, nes ji išgelbėjo gyvybę. Taip pat tyrimo dalyviai išskyrė, kad gauta medikamentinė pagalba taip pat buvo svarbi pagalbos dalis, nors ir keli tyrimo dalyvių išskyrė stiprų neigiamą šalutinį vaistų poveikį. Vertindami gautą pagalbą po mėginimo nusižudyti, tyrimo dalyviai taip pat sako, kad jiems padėjo rami ir saugi ligoninės aplinka. Galiausiai, vertindami gautą pagalbą po mėginimo nusižudyti, tyrimo dalyviai išsako, kad po gautos pagalbos pastebėjo savo gyvenime teigiamų pokyčių – geba labiau kontroliuoti emocijas, spręsti savo problemas, tapo atviresni, pasikeitė gyvenimo būdas.

Nors ir visi tyrimo dalyviai gautą pagalbą vertino teigiamai, dalis akcentavo kelis esminius elementus, kurie galėtų padaryti pagalbą veiksmingesnę. Tyrime buvo išskirta pagalbos po mėginimo nusižudyti tęstinumo svarba. Taip pat buvo išskirta, kad pagalba turėtų būti kompleksinė – įtraukti tiek medikamentinį, tiek psichologinį gydymą, specialistai turėtų skirti laiko ir pokalbiams su šeima, siekiant įtraukti artimuosius į teikiamą pagalbą.

Galiausiai, tyrime dalyvavę asmenys įvardijo trikdžius, kurie jiems galėjo trukdyti gauti pagalbą. Visų pirma, kai kurie tyrimo dalyviai išskyrė, kad anksčiau jie apskritai vengė prašyti pagalbos, stengėsi patys savarankiškai spręsti savo problemas, nesidalino su kitais asmenimis savo sunkumais. Tai galimai trukdė tyrimo dalyviams ieškoti pagalbos. Kalbėdami apie dabar reikalingą pagalbą, tyrimo dalyviai išskiria tai, kad jiems kliudo tolimesnę pagalbą gauti mobilumo stoka, kuri užkerta kelią nuvažiuoti į gydymo įstaigas, psichikos sveikatos centrų nebuvimas mažesniuose miestuose bei finansinių išteklių trūkumas, kuris neleidžia gauti mokamos pagalbos ar važinėti į miestus, kuriuose galėtų gauti nemokamą pagalbą.

Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos tolimesniems tyrimams

Šiame tyrime galima išskirti keletą tyrimo ribotumų:

1. Galime pastebėti, kad nemaža dalis tyrimo pirmame etape sutikusių dalyvauti žmonių, vėliau nutraukė dalyvavimą. Galimai šių asmenų pagalbos patyrimas skyrėsi nuo tų, kurie dalyvavo visuose tyrimo etapuose.
2. Dėl šiame tyrime naudotos kokybinė metodologijos galima pastebėti galimus trūkumus:
 - Šiame tyrime buvo siekiama geriau suprasti ir įsigilinti kokią pagalbą gauna asmuo, kuris į gydymo įstaigą patenka po mėginimo nusižudyti bei kaip ta pagalba yra patiriama ir vertinama. Nors ir kokybine metodologija paremti tyrimai šioje srityje suteikia naudingos informacijos apie suteikiamą pagalbą po mėginimo nusižudyti, tačiau vis dėlto ateityje būtų reikalingi didesnio masto tyrimai, paremti tiek kokybine, tiek kiekybine metodologija, kurie leistų generalizuoti rezultatus populiacijai ir daryti išvadas apie suteikiamos pagalbos veiksmingumą.
 - Atliekant interviu nebuvo galima apsieiti be tyrėjų šališkumo, kuris galimai galėjo paveikti atliekamą interviu bei tolimesnį temų sudarymą.

Taigi, apibendrinant prieš tai aptartus pastebėjimus apie galimus šio tyrimo ribotumus, galima išskirti tai, kad ateityje yra reikalingi tolimesni didesnio masto tyrimai, tiek kiekybiniai, tiek kokybiniai, kurie gilintųsi į pagalbą, kurią gauna asmenys, kurie po mėginimo nusižudyti patenka į sveikatos priežiūros įstaigą, gilintųsi į tai, kaip asmenys tą pagalbą patiria, kaip ją būtų galima tobulinti bei kaip užtikrinti efektyviausią tęstinę ir kompleksinę pagalbą kiekvienam asmeniui, kuriam jos reikia. Taip pat, tolimesniuose tyrimuose reikėtų ir toliau skirti dėmesį savižudybių intervencijų veiksmingumo tyrimams, kurie padėtų visuomenėje formuoti psichikos sveikatos politikos gaires tinkamai savižudybių prevencijai užtikrinti.

5. IŠVADOS

1. Tyrimo dalyviai gautą pagalbą po mėginimo nusižudyti bei jos kokybę apskritai vertino teigiamai, išskyrė reikšmingus pagalbos aspektus:
 - 1.1. Specialistų rodomas dėmesys ir rūpestis, parodoma iniciatyva, atsakingas požiūris į darbą bei gydymo pritaikymas individualiai asmens situacijai buvo laikomai vienais pagrindinių efektyvios pagalbos po mėginimo nusižudyti elementų.
 - 1.2. Gydymo įstaigoje yra itin svarbus santykis su specialistais, galimybė atvirai ir be įtampos su jais kalbėtis. Tyrime dalyvavusiems asmenims padėjo specialistų gilinimasis į problemą, išvalgų pateikimas. Svarbu, kad esantys ligoninėje asmenys nesusidurtų su kritika ir smerkimu.
 - 1.3. Tyrimo rezultatai parodė, kad būnant ligoninėje padeda bendruomeniškumas bei galimybė bendrauti su kitais pacientais, kurie yra susidūrę su panašiomis problemomis.
 - 1.4. Tyrimo dalyvių susidūrimai su personalo abejingumu, nepakankama priežiūra bei neigiamais personalo komentarais neigiamai paveikė jų būseną būnant gydymo įstaigoje.
 - 1.5. Psichikos sveikatos įstaigose po mėginimo nusižudyti suteikta pagalba turėjo teigiamą poveikį tyrimo dalyviams – jie geba geriau kontroliuoti savo emocijas, spręsti problemas, tapo atviresni.
2. Medikamentinis gydymas yra laikoma svarbia pagalbos po mėginimo nusižudyti dalimi, tačiau išlieka poreikis nuodugnam būsenos stebėjimui paskyrus naują gydymą. Asmenims, kuriems paskirti nauji vaistai ir kuriems atsiranda šalutinis poveikis yra svarbu turėti galimybę nedelsiant pasikonsultuoti su gydančiu personalu.
3. Gauta pagalba po mėginimo nusižudyti yra laikoma pakankama, tačiau yra akcentuojama tęstinės bei kompleksinės pagalbos svarba tolimesniame gydymosi procese.
4. Tyrimo dalyviai susiduria su sunkumais gaunant tolimesnę pagalbą po mėginimo nusižudyti, dėl fizinės sveikatos trikdžių, finansinių sunkumų bei didelio atstumo iki artimiausių psichikos sveikatos centrų.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Šio tyrimo rezultatai leidžia išskirti keletą svarbių aspektų, į kuriuos galėtų atsižvelgti asmenys, kurie dirba psichikos sveikatos centruose ar gydymo įstaigose, kuriose personalas susiduria su nusižudyti mėginusiais asmenimis bei specialistai, kurie dirba su asmenimis, kurie turi aukštą savižudybės riziką ar jau yra mėginę nusižudyti. Tyrime buvo pastebėti šie aspektai:

1. Įstaigose, kuriose personalas susiduria su asmenimis, kurių savižudybės rizika yra aukšta, rekomenduotina organizuoti personalo mokymus apie pagalbos teikimą aukštos savižudybės rizikos asmenims, taip pat su personalu aptarti jų nuostatas į mėginusius nusižudyti asmenis, siekiant išvengti netinkamos priežiūros atvejų.
2. Sveikatos priežiūros personalo rodomas rūpestis bei susidomėjimas žmogumi padeda asmenims, esantiems gydymo įstaigoje, pasijusti saugiai, kuria pasitikėjimą, kuris galimai leidžia aukštos savižudybės rizikos asmeniui lengviau priimti specialistų pagalbą, labiau atsiverti, o tai leidžia specialistams tiksliau įvertinti asmenį ir jo pagalbos poreikius.
3. Asmenims, kurie į gydymo įstaigą pateko po mėginimo nusižudyti, reikia užtikrinti pagalbos tęstinumą. Tai būtų galima užtikrinti paskiriant atvejo vadybininką, kuris būtų atsakingas už periodišką kontaktavimą su aukštos savižudybės rizikos asmeniu, informavimą apie pagalbos galimybes, galimų barjerų, su kuriais galėtų susidurti asmuo siekdamas pagalbos, aptarimą.
4. Siekti biopsichosocialinio modelio įgyvendinimo pagalba po mėginimo nusižudyti – derinti medikamentinę pagalbą su psichologine bei socialine pagalba. Siekti gydymo įstaigoje suteikti asmenims reguliarias psichologo konsultacijas, įtraukti į grupinę terapiją, grupinius užsiėmimus, suteikti socialinio darbuotojo pagalbą.

LITERATŪRA

- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1725.
- Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., ... Skopp, N. A. (2019). *Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths*. *JAMA Psychiatry*.doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0174.
- Berg, S. H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC health services research*, 17(1), 73.
- Berglund, S., Åström, S., & Lindgren, B. M. (2016). Patients' experiences after attempted suicide: a literature review. *Issues in mental health nursing*, 37(10), 715-726.
- Berlim, M. T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M. P., & Joiner, T. E. (2007). Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior?. *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 233-239.
- Berrouiguet, S., Gravey, M., Le Galudec, M., Alavi, Z., & Walter, M. (2014). Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: a pilot study. *Psychiatry research*, 217(3), 154-157.
- Betz, M. E., Sullivan, A. F., Manton, A. P., Espinola, J. A., Miller, I., Camargo Jr, C. A., ... & ED-SAFE Investigators. (2013). Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depression and anxiety*, 30(10), 1005-1012.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Burón, P., Jimenez-Trevino, L., Saiz, P. A., García-Portilla, M. P., Corcoran, P., Carli, V. & Sarchiapone, M. (2016). Reasons for attempted suicide in Europe: prevalence, associated factors, and risk of repetition. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 45-58.
- Chae, M. H., & Boyle, D. J. (2013). Police suicide: Prevalence, risk, and protective factors. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 36(1), 91-118.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, 13(2), 153-160.
- Choi, K. H., Wang, S. M., Yeon, B., Suh, S. Y., Oh, Y., Lee, H. K., ... & Lee, K. U. (2013). Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry research*, 210(3), 957-961.

- Cickevičiūtė-Rutkauskienė, R., Marcikonytė, R. ir Paulavičius, T. (2017). Savižydybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems su savižudybės rizika. *Valstybinio audito ataskaita. Paimta iš: <https://www.vkontrolė.lt/failas.aspx?id=3664>*
- Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith, L., & Baker, J. (2014). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *International journal of mental health nursing, 23*(3), 273-284.
- Cole-King, A., Green, G., Gask, L., Hines, K., & Platt, S. (2013). Suicide mitigation: a compassionate approach to suicide prevention. *Advances in Psychiatric Treatment, 19*(4), 276-283.
- Crowe, T. P., Deane, F. P., Oades, L. G., Caputi, P., & Morland, K. G. (2006). Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric Services, 57*(10), 1497-1500.
- Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Winkleby, M. A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological medicine, 44*(2), 279-289.
- Dadašev, S. (2017). *Mėginusiųjų nusizudyti savižudybės proceso patirtis*. (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus Universitetas.
- Daigle, M. S., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., & Mishara, B. (2011). Suicide attempts: prevention of repetition. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(10), 621-629.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS one, 10*(5), e0126870.
- Ghahramanlou-Holloway, M., LaCroix, J. M., Perera, K. U., Neely, L., Grammer, G., Weaver, J., ... & Lee-Tauler, S. Y. (2018). Inpatient psychiatric care following a suicide-related hospitalization: A pilot trial of Post-Admission Cognitive Therapy in a military medical center. *General hospital psychiatry*.
- Gibson, S., Benson, O., & Brand, S. L. (2013). Talking about suicide: Confidentiality and anonymity in qualitative research. *Nursing Ethics, 20*(1), 18-29.
- Glenn, C. R., & Nock, M. K. (2014). Improving the short-term prediction of suicidal behavior. *American journal of preventive medicine, 47*(3), S176-S180.
- Gysin-Maillart, A. C., Soravia, L. M., Gemperli, A., & Michel, K. (2017). Suicide ideation is related to therapeutic alliance in a brief therapy for attempted suicide. *Archives of suicide research, 21*(1), 113-126.
- Hawton, K., i Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders, 147*(1-3), 17-28.

- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80.
- Hogan, M. F., & Grumet, J. G. (2016). Suicide prevention: an emerging priority for health care. *Health Affairs*, 35(6), 1084-1090.
http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_lt.pdf
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *Journal of affective disorders*, 150(2), 540-545.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Kumar, P. S., & George, B. (2013). Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian journal of psychiatry*, 55(1), 46.
- Larson, E. B. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*, 293(9), 1100. doi:10.1001/jama.293.9.1100
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*, 293(9), 1100-1106.
- Lietuvos higienos institutas (2018). Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro statistiniai duomenys, Vilnius.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (2018). Įsakymas dėl savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo, Vilnius.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (2018). Įsakymas dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, Vilnius.
- Lonnqvist, J. (2015). Physical illnesses and suicide. *Suicide: An unnecessary death*, 125.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E., & Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(2), 103-111.
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 5-20.
- Monti, K., Cedereke, M., & Öjehagen, A. (2003). Treatment attendance and suicidal behavior 1 month and 3 months after a suicide attempt: A comparison between two samples. *Archives of suicide research*, 7(2), 167-174.

- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.
- Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 7(1).
- Psichikos sveikatos perspektyvos (2015) Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvus priemonių planas 2016-2018 m. Paimta iš: http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo_images/AlternatyvusPlanas.pdf
- Pūras, D., Šumskienė, E., Veniūtė, M., Šumskas, G., Juodkaitė, D., Murauskienė, L., Mataitytė-Diržienė, J., ir Šliužaitė, D. (2013). Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką. *Mokslo studija*.
- Radcliffe, J., & Smith, R. (2007). Acute in-patient psychiatry: how patients spend their time on acute psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 31(5), 167-170.
- Ramberg, I. L., & Wasserman, D. (2004). Benefits of Implementing an Academic Training of Trainers Program to Promote Knowledge and Clarity in Work with Psychiatric Suicidal Patients. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 331–343. doi:10.1080/13811110490476707.
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1291-1299.
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 46(2), 225-236.
- Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O'Gorman, J., & De Leo, D. (2015). Personal stigma in suicide attempters. *Death studies*, 39(10), 592-599.
- Rüsch, N., Zlati, A., Black, G. & Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *Br J Psychiatry*. 205:257–259.
- Scocco, P., Toffol, E., & Preti, A. (2016). Psychological distress increases perceived stigma toward attempted suicide among those with a history of past attempted suicide. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(3), 194-202.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, Jr. T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–63
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, Jr. T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal

- Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–77.
- Smith, P. N., Stanley, I. H., Joiner Jr, T. E., Sachs-Ericsson, N. J., & Van Orden, K. A. (2016). An aspect of the capability for suicide—Fearlessness of the pain involved in dying—Amplifies the association between suicide ideation and attempts. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 650-662.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.
- Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M., & Knox, K. L. (2015). Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement. *American journal of public health*, 105(8), 1570-1572.
- Suicide Prevention Resource Center, & Rodgers, P. (2011). *Understanding risk and protective factors for suicide: A primer for preventing suicide*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- Tarrier, N., & Barrowclough, C. (2003). Professional attitudes to psychiatric patients: a time for change and an end to medical paternalism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 12(4), 238-241.
- Wahlbeck, K., Braddick, F., Gabilondo, A., McDaid, D., Lang, G., & O’Sullivan, C. (2010). European Pact for Mental Health and Wellbeing. Paimta iš:
- Wang, A. G., Mortensen, G. (2006) Core features of repeated suicidal behavior. A long-term follow-up after suicide attempts in a low-suicide-incidence population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 103–107.
- Wang, M. C., Lightsey, O. R., Tran, K. K., & Bonaparte, T. S. (2013). Examining suicide protective factors among black college students. *Death studies*, 37(3), 228–247. doi:10.1080/07481187.2011.623215
- Wiklander, M., Samuelsson, M. & Asberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scand J Caring Sci*. 17:293–300.
- World Health Organisation (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*. World Health Organization: Geneva.
- World Health Organisation (2014), *Preventing suicide. A global imperative*. Paimta iš: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.
- World Health Organisation (2014). *Suicide – Fact Sheet no. 398*. Paimta iš: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>.
- World Health Organisation (2016). *Suicide rates*. Paimta iš: https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/

- You, S., Van Orden, K. A., & Conner, K. R. (2011). Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of addictive behaviors, 25*(1), 180.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry, 3*(7), 646-659.

PRIEDAI

1 priedas. *Riboto duomenų panaudojimo sutartis.*

RIBOTO DUOMENŲ PANAUDOJIMO SUTARTIS

2019 m. sausio mėn. 2 d.

Vilnius

I. Sutarties objektas

Ši sutartis apibrėžia Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centro (toliau **Suicidologijos tyrimų centras**) riboto tyrimo duomenų panaudojimo sąlygas, sutarties galiojimą ir atsakomybę už šios sutarties sąlygų pažeidimą.

II. Sutarties šalys

Sutartis sudaroma tarp Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centro vadovo doc. dr. Pauliaus Skruibio (toliau **Suicidologijos tyrimų centro vadovas**) ir Vilniaus universiteto studentės Kotrynos Mikalauskaitės (toliau **Studentas**).

III. Sutarties sąlygos

1. Studento surinkti priminiai duomenys (užpildytos anketos, interviu garso įrašai, transkripcijos ir kt.) privalo būti pateikti ir priklauso Suicidologijos tyrimų centrui.
2. Suicidologijos tyrimų centro vadovas suteikia ribotą teisę Studentui naudoti Suicidologijos tyrimų centro duomenis tik rengiant magistro darbą „Pagalba psichikos sveikatos sistemoje po mėginimo nusižudyti“ (toliau **Rašto darba**). Studentui nesuteikiama teisė gautų duomenų naudoti jokiais kitais tikslais, įskaitant pranešimus konferencijose, straipsnius ir visus kitus panaudojimo būdus.
3. Sudarant šią sutartį Suicidologijos tyrimų centro vadovas suteikia teisę Studentui Rašto darbe naudoti tik šioje sutartyje nurodytus šiuos Suicidologijos tyrimų centro duomenis: tyrimo „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“ bandžiusiųjų nusižudyti grupės 1) kokybinių interviu, 2) kiekybinių klausimynų bei 3) demografinių anketų duomenis (toliau **Duomenys**).
4. Studentas Rašto darbe privalo nurodyti Duomenų šaltinį – Suicidologijos tyrimų centrą. Studentas Rašto darbe privalo nurodyti pilną projekto pavadinimą, projekto vadovą, sutarties numerį ir projekto finansuotoją – „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“, vadovas doc. dr. Pauliaus Skruibio, sutarties Nr. S-MIP-17-113, finansuotojas Lietuvos mokslo taryba.
5. Studentas privalo užtikrinti gautų Duomenų saugumą ir užtikrinti, kad duomenys nebus perduoti ar nepateks kitiems fiziniams ar juridiniams asmenims. Elektroniniai duomenys turi būti saugomi specialiai užšifruotoje kompiuterio paskyroje.
6. Parengęs Rašto darbą Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti, išskyrus pateiktus Rašto darbe apibendrintus Duomenis.

IV. Sutarties galiojimas

1. Sutartis įsigalioja nuo jos pasirašymo datos.
2. Suicidologijos tyrimų centro vadovas pateikia Studentui šioje sutartyje nurodytus Duomenis ne vėliau kaip iki 2019 m. balandžio mėn. 1 d.
3. Studentui suteikiama teisė naudoti duomenis Rašto darbo rengimui iki 2019 m. liepos mėn. 1 d. Laiku neparengus Rašto darbo studentui suteikta ribota duomenų panaudojimo teisė

nustoja galioti ir Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti.

4. Suicidologijos tyrimų centro vadovas turi teisę, pranešdamas Studentui šioje sutartyje nurodytu el. paštu, vienašališkai nutraukti šią sutartį, jei Studentas nutraukia studijas, nevykdo šios sutarties sąlygų, pažeidžia akademinę etiką ar tyrimų etiką. Sutarties nutraukimo atveju Studentas privalo gautus Duomenis elektroninėje ir/arba spausdintoje formoje sunaikinti.

V. Atsakomybė

Studentui pažeidus šią sutartį Suicidologijos tyrimų centro vadovas turi teisę kreiptis į Vilniaus universiteto administraciją dėl akademinės etikos pažeidimų ir teisėsaugos institucijas dėl autorių teisių ir kitų teisių pažeidimo ir žalos atlyginimo.

Suicidologijos tyrimų centro vadovas



doc. dr. Paulius Skruibis



**Filosofijos
fakultetas**

VU Suicidologijos tyrimų centras
Universiteto g. 9
Vilnius LT-01513
El. paštas: suicidologija@fsf.vu.lt

Studentas



Kotryna Mikalauskaitė

Čiobiškio g. 7 – 30, Vilnius
El. paštas: kotryna73@gmail.com
Telefonas: 860573342

2 priedas. *Vilniaus universiteto psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas atlikti tyrimą*



VILNIAUS UNIVERSITETO PSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

LEIDIMAS ATLIKTI PSICHOLOGINIŲ TYRIMŲ

2017-05-17 Nr. 12
Vilnius

Tyrimo pavadinimas: Trumpalaikės bandymo nusizudyti intervencijos programos (ASSIP) veiksmingumas
Tyrimo vadovas: Doc. dr. Paulius Skruabis
Tyrimo vieta (įstaigos pavadinimas) ir adresas: Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra, Filosofijos fakultetas, Vilniaus universitetas, Universiteto g. 9-202, Vilnius 01513
Leidimas galioja iki: 2019-03-31

Leidimas suteiktas VU Psichologinių tyrimų etikos komiteto posėdžio sprendimu.

Pirmininkas

Doc. dr. Evaldas Kazlauskas

VU Psichologinių tyrimų etikos komitetas
Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Universiteto g. 9-202, Vilnius 01513
El. paštas: tyrimu.etika@fsf.vu.lt
Tel. +370 5 266 7605



ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra vykdo tyrimą, kurio tikslas yra geriau suprasti, kiek veiksminga psichologinė pagalba, gaunama po bandymo nusižudyti. Šio projekto mokslinis vadovas yra doc. dr. Paulius Skruibis.

Atlikus šį tyrimą būtų galima efektyviau teikti pagalbą ir tobulinti gydymo tarnybų veiklą. Siekiant įgyvendinti šiuos tikslus labai prašome Jūsų aktyviai ir geranoriškai dalyvauti šiame tyrime.

Šio tyrimo metu Jums bus pateikiama keletas klausimynų apie Jūsų emocinę savijautą. Šių klausimynų pildymo trukmė gali būti nuo 20 iki 30 minučių. Praėjus 4 savaitėms po Jūsų patekimo į ligoninę vėl bus prašoma užpildyti klausimynus ir sutartu laiku sudalyvauti interviu.

Mums labai svarbi Jūsų nuomonė bei savijauta, todėl prašome nuoširdžiai atsakyti į pateiktus klausimus. Šiame tyrime užtikrinamas Jūsų atsakymų konfidencialumas. Gauti duomenys bus analizuojami ir pristatomi mokslo darbuose apibendrintai, nesiejant su konkretais asmens atsakymais. Jūs galite atsisakyti dalyvauti tyrime ar pasitraukti iš jo bet kuriuo metu ir tai neturės jokios įtakos Jūsų tolimesniam pagalbos gavimui.

Iš anksto dėkojame už vertingą pagalbą ir bendradarbiavimą šiame tyrime. Jei Jums kilo klausimų ar neaiškumų dėl šio tyrimo eigos, kreipkitės į psichologę Jolantą Latakienę tel.: +370 659 73549 arba el. p. jolanta.latakiene@fsf.vu.lt

Perskaičiau šią informaciją ir supratau tyrimo tikslus. Turėjau galimybę pateikti klausimus ir į juos man buvo suprantamai atsakyta. Pasirašydamas šią formą, aš duodu laisvą sutikimą dalyvauti šiame tyrime.

Dalyvauti tyrime sutinku (*vardas, parašas*) _____ Data _____

Sutinku, kad tyrėjas susisiektų su manimi dėl interviu laiko, tel. nr. _____

Sutinku, kad tyrėjams būtų atskleisti duomenys apie mano diagnozę ir gydymą _____
(*parašas*)

4 priedas. *Transkriptuose rekomenduojami naudoti ženklai.*

| Simbolis | Pavyzdys | Paiškinimas |
|-----------------|--|---|
| [] | [VARDAS]; [MIESTAS] | Laužtiniuose skliaustuose rašomi tikriniai vardai ar pavadinimai pakeisti į bendrinius, vietoj Tomas VARDAS ir t.t |
| (3) | Dalyvis: Taip. (3s.) Nežinau, ką daugiau pridurti. | Skliausteliuose pažymėtas skaičius nurodo sekundėmis pokalbyje trunkančią pauzę. |
| _____ | Dalyvis: tada labai nuliūdau ir pamąsčiau kad tik galėčiau jiems įrodyti | Pabraukimas reiškia, kad vienas žodis ar jo dalis yra labai akcentuojama ar netikėtai pakeliamas balsas. |
| ŽODIS | Dalyvis: tada nutariau DAGIAU NIEKADA TAIP NEBEBUS | Didžiosiomis raidėmis rašoma frazė ar daugiau nei vienas žodis, kuri itin pabrėžiama ar net iššaukiama. |
| .hhh | Aš tai jaučiau .hhh | Tai žymi gilesnį atodūšį ar iškvėpimą. Jei jis trunka ilgiau ar atskleidžia itin reikšmingą situaciją, galima papildomai skliausteliuose pažymėti sekundes. |
| (...) | Ateityje daug neramumų (...) bet ką jau čia | Tušti skliausteliai su tritaškiu viduje žymi transkribuotojo negalėjimą išgirsti, ką sako tyrimo dalyvis ar interviuotojas. |
| (žodis) | Ar matote (toje istorijoje) ką nors teigiamo? | Skliausteliuose pažymėtas žodis mažosiomis raidėmis reiškia, jog transkripcijoje spėjama, kad tai būtent šis žodis, bet nėra aiškiai girdima. |
| Žod- | Nebegaliu daugiau pasa- | Žodžio gale padėtas minuso ženklas reiškia, kad nepabaigus žodžio jis nutraukiamas ir nebesigirdi. |

5 priedas. *Teminėje analizėje išskirtos temos.*

PERSONALO KOMPETENTINGUMAS

Personalo rūpestis, dėmesingumas

- Antros ligoninės personalas sąžiningas, rūpestingas, kelia pasitikėjimą
- Žymūs dabartinės pagalbos skirtumai nuo ankstesnės – rūpestis ir profesionalumas
- Kito ligoninės personalo dėmesys kitiems pacientams
- Pagalba ūmioje palatoje – ramybė, saugumas, dėmesingumas
- Personalo dėmesys, rūpestis
- Psichologės pagalba pirmoje ligoninėje – šypsena
- Slaugytojų profesionali, atidi pagalba
- Į personalą gali kreiptis
- Santykis su personalu buvo draugiškas, dėmesingas, nėra smerkimo
- Ergoterapeutė buvo kompetetinga, dėmesinga, rami
- Gydytojas domėjosi, dirbo profesionaliai, santykis darbinis
- Seselės nuoširdžios, rūpestingos
- Skyriaus vedėja dėmesinga, nuoširdi, rūpestinga, bendravo su šeima
- Dienos stacionaro personalas malonus, dėmesingas
- Pirmoje ligoninėje darbuotojos mielos, malonios
- Poliklinikos personalas nuoširdus, dėmesingas
- Psichiatrė buvo iniciatyvi, operatyvi, dėmesinga
- Antra psichiatrė buvo profesionali, dėmesinga, rūpestinga
- Greitosios pagalbos personalas palaikė
- Gydytoja skyrė laiko konsultacijoms individualiai ir su šeima
- Personalas žmogiškas, kantrus

Personalo profesionalumas

- Budinčios šeimos gydytoja profesionali
- Žymūs dabartinės pagalbos skirtumai nuo ankstesnės – rūpestis ir profesionalumas
- Psichologė kompetetinga
- Slaugytojų profesionali, atidi pagalba
- Grupinės terapijos vedėjas profesionalus, sukontroliuoja grupę
- Ergoterapeutė buvo kompetetinga, dėmesinga, rami
- Gydytojas domėjosi, dirbo profesionaliai, santykis darbinis

- Grupinių užsiėmimų specialistai kompetetingi
- Psichiatrė buvo iniciatyvi, operatyvi, dėmesinga
- Antra psichiatrė buvo profesionali, dėmesinga, rūpestinga
- Psichiatrinės psichologė dirbo gerai, norėjo sužinoti mano būklę, atliko testus

Individualizuota pagalba

- Ūmioje palatoje slaugytojos skatino judėti dėl pragulų
- Socialinės darbuotojos didelės pastangos padėti, individualus požiūris
- Individualizuota pagalba – išleido iš ligoninės išsilaikyti egzaminų
- Išleido iš ligoninės, kad galėčiau pasiimti akademinės atostogas

SANTYKIO SU SPECIALISTAIS REIKŠMĖ

Šiltas santykis su specialistais

- Santykis su psichologe – atviras, papasakojau apie alkoholį, psichologė šilta
- Santykis su psichologe draugiškas, dalykiškas
- Psichiatras dėmesingas, draugiškas, galėjau pasitikėti
- Santykis su grupinių užsiėmimų specialistais šiltas, geras
- Santykis su psichologe normalus, tvarkoj
- Santykis su grupinę terapiją vedusiu specialistu puikus
- Santykis su socialinėmis darbuotojomis buvo šiltas, man patiko bendrauti
- Santykis su greitosios personalu buvo tvarkoje
- Santykis su kita psichologe buvo geras
- Dalis seselių mane mylėjo
- Santykis su socialine darbuotoja geras

Galimybė išsikalbėti, būti išklausytiems specialisto

- Psichologės pagalba antroje ligoninėje – galimybė išsikalbėti; draudimas vartoti alkoholį
- Santykis su psichologe – atviras, papasakojau apie alkoholį, psichologė šilta
- Psichologės pagalba veiksminga dėl bendravimo ir išklausymo
- Ilgainiui pradėjau atsiverti psichologei
- Padeda, kad psichologė klausosi, gilinasi
- Padeda, kad psichologė dalinasi komentarais, alternatyvomis
- Psichologo pagalba padėjo bendravimas, atsiskleidimas
- Su psichologe galėjau būti atvira, buvau be įtampos

- Santykis su socialinėmis darbuotojomis buvo šiltas, man patiko bendrauti
- Antra psichologė buvo miela, nuoširdi, įsigilino į problemas, pateikė įžvalgų

BENDRAVIMO, BENDRUOMENIŠKUMO SVARBA GYDYMOSI PROCESĖ

- Ligoninėje turėjau draugę, kuri suteikdavo išskirtinumo jausmą, klausė kūrybos
- Ligoninės užsiėmimais buvo lankomi su drauge
- Padėjo laisvė, vaikščiojimas, bendravimas
- Svarbu buvo bendruomeniškumo jausmas ligoninėje
- Su palatos drauge atsisakėme keisti palatas
- Ūmioje palatoje patiko ramybė, bendravimas su pacientais
- Klube nesilankiau, vėliau reiks, nes bus naudinga
- Grupinėje terapijoje išmokau atsiverti, radau su kuo pasidalinti, jaučiau mažiau nerimo
- Grupiniai užsiėmimai padeda nesijausti vienišam
- Grupinė terapija padėjo, nes gavau kitų palaikymą, galėjau išsipasakoti
- Bendravimo grupė padėjo bendravimas su kitais
- Dienos stacionare patinka bendruomeniškumas
- Dienos stacionare gydymas aktyvus, orientuotas į problemų sprendimą, darbė grupėse
- Svarbu buvo bendruomeniškumas, bendravimas

LIGONINĖS SAUGIOS, RAMIOS, TVARAKINGOS APLINKOS SVARBA

Saugi, rami aplinka ligoninėje

- Ligoninėje dirbau, daug parašiau, jaučiausi saugiai ir ramiai
- Pagalba ūmioje palatoje – ramybė, saugumas, dėmesingumas
- Nepadėjo palatoje buvusi energinga pacientė
- Ligoninės atmosfera buvo gera, draugiška, yra laisvės
- Ligoninėje padeda atsijungimas nuo pasaulio

Ligoninės tvarkos ir taisyklių reikšmė

- Ligoninėje yra tvarka, kurios laikosi visi
- Palatos tvarkingumas
- Ligoninėje duodamo maisto teigiamas vertinimas
- Ligoninėje buvo galimybė išeiti į lauką
- Man padėjo gulėjimas ligoninėje
- Ligoninėje padėjo ėjimas į lauką

- Ligoninėje darydavau mankštą, jos blaškėdavo mintis
- Ligoninėje vyksta įvairios veiklos, yra tvarka
- Ligoninės maistas neatitinka reikalavimų
- Ligoninės tvarka varžo
- Ligoninėje per daug laiko skiriama miegui
- Ligoninėje trūko higienos, medicininių, kitų priemonių

PERSONALO ABEJINGUMAS, NEJAUTRUMAS, NEPAKANKAMA PRIEŽIŪRA

Nepakankama priežiūra (neišsami priežiūra, nepakankamai specialistų)

- Pagalba pirmoje ligoninėje - negavau pagalbos dėl balso
- Ligoninėje nesigilino į mano problemas, gydė tik vaistais, vegetavau
- Man reikėjo aktyvesnės pagalbos, galėjo iš karto siųsti į stacionarą
- Pirmoje ligoninėje nebuvo dirbančio psichiatro
- Mažiausiai padėjo poliklinika, neturėjau su kuo pasikonsultuoti
- Buvo mažai psichologo pagalbos
- Gydytoja suteikė informacijos, bet ne psichologinę pagalbą
- Nebuvo paskirta psichologo konsultacijų
- Man trūko psichologinės pagalbos
- Psichiatrinėje trūko psichologinės pagalbos
- Ligoninėje trūko psichologinių konsultacijų
- Ligoninėje tik vaistus skyrė
- Pavaduojanti socialinė darbuotoja nieko nedarė

Abejingas personalo požiūris

- Pirmos chirurgės abejingumas, nesiėmė veiksmų
- Psichiatrės veiksmai konsultacijoje – išrašė vaistus; nesigilino į bandymo nusižudyti aplinkybes ir į dabartinę būseną
- Santykis su antros ligoninės personalu - pro mane praeidavo, nes aš gulėdavau rami, nieko neklausdavo
- Santykis su psichiatre – nėra pasitikėjimo; gydytoja šalta, nerodo išskirtinumo; nesinorėjo pasakoti
- Šeimos gydytoja neskyrė dėmesio, neklausė apie savijautą
- Šeimos gydytojos elgesys – nesigilinimas, dėmesio neskyrimas.
- Trūko, kad psichiatrė pastebėtų mano išskirtinumą

- Ligoninėje nesigilino į mano problemas, gydė tik vaistais, vegetavau
- Psichologė buvo pasyvi, nepaaiškino užduočių
- Gydytojai buvo griežti, neskyrė papildomo dėmesio
- Daktarai neatsižvelgė į mano būklę
- Gydytoja nerodė rūpesčio, palaikymo

Neprofesionalus personalo elgesys

- Skyriaus vedėjas nejautriai pakomentavo
- Gydančios gydytojos komentarai šokiravo, atsisakyčiau pagalbos
- Ligoninės psichologė buvo grubi, nesupratinga
- Kai kurios seselės buvo žiaurios, keikėsi, slėgė
- Vedėjas nežmoniškas, griežtas, keliantis baimę
- Buvo nemalonaus personalo

MEDIKAMENTINĖ PAGALBOS REIŠMĖ GYDYMOSI PROCESĖ

Paskirtų vaistų šalutinis poveikis

- Gydytojas paskyrė netinkamus vaistus, kurie labia slopino, nuo kurių norėjau nusižudyti
- Dėl netikusių vaistų vėl atsiguliau į ligoninę
- Buvo vaistų šalutinis poveikis
- Medikamentinė pagalba ir jų šalutinis poveikis
- Pati sau normavau vaistus, dėl stipraus šalutinio poveikio
- Buvo vaistų šalutinis poveikis
- Buvo vaistų šalutinis poveikis

Teigiamas medikamentinės pagalbos, vaistų poveikio vertinimas

- Vaistų pagalba – nebuvo šalutinio poveikio; padėjo – jaučiausi pusiausvyroje
- Patiko budinčios šeimos gydytojos konkreti medikamentinė pagalba
- Gauti vaistai padėjo, ramino, neužplaukė debesėliai
- Gydytojas pakeitė vaistus į tinkamus, nuo kurių pagerėjo
- Vaistai padėjo
- Išrašyti vaistai padėjo

PO GAUTOS PAGALBOS PASIKEITĖS POŽIŪRIS IR ELGESYS

- Pasikeitęs požiūris, gyvenimo būdas [alkoholis ir draugai]

- Asmeniniai pokyčiai po suteiktos pagalbos - tapau atviresnis, artimiau bendrauju su kitais žmonėmis
- Pagalba padeda grįžti į pradinę emocinę ir mąstymo būseną
- Dabartiniai santykiai su šeima pagerėjo
- Po suteiktos pagalbos tapau atviresnė, priimu daugiau pagalbos
- Galvojau, kad gydytojos pasiūlymai nesąmonė, bet požiūris pasikeitė
- Dabartiniai santykiai su šeima pagerėjo
- Po gautos pagalbos galiu spręsti savo problemas
- Po ligoninės man vėl kilo noras žudyti, nebegalėjau kontroliuoti emocijų, nebemoku bendrauti
- Bandžiusiems nusižudyti reikia padėti, tai išgydoma, pagalba yra
- Dabar skiriamas laikas knygos rašymui, artimųjų ir namų priežiūrai
- Po suteiktos pagalbos pagerėjo psichologinė būklė

PAGALBOS VERTINIMAS, PAGALBOS TĘSTINUMO, KOMPLEKSIŠKUMO SVARBA

Gauta pagalba išgelbėjo gyvybę, operatyvi, pagalboje nieko netrūksta

- Visi pagalbos komponentai padėjo
- Pagalba labai veiksminga; nieko netrūksta
- Pagalba pirmoje ligoninėje, jos vertinimas – išgelbėjo gyvybę; viskas patiko
- Pagalbos antroje ligoninėje profesionali, labiausiai padėjo iš visos pagalbos
- Visos pagalbos teigiamas vertinimas, nėra ką keisti
- Pagalboje nieko keisti nereikia
- Visa pagalba buvo operatyvi, gera
- Pirmoje ligoninėje pagalba buvo profesionali, padarė ką turėjo
- Gautos pagalbos manęs čia jau nebūtų
- Labiausiai padėjo psichiatrinėje ligoninėje
- Greitojoji pagalba padėjo
- Be greitosios pagalbos manęs čia nebūtų

Suteikiama pagalba turi būti tęstinė

- Padeda ilgesnis gydymas, nedarbingumas, tęstinumas
- Padeda pagalbos tęstinumas
- Trūksta pagalbos tęstinumo
- Man reikės ilgalaikės pagalbos
- Reikia tęstinės psichologinės pagalbos

Suteikiama pagalba turi būti kompleksinė, įtraukti šeimą

- Buvusi kompleksinė pagalba labai padėjo
- Pagalba turi būti kompleksinė
- Santykiai su šeima svarbu sveikimo procese, reikia dirbti ir su šeima
- Tik vaistai prie nieko gero nepriveda
- Skyriaus vedėja dėmesinga, nuoširdi, rūpestinga, bendravo su šeima
- Pagalba turi įtraukti ir artimuosius
- Man svarbiausia buvo artimųjų pagalba
- Padėjo šeimos palaikymas
- Santykiai su šeima svarbu sveikimo procese, reikia dirbti ir su šeima
- Be šeimos būčiau palūžusi
- Mane palaikė šeima
- Padėjo visas gydymo kompleksas
- Padėjo artimųjų palaikymas

DABARTINIAI PAGALBOS POREIKIAI

Dabar reikalinga tolimesnė psichologinė pagalba

- Dabar labiausiai reikalinga psichoterapija
- Tęsiu psichologinę pagalbą
- Šiuo metu turiu reikalingą pagalbą
- Labiausiai padės psichologinė pagalba stacionare
- Dabar privačiai einu pas psichologę
- Džiaugiuosi, kad yra galimybė nueiti pas budintį psichologą

Pagalbos neprieinamumas

- Nebegaliu tęsti konsultacijų dėl sveikatos problemų, pinigų stokos
- Dėl pagalbos reikėjo persikraustyti į kitą miestą, tai sukėlė nerimą, išlaidas
- Į dienos centrą nevaikščiosiu – sunku nuvykti, nesugebu užsiimti kitkuo nei rašymu
- Į dienos centro, klubo užsiėmimus sunku nuvykti, užsiėmimai per anksti
- Sesė apmokės tolimesnę pagalbą
- Pagalba neturtingiems ir iš mažų miestelių neprieinama

SAVIKLIOVA

Sunkumai priimant pagalbą

- Seniau buvo sunku atsiverti, niekas neįtarė, kad man sunku
- Atsisakiau pagalbos, nenorėjau nieko veikti, buvau užsisklendusi
- Norėjo būti palikta ramybėje, sunku priimti pagalbą
- Mėgstu būti vienas ir spręsti problemas pats
- Sunku kalbėti apie sunkumus, sprendžiu pats
- Buvo sunku kalbėti apie savo sunkumus

Savigyda

- Aš pati sau padedu
- Iš pradžių gydžiausi koją savo nuožiūra
- Aš esu blogas ligonis, neklausau nurodymų, sūnus dėl to pyksta
- Pati sau normavau vaistus
- Savavališkas vaistų keitimas