

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicina

Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika

Aistis Ščerbavičius, VI kursas, 16 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Savižudybių prevencijos modeliai ir galimybės Vilniaus mieste

Models and Possibilities of Suicide Prevention in the City of Vilnius

Darbo vadovas

prof. dr. Alvydas Navickas

Klinikos vadovas

prof. dr. Sigita Lesinskiene

Vilnius, 2025

Studento elektroninio pašto adresas: aistis.scerbavicius@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRUMPOS	3
SĄVOKOS.....	3
SANTRAUKA.....	4
SUMMARY	5
1. ĮVADAS.....	6
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	7
2.1 Literatūros paieškos strategija.	7
2.2 Savižudybių epidemiologija pasaulyje ir Lietuvoje.	8
2.3 Pagrindiniai savižudybių rizikos veiksniai ir priežastys.	9
2.4 Savižudybių prevencija ir jos modeliai.	11
2.5 Savižudybių prevencijos praktika Lietuvoje ir Vilniuje.	15
2.6 Tyrimų spragos ir darbo poreikis.	19
3. METODAI.....	19
4. TYRIMO REZULTATAI.....	23
4.1 Pirminio interviu rezultatai.	23
4.2 Pakartotinio interviu rezultatai.	27
5. APTARIMAS	31
5.1 Tyrimo metu išryškėjusios problemos.	31
5.2 Savižudybių prevencijos galimybės Vilniaus mieste.....	35
5.3 Tyrimo trūkumai, privalumai ir galimos ateities tyrimų kryptys.....	36
6. IŠVADOS	37
7. REKOMENDACIJOS	38
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	39
PRIEDAI	46

SANTRUMPOS

VmPSC – Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras.

PAASPI – pirminė ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

PSC – psichikos sveikatos centras.

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija.

TLK-10-AM - Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas leidimas, Australijos modifikacija.

CAMS - *Collaborative Assessment and Management of Suicidality*.

SĄVOKOS

Savižudiškos mintys – mintys, idėjos, fantazijos, impulsai, reiškiantys, kad asmuo svarsto apie savižudybę, bet ketinimo žudytis nėra (1).

Savižudybės grėsmė – situacija, kai dėl esamos asmens būklės išsakomos arba numanomos savižudiškos mintys, yra ketinimas žudytis, galimas ar patvirtintas tyčinis žalojimasis (1).

SANTRAUKA

Lietuvoje savižudybių rodikliai išlieka vieni didžiausių Europoje, todėl savižudybių prevencija yra itin aktuali visuomenės problema. Vilniaus mieste, nepaisant gerėjančių savižudybių rodiklių ir egzistuojančios savižudybių prevencijos strategijos, nėra atlikta išsamių esamų modelio efektyvumo tyrimų ir vertinimų. Atsižvelgiant į tai, būtina įvertinti taikomus savižudybių prevencijos modelius. Esamų modelių tyrimai ir vertinimas padėtų efektyviau juos tobulinti ir pritaikyti Vilniaus mieste.

Tyrimo tikslas. Išanalizuoti ir įvertinti Vilniaus mieste taikomus savižudybių prevencijos modelius, nustatyti jų trūkumus ir parengti rekomendacijas šių modelių tobulinimui.

Tyrimo uždaviniai. (1) Įvertinti Vilniaus mieste taikomus savižudybių prevencijos modelius ir jų teorinį pagrindimą. (2) Įvertinti, kaip šie modeliai yra įgyvendinami Vilniaus mieste. (3) Nustatyti, ar savižudybės grėsmę patiriantys asmenys gauna tinkamą pagalbą, kaip ją vertina ir su kokiomis problemomis susiduria savižudybių prevencijos sistemoje. (4) Parengti rekomendacijas dėl savižudybių prevencijos tobulinimo galimybių Vilniaus mieste.

Tyrimo metodai. Atliktas mišraus dizaino tyrimas, naudojant pusiau struktūrizuoto interviu metodą. Tyrimas susidėjo iš dviejų dalių – pirminio interviu su savižudybės grėsmę patyrusiais asmenimis psichikos sveikatos centre ir pakartotinio interviu telefonu po 14 dienų. Pirminiame interviu dalyvavo 18 asmenų, pakartotiniame – 15.

Rezultatai. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad nors dauguma respondentų po savižudybės grėsmės gautą pagalbą įvertino kaip efektyvią, išryškėjo keletas esminių trūkumų – informuotumo apie pagalbos galimybes stoka, psichikos sveikatos stigma, ilgos eilės sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrimo metu taip pat nustatyta, kad Vilniaus mieste nėra užtikrinamas gydymo proceso tęstinumas – 14 iš 15 pakartotiniame interviu dalyvavusių respondentų nebuvo pasiūlyta tęstinė pagalba po patirtos savižudybės grėsmės.

Išvados. Tyrimo metu nustatyta, kad Vilniaus mieste taikomos savižudybių prevencijos priemonės atitinka tarptautines rekomendacijas, tačiau jų įgyvendinimas išlieka nevisapusiškas. Nėra užtikrinama tęstinė pagalba ir stokojama visuomenės informuotumo bei psichikos sveikatos raštingumo didinimo. Remiantis gautais rezultatais, suformuluotos rekomendacijos, orientuotos į sisteminių savižudybių prevencijos tobulinimą Vilniaus mieste.

Raktažodžiai: savižudybė, savižudybių prevencija, psichikos sveikata, suicidologija, Vilnius.

SUMMARY

Suicide rates in Lithuania remain among the highest in Europe, making suicide prevention an especially pressing public health issue. In Vilnius, despite improving suicide rates and the existence of a suicide prevention strategy, no evaluation studies of the strategy have been conducted. Therefore, it is necessary to assess the effectiveness of existing suicide prevention models and the possibilities for improving them.

Research aim. To analyze and evaluate the suicide prevention models implemented in Vilnius, identify their shortcomings, and develop recommendations for improving these models.

Research objectives. (1) To assess the suicide prevention models applied in Vilnius and their theoretical basis. (2) To assess the practical implementation of these models in Vilnius. (3) To determine whether individuals experiencing suicide risk receive appropriate support, how they evaluate it, and what issues they encounter in the suicide prevention system. (4) To prepare recommendations for improving suicide prevention in Vilnius.

Methods. A mixed design study was conducted, using semi-structured interviews. The study consisted of two parts: initial interviews with individuals who had experienced suicide risk at a mental health center and follow-up telephone interviews fourteen days later. Eighteen respondents participated in the initial interviews, and fifteen participated in the follow-up interview.

Results. The results of the study revealed that although most participants rated the help they received after experiencing suicide risk as effective, several key limitations emerged: a lack of awareness about possible help, stigma related to mental health, and long waiting times in the healthcare system. The study also found that treatment continuity was not ensured in Vilnius: fourteen out of fifteen follow-up interview participants reported no follow-up contact from their primary healthcare institution as mandated by regulations.

Conclusions. The study concluded that although suicide prevention measures implemented in Vilnius align with international recommendations, their application remains fragmented, with a lack of follow-up support and a lack of public awareness and mental health literacy. Based on the findings, recommendations were formulated, focusing on the systematic improvement of suicide prevention in Vilnius.

Keywords: suicide, suicide prevention, mental health, suicidology, Vilnius.

1. ĮVADAS

Savižudybės yra didelė visuomenės sveikatos problema pasaulyje – kas metus nusižudo daugiau nei 700 tūkstančių žmonių ir savižudybė yra viena pagrindinių prarastų potencialių gyvenimo metų priežasčių (2,3). Savižudybių rodikliai tiek pasauliniu, tiek Lietuvos mastu mažėja jau kurį laiką, tačiau Lietuva vis dar išlieka tarp pagal savižudybių dažnį pirmaujančių šalių (4,5).

Savižudybių problemos kompleksiskumas reikalauja daugiapakopio požiūrio į savižudybių prevenciją. Tyrimai rodo, kad pavienės intervencijos negali reikšmingai sumažinti savižudybių skaičiaus – reikalingas daugiapakopio savižudybių prevencijos modelio taikymas, apimantis tiek klinikinės, tiek visuomeninės problemas (6–8). Pagrindiniai šių modelių komponentai apima prieigos prie savižudybės priemonių ribojimą, savalaikį savižudybės rizikos atpažinimą ir valdymą, visuomenės psichikos sveikatos švietimą, specialistų mokymus ir atsakingą informavimą žiniasklaidoje (2,9). Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) rekomenduoja keturis esminius savižudybių prevencijos elementus – apriboti galimybes įvykdyti savižudybę, skatinti atsakingą informavimą žiniasklaidoje, ugdyti jaunų žmonių socialinius ir emocinius įgūdžius bei anksti atpažinti ir įvertinti savižudybės grėsmę, užtikrinti tinkamą grėsmės valdymą ir tęstinę pagalbą (2). Šios intervencijos turi būti grindžiamos šešiais svarbiausiais principais: išsamia šalies savižudybių problemos analize, tarpsektoriniu bendradarbiavimu, informacijos sklaida ir sąmoningumo didinimu, kompetencijos ir galimybių kėlimu, tinkamu finansavimu bei nuolatiniu stebėjimu ir vertinimu. Daugelis tyrimų patvirtina, kad vienu metu įgyvendinant savižudybių prevencijos priemones visuose prevencijos lygmenyse, galima pasiekti reikšmingą savižudybių skaičiaus mažėjimą (9–11). Tai parodo, kad efektyviai savižudybių prevencijai vykdyti, būtinas visapusiškas modelis.

Lietuvoje pastaraisiais metais yra imtasi veiksmų tokį modelį kurti. Nuo 2018 metų įteisinta tvarka, reglamentuojanti pagalbos tiekimą savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims, užtikrinant tiek savalaikę pagalbą, tiek tęstinį gydymą (1). Lietuvoje taip pat galioja nacionalinė savižudybių prevencijos veiksmų programa, o Vilniaus miesto savivaldybė yra sudariusi savižudybių prevencijos strategiją (12,13). Vilniaus miestas buvo pirmoji savivaldybė Lietuvoje, tokį planą sudariusi dar 2016 metais, kurio strategijos tikslas – sumažinti savižudybių skaičių, pasitelkiant įvairių institucijų bendradarbiavimą ir kompleksinių intervencijų įgyvendinimą. Strategijoje numatytos įvairios priemonės kaip tą tikslą įgyvendinti – nuo emocinės pagalbos nusižudžiusiųjų artimiesiems, iki specialistų apmokymų taikyti naujausias ir efektyviausias intervencijas. Šių priemonių įgyvendinimas galimai susijęs su tuo, kad Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių rodiklis 2022 metais pasiekė 9.91 atvejus 100 tūkstančių

gyventojų per metus, įgyvendinant dar 2016 metais užsibrėžtą tikslą Vilniaus mieste pasiekti žemesnį nei 10 savižudybių atvejų 100 tūkst. gyventojų (13,14).

Vis dėlto, savižudybių prevencijoje išlieka problemų: tyrimai Lietuvoje rodo, kad lietuviai yra mažai linkę ieškoti pagalbos, visuomenėje yra nusistovėjusios stigos psichikos sveikatos srityje (15). Apart valstybės institucijų ataskaitų, Lietuvoje nėra atlikta pakankamai tyrimų savižudybių prevencijos srityje, todėl labai svarbu įvertinti, kaip Vilniaus mieste veikiančios prevencijos modeliai veikia praktiškai, kur kyla problemos, ir kaip juos būtų galima tobulinti.

Tyrimo tikslas. Išanalizuoti bei įvertinti Vilniaus mieste taikomus savižudybių prevencijos modelius, siekiant nustatyti esamas problemas ir parengti rekomendacijas šių modelių tobulinimui.

Tyrimo uždaviniai.

1. Įvertinti Vilniaus mieste taikomus savižudybių prevencijos modelius ir jų teorinį pagrindimą remiantis aktualia mokslinė literatūra bei tarptautinėmis gerosiomis praktikomis.
2. Įvertinti, kaip šie modeliai yra įgyvendinami Vilniaus mieste, atsižvelgiant į Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių prevencijos strategiją ir priemones.
3. Nustatyti, ar savižudybės grėsmę patiriantys asmenys gauna tinkamą pagalbą, kaip ją vertina ir su kokiomis problemomis susiduria savižudybių prevencijos sistemoje.
4. Parengti rekomendacijas dėl savižudybių prevencijos tobulinimo galimybių Vilniaus mieste, atsižvelgiant į tyrimo metu nustatytus trūkumus ir mokslinės literatūros apžvalgą.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1 Literatūros paieškos strategija.

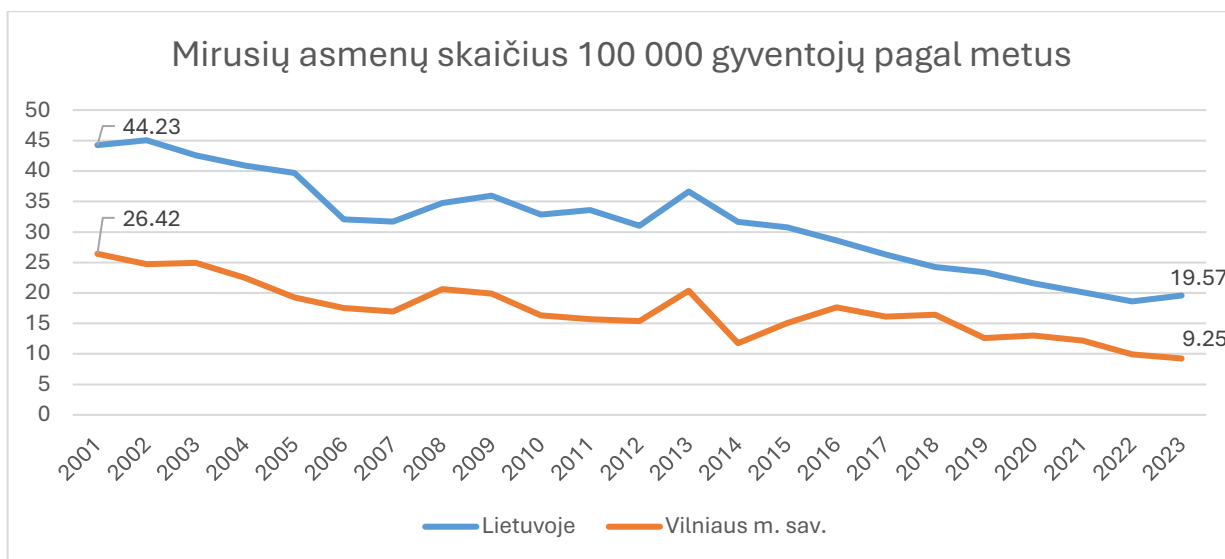
Literatūros paieška atlikta siekiant surinkti aktualiausią informaciją apie savižudybės prevencijos modelius, jų taikymo efektyvumą ir jam įtaką darančius veiksnius. Naudota mokslinių duomenų bazėse „PubMed“, „ScienceDirect“, „PsycINFO“ prieinama literatūra, taip pat „Google Scholar“ paieškos sistema. Literatūros paieška taip pat buvo vykdoma Vilniaus universiteto bibliotekos duomenų bazėje. Paieškai nebuvo ribojami publikavimo metai, šaltiniai buvo įtraukiami lietuvių ir anglų kalba. Papildomai naudotos PSO skelbiamos ataskaitos, Higienos instituto, Oficialiosios statistikos portalo, Eurostat duomenų bazės ir ataskaitos, Vilniaus miesto savivaldybės bei Sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktai. Šaltiniai buvo atrenkami pagal jų aktualumą nagrinėjamai temai.

Paieškai naudoti šie raktažodžiai ir įvairios jų kombinacijos: savižudybės prevencija (angl. *suicide prevention*), savižudybė (angl. *suicide*), savižudiškas elgesys (angl. *suicidal behaviour*), mintys apie savižudybę (angl. *suicidal ideation*), psichikos sveikata (angl. *mental health*), prevenciniai modeliai (angl. *prevention models*). Prie raktažodžių taip pat buvo pridedami papildomi raktažodžiai (naudojant „AND“, „OR“ paieškos terminus): efektyvumas (angl. *efficiency*), Vilnius, Lietuva (angl. *Lithuania*), informuotumas (angl. *awareness*), stigmatizacija (angl. *stigma*), intervencija (angl. *intervention*).

2.2 Savižudybių epidemiologija pasaulyje ir Lietuvoje.

Savižudybės yra rimta visuomenės sveikatos problema, reikalaujanti skubaus ir efektyvaus daugiapakopio atsako. Remiantis PSO duomenimis, daugiau nei 700 000 žmonių pasaulyje kiekvienais metais nusižudo, ir tai yra ketvirta mirties priežastis pagal dažnumą 15-29 metų amžiaus grupėje, o standartizuotas mirtingumo rodiklis sudaro 9 atvejus 100 tūkst. gyventojų ir vyrų savižudybių rodikliai yra daugiau nei dvigubai didesni už moterų (16). Nepaisant to, kad pasauliniai savižudybių problemos masto rodikliai 2000 - 2019 metais sumažėjo 36 procentais, savižudybės išlieka viena iš pagrindinių prarastų potencialių gyvenimo metų (angl. YLL – *years of life lost*) priežasčių (3,16).

Tarp didžiausių savižudybių dažnį turinčių regionų neretai minima Pietryčių Azija, Europa, bei Afrika (16,17). *Eurostat* duomenimis, Europos Sąjungoje, savižudybių rodiklių vidurkis 2022 metais siekė 10.58 atvejų 100 tūkst. gyventojų, vyrų savižudybių rodiklis (17.22) buvo daugiau nei 3 su puse karto didesnis nei moterų (4.77) (5). Higienos instituto duomenimis, Lietuvoje savižudybių rodiklis tais pačiais metais buvo beveik dvigubai didesnis – 18.61 atvejų 100 tūkst. gyventojų (14). Nepaisant gerėjančios situacijos, Lietuvos savižudybių rodiklis jau ilgą laiką išlieka vienas aukščiausių Europos Sąjungoje. Vilniaus miesto savivaldybėje situacija yra kiek geresnė: 2022 metais savižudybių rodiklis pasiekė 9.91 atvejus 100 tūkst. gyventojų ir pirmą kartą nusileido žemiau Europos Sąjungos šalių vidurkio (5,14). Parengti pagal Higienos instituto duomenis, savižudybių rodiklio pokyčiai Lietuvoje ir Vilniaus miesto savivaldybėje 2001-2023 metais yra pateikiami 1 pav., o išsami savižudybės rodiklių lentelė yra pateikiama 1 priede.



1 pav. Mirusių asmenų skaičiaus 100 000 gyventojų per metus pokyčiai Vilniuje ir Lietuvoje 2001-2023 metais.

Reikėtų paminėti, kad sąlyginai gerėjanti savižudybių situacija Lietuvoje galimai yra iškreipta egzistuojančių trūkumų savižudybių registravimo procese (18). Valstybinio psichikos sveikatos centro parengtame projekte teigiama, kad dalis mirčių, kurios galėtų būti priskirtos savižudybėms, arba tikėtinoms savižudybėms, patenka į nepatikslintų mirties priežasčių kategorijas, kurios, mažėjant savižudybių skaičiui registre – auga. Mirčių dėl įvykių, kai ketinimas nepatikslintas (Y10-Y34 kodai pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtą leidimą, Australijos modifikaciją, toliau - TLK-10-AM) rekomenduojamas rodiklis Europos Sąjungoje yra 2 atvejai 100 tūkst. gyventojų ir ne daugiau kaip 20 procentų savižudybių, Lietuvoje 2023 metais jis buvo net 6.76 atvejai 100 tūkst. gyventojų (14,19). Tokie skaičiai gali ryškiai iškreipti realią savižudybių situaciją ir apsunkinti savižudybių prevencinių programų efektyvumo vertinimą (20). Informacijos dalinimasis tarp tyrėjų bei teismo medicinos ekspertų, psichologinės autopsijos įtraukimas į tyrimo procesą, bei savižudybių registro įsteigimas, apimantis ir tikėtinas savižudybes, galėtų leisti tiksliau vertinti savižudybių mastą ir veiksmingiau planuoti prevencines priemones (18).

2.3 Pagrindiniai savižudybių rizikos veiksniai ir priežastys.

Savižudybė yra sudėtingas ir daugiakomponentis reiškinys, kurio rizikos veiksniai yra įvairūs ir neretai tarpusavyje susiję, apimantys socialinius, psichologinius ir biologinius aspektus (21). Literatūroje pabrėžiama, kad savižudybių rizikos vertinime svarbus biopsichosocialinis požiūris, leidžiantis suprasti savižudybes kaip kompleksinį ir dinaminį procesą, kurį sudaro įvairūs rizikos veiksniai (21).

Psichologiniai veiksniai paprastai yra laikomi vienais svarbiausių savižudybės rizikos veiksnių. Depresija, bejėgiškumo jausmas, sutrikusi reakcija į stresines situacijas ir psichologinis skausmas koreliuoja su savižudiškomis mintimis ir savižudybės grėsme (22). Buvusi savižala ir bandymai nusižudyti, taip pat rodo daug didesnę savižudybės riziką – iki 40 % nusižudžiusių asmenų tai yra mėginę daryti anksčiau (17). Psichologinių savižudybės teorijų yra daug, tačiau vienos naujesnių – Trijų žingsnių teorijos (angl. *Three-Step Theory*) tyrimai rodo, kad savižudiškos mintys pereina į veiksmus dėl emocinio skausmo ir beviltiškumo, stokojant pagrindinio apsaugančio veiksnio – socialinių ryšių su aplinkiniais (22). Savižudiško elgesio integruotas motyvacinis – voliucinis modelis (angl. *Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour*) savižudybės procesą išskiria į tris etapus: pirmasis, premotyvacinis etapas susideda iš genetinių veiksnių, aplinkos ir provokuojančių įvykių, antrąjį, motyvacinį, sudaro savižudiškų minčių išsivystymas dėl pažeminimo (angl. *humiliation*), pralaimėjimo (angl. *defeat*) ir įkalinimo (angl. *entrapment*) jausmų, kuriuos moderuoja tokie veiksniai kaip problemų sprendimo gebėjimai, socialinis palaikymas, naštos jausmas, ir trečio etapo – voliucijos, kai nuo savižudiškų minčių yra pereinama prie veiksmų, šį etapą moderuoja tokie veiksniai kaip impulsyvumas, prieiga prie savižudybės priemonių, buvusi savižala ar savižudybės aplinkoje (23). Šis modelis išskiria konkrečius veiksmus, susijusius su savižudiško proceso progresu nuo minčių iki elgesio, taip parodydamas aiškiai atskirtį ir padedantis tiksliai identifikuoti rizikos lygį skirtinguose etapuose.

Socialiniai veiksniai taip pat yra glaudžiai susiję su savižudybės rizika. Socialinė atskirtis, vienišumas, priklausomybės, prastos gyvenimo sąlygos, nedarbas bei finansiniai sunkumai yra svarbūs savižudybės rizikos veiksniai (24,25). Nustatyta, kad per pirmus penkis nedarbo metus savižudybės rizika išauga daugiau nei 2.5 karto ir išlieka pakilusi net ir po daugiau nei 10 metų nedarbo (25). Lietuvos kontekste ypatingai svarbu atsižvelgti į kaimų ir miestų skirtumus, nes savižudybių dažnis tarp šių regionų skiriasi beveik 2 kartus – atitinkamai 2023 metais kaimuose savižudybių rodiklis buvo 28.62 atvejų 100 tūkst. gyventojų, o miestuose - 15.41 atvejų 100 tūkst. gyventojų (14). Kaimiškuose regionuose vyraujantis aukštas savižudybių rodiklis yra siejamas su didesne atskirtimi, mažesniu išsilavinimu, prastesne ekonomine situacija, mažesniu sveikatos paslaugų prieinamumu, didesniu smurto dažniu ir piktnaudžiavimu alkoholiu (26,27).

Biologiniai veiksniai apima genetinę predispoziciją, neurologinius ir biocheminius pokyčius smegenyse. Genetiniai tyrimai rodo didesnę savižudybės riziką šeimose, kuriose yra diagnozuotų psichikos sutrikimų ar buvusių savižudybės bandymų, tačiau pabrėžiama, kad genetinių rodiklių vaidmuo yra susijęs su sudėtinga aplinkos ir genetinių veiksnių sąveika (21,28). Tačiau, 2016 metais atliktos metaanalizės metu nustatyta, kad iš biologinių veiksnių, kurie yra laikomi susijusiais su

savižudybės rizika, pašalinus publikacijų šališkumą, statistiškai reikšmingais išlieka tik uždegiminiai procesai, pasireiškiantys padidėjusiu citokinų kiekiu organizme, bei žemas žuvų taukuose randamų maistinių medžiagų kiekis (29). Metaanalizėje, taip pat pabrėžiama, kad serotonino apykaitos sutrikimai, kurie yra laikomi svarbiu biologiniu savižudybių rizikos veiksniu, po publikacijų šališkumo korekcijos, nebuvo tokie reikšmingi kaip anksčiau manyta.

Aprašyti trys savižudybių rizikos veiksniai tarpusavyje sąveikaudami prisideda prie savižudybės rizikos atsiradimo ir savižudiško elgesio pasireiškimo. Lietuvos kontekste ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas socialinių – kultūrinių veiksnių specifikai. Lietuvoje atliktas kokybinis tyrimas parodė, kad nemažai daliai žmonių svarbi vyraujanti stigma, pasireiškianti vengimu ieškoti pagalbos (15). Bandę žudyti žmonės Lietuvoje vengė pagalbos dėl baimės pasirodyti silpnais, jaučiamo diskomforto dalinantis asmeninėmis problemomis, noro išlikt savarankiškais bei nepasitikėjimo psichiatrinių paslaugų prieinamumu ir efektyvumu. Tokios nuostatos ne tik mažina psichologinės pagalbos prieinamumą, bet ir didina savižudybių grėsmės atsiradimo riziką. Lietuvoje, kur savižudybių rodikliai yra vieni didžiausių Europoje yra ypatingai svarbu atsižvelgti į specifinius kultūrinius aspektus, siekiant sudaryti ir įgyvendinti efektyvias savižudybių prevencijos programas.

2.4 Savižudybių prevencija ir jos modeliai.

Savižudybių prevencija apima daugybę strategijų, kurios, dažniausiai, skirstomos į tris pagrindinius lygmenis: pirminę, antrinę ir tretinę (30). PSO pabrėžia, kad savižudybių prevencija turi būti vykdoma visuose lygmenyse ir būti pagrįsta įrodymais bei pritaikyta šalies kultūriniam ir socialiniam kontekstui (2). Savižudybių prevencija jau ne vieną dešimtmetį išlieka svarbiu sveikatos mokslų tyrimų objektu, o duomenys rodo, kad savižudybės grėsmės riziką lemia daug įvairiapusių biologinių, psichosocialinių ir aplinkos veiksnių, todėl prevencinės programos turi būti kompleksinės, sudaromos atsižvelgiant į šių veiksnių įvairovę (6,31,32). Daugiapakopiai prevencijos modeliai, tokie kaip „Zero Suicide“, OSPI – Europe (*Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe*) ar „LifeSpan“ yra gerokai efektyvesni savižudybių prevencijoje nei pavienės intervencijos (9,33,34).

Pirminė prevencija. Pirminė savižudybių prevencija yra orientuota į bendrą populiaciją ar rizikos grupes, siekiant sumažinti savižudybių riziką dar iki savižudiškų minčių ar grėsmės atsiradimo (30). Ši prevencija apima, bet neapsiriboja, visuomenės švietimu apie psichikos sveikatą, psichosocialinių įgūdžių ugdymu, prieigos prie savižudybės priemonių ribojimu (2,30,31). Programos, skirtos pagerinti paauglių psichikos sveikatos raštingumą, reikšmingai sumažina savižudybės bandymų dažnį ateityje (35,36). Taip pat įrodyta, kad ribojant prieigą prie savižudybės priemonių – šaunamųjų

ginklų, pesticidų ar įrengiant fizinius barjerus ant tiltų ar kitų nušokimo vietų, yra reikšmingai sumažinamas savižudybių dažnis (11,32).

Antrinė prevencija. Antrinės prevencijos uždavinys – kiek įmanoma anksčiau atpažinti ir pritaikyti efektyvias intervencijas asmenims, kurie patiria savižudybės grėsmę, siekiant užkirsti kelią savižudiško elgesio atsiradimui (30). Šios prevencijos efektyvumas priklauso nuo greitos pagalbos prieinamumo, savižudiško elgesio atpažinimo ir įvertinimo bei intervencijų, tokių kaip savisaugos plano sudarymo ar krizės valdymo, taikymo (37–40). Net ir trumpalaikės, įrodymais grįstos, intervencijos, pavyzdžiui, savisaugos plano sudarymas, kognityvinė elgesio terapija, reikšmingai sumažina pakartotinių bandymų nusižudyti riziką (39–41).

Tretinė prevencija. Tretinė prevencija, arba postvencija – tai pagalbos priemonės, skirtos asmenims, kurie jau yra patyrę savižudybės krizę, ir aplinkiniams, kuriuos ta krizė paveikė (30). Postvencijos tikslas – sumažinti ilgalaikes psichosocialines pasekmes, bei užkirsti kelią savižudiško elgesio pasikartojimui (42). Strategijos apima: įvairiapusės, psichoreabilitacinės, tęstinės pagalbos teikimą savižudybės krizę patyrusiems asmenims bei jų artimiesiems, specializuotas intervencijas darbovietėse ar mokymo įstaigose, pagalbą ir konsultacijas bendruomenėse (30,42).

2021 metais PSO paskelbtame vadove „*Live Life: an Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries*“, yra išskiriamos 4 pagrindinės veiksmingos intervencijos vykdant savižudybių prevenciją: apriboti prieigą prie savižudybės priemonių, bendradarbiaujant su žiniasklaida atsakingai informuoti apie savižudybes, ugdyti paauglių psichosocialinius gyvenimo įgūdžius ir anksti atpažinti, įvertinti, valdyti bei stebėti kiekvieną, susidūrusį su savižudiškomis mintimis ar savižudybės grėsme (2). Toliau, bus aptariamos šios 4 intervencijos Lietuvos ir Vilniaus kontekste.

Savižudybės priemonių ribojimas. Neretai tarp efektyviausių prevencijos priemonių yra minimas prieigos prie savižudybės priemonių ribojimas (10,16,17,32,43). Tokia prevencinė priemonė yra efektyvi, šalyse, kuriose pagrindiniai savižudybės metodai yra apsinuodijimai (Pietryčių Azija) ar šaunamieji ginklai (Jungtinės Amerikos Valstijos) (17,31). Higienos instituto duomenimis, Lietuvoje 2023 metais buvo užfiksuotos 562 savižudybės, iš kurių dažniausiai – 476 (84,7 % visų savižudybių) buvo klasifikuojamos kaip „Tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ir uždūstant“, o antroje vietoje pagal dažnumą - 23 (4,1 %) buvo klasifikuojamos kaip: „Tyčinis susižalojimas šaunamojo ginklo šūviu ir sprogstamosiomis medžiagomis“, Vilniuje, savižudybės pasikariant sudarė 74,5 % (n=41) visų savižudybių (n=55) (14). Istoriskai, Lietuvoje jau ilgą laiką pasikorimas yra pats dažniausias savižudybės metodas (44). Atsižvelgiant į tokio metodo dažnumą Lietuvoje, vienas iš efektyviausių savižudybės

prevencijos metodų – savižudybės priemonių ribojimas, yra sunkiai pritaikomas Lietuvos kontekste, nes savižudybėms pasikariant gali būti naudojami buitiniai įrankiai, pavyzdžiui, virvės ar paklodės. Nepaisant to, kontroliuojamose aplinkose (ligoninėse, kalėjimuose), saugesnis patalpų dizainas ir ribota prieiga prie priemonių, kurios galėtų būti naudojamos pasikarti, ribojimas, yra efektyvios priemonės savižudybių skaičiui sumažinti (45,46). Visuomenėje, tuo tarpu, tokios nespecifinės priemonės kaip: skubios pagalbos užtikrinimas, prevencinių žinučių sklaida internete, žiniasklaidos atsakingumas publikuojant savižudybių atvejus, yra minimos kaip potencialios prevencinės priemonės, savižudybių pasikariant kontekste (45,47).

Bendradarbiavimas su žiniasklaida. Žiniasklaidos vaidmuo savižudybių prevencijoje yra kompleksinis, galintis turėti tiek apsauginį, tiek žalingą poveikį (48). Tai priklauso nuo to, kaip informacija apie savižudybes yra pateikiama. Publikacijos apie savižudybes, kurios detalizuoja savižudybės būdą, propaguoja mitus, naudoja stigmatizuojančią kalbą ir turi sensacingas antraštes, didina imitacinių savižudybių dažnį – pasireiškia *Verterio* efektas (angl. *Werther effect*) (48,49). Tuo tarpu, atsakingas informavimas apie savižudybes, pavyzdžiui, sėkmingų savižudybės grėsmių įveikimo istorijų publikacijos, akcentuojančios pagalbos galimybių taikymą ar ekspertų patarimus, mažina savižudybių dažnį visuomenėje – pasireiškia *Papageno* efektas (angl. *Papageno effect*).

PSO yra parengusi rekomendacijų žiniasklaidai gaires, kurios yra išverstos į lietuvių kalbą ir platinamos Lietuvos žiniasklaidos atstovams (50). Deja, 2025 metais publikuotoje Higienos instituto Psichikos sveikatos centro ataskaitoje, teigiama, kad 73 % Lietuvos internetinės žiniasklaidos portalų vis dar neturi arba neskelbia atsakingo informavimo gairių, ir tik 1 % turi gaires publikacijoms apie savižudybes (51). Apart to, nustatyta, kad daugelyje portalų žalingas turinys persveria apsauginio turinio kiekį ir neatitinka PSO rekomendacijų. *Verterio* efekto poveikį parodo ir 2016 metais Lietuvoje atliktas tyrimas, kurio metu, nustatyta, kad po įžymybių savižudybių viešinimo žiniasklaidoje buvo fiksuotas statistiškai reikšmingas skambučių pagalbos linijai dėl savižudiško elgesio ar minčių pagausėjimas (52).

Paauglių psichosocialinių įgūdžių ugdymas. Vienas svarbiausių uždavinių paauglių savižudybių prevencijoje – nuoseklus ir įrodymais grįstas jų psichosocialinių įgūdžių ugdymas, leidžiantis jiems geriau atpažinti ir valdyti stresines situacijas bei emocinius iššūkius (2). Ši intervencija yra itin aktuali šalyse, kuriose pastebimas didelis paauglių savižudybių rodiklis, tačiau svarbu paminėti ir tai, kad dažniausiai, savižudiškos idėjos ir elgesys prasideda paauglystėje ar ankstyvoje pilnametystėje (53). Remiantis 2016 metų tyrimu, Lietuvoje 23,8 % paauglių yra rimtai svarstę savižudybę, ir net 13.2 % - bandę nusižudyti (54). Panašūs duomenys gauti ir 2019 metais atliktame tyrime – 17,8 % paauglių

svarstė savižudybę, o 9,5 % – bandė nusižudyti (55). Tokia statistika, rodo emocinės paramos ir psichosocialinio ugdymo poreikį paauglių grupėje. Psichosocialinių įgūdžių ugdymas apima įvairias veiklas – psichoedukaciją, įtampos kontrolės mokymus, savęs pažinimo gerinimą, tačiau tai gali būti ir specializuotos paaugliams pritaikytos programos, pavyzdžiui YAM (*Youth Aware of Mental Health*), SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*), SOS (*Signs of Suicide*), kurios jau yra tyrimais įvertintos, kaip reikšmingai mažinančios savižudybių skaičių (35,36,56). YAM efektyvumo tyrimo metu, buvo nustatyta, kad programos pritaikymas lemia bandymų nusižudyti sumažėjimą 50 %, didesnę nei bet kokių kitų intervencijų (36).

Lietuvos kontekste, savižudybių prevencijos strategijose tiek valstybiniu (Nacionalinio savižudybių prevencijos veiksmų 2023–2026 metų planas), tiek Vilniaus mastu (Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2020–2024 metų strategija) yra patvirtinti mokymai vyresnių klasių moksleiviams (13,57). Tačiau, analizuojant veiklos ataskaitas, pastebėta, kad Vilniuje nuo 2020 metų iki dabar, vos 486 moksleiviams buvo praveisti specializuoti psichoedukaciniai užsiėmimai: 425 moksleiviams – 2022 metais ir 61 moksleiviui – 2020 metais (58). Atsižvelgiant į tai, kad Vilniuje yra virš 80 tūkst. moksleivių, iš kurių, tyrimų duomenimis, virš 14 tūkst. turi savižudiškų minčių (naudojant 2019 metų tyrimo metu nustatytą procentą – 17,8 %), ir tik 486 (0,6 %) yra gavę psichoedukaciją savižudybių tematika, parodo, kad šioje savižudybių prevencijos srityje yra reikšmingų trūkumų (55,59). Problemos aktualumą parodo ir Viešosios įstaigos „Jaunimo linija“ pateikiami duomenys, kad 2024 metais ši, nevyriausybinė organizacija – emocinės paramos linija, sulaukė 43 tūkst. pokalbių, o atsiliepė 36 tūkst., kurių nemaža dalis buvo savižudybės tematika – atitinkamai 18 % pokalbių telefonu ir 62 % pokalbių internetu (60). Tai parodo, kad mokyklose jaunimas negauna pakankamai įgūdžių sprendžiant emocines problemas, todėl jiems tenka paramos ieškoti kitur.

Ankstyvas savižudybės grėsmės atpažinimas, įvertinimas, valdymas ir stebėjimas. Remiantis atliktais tyrimais, net 80 % nusižudžiusių asmenų kreipiasi į pirminės grandies sveikatos priežiūros specialistus per metus iki savižudybės, 54 % – prieš 6 mėnesius, 44 % - per paskutinį mėnesį, o 16 % – likus vos savaitei iki savižudybės (61). Savižudybė yra ilgalaikis procesas, o kuo anksčiau atpažinta depresija ar savižudybės grėsmė gali reikšmingai sumažinti mirtingumą nuo savižudybės ir yra viena iš svarbiausių prevencinių galimybių (2,31,62). Mokymo programos, tokios kaip *safeTALK* ir ASIST (angl. *Applied Suicide Intervention Skills Training*) asmenims, kurie pirmieji susiduria su savižudybės grėsme patiriančiais asmenimis (asmens sveikatos priežiūros specialistams ir kitiems), yra įtrauktos į Vilniaus miesto savižudybių prevencijos strategiją 2020-2024 metams, skiriant šiems mokymams didžiausią skiriamų lėšų dalį (virš 70 tūkst. eurų) (13). Gerėjantis savižudybės grėsmės

atpažinimas atspindi ir Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuro atliktame vertinime, kur pastebėta, kad psichikos sveikatos centruose (toliau - PSC) ar pas šeimos gydytoją 2019 metais su savižudybės grėsme ar mintimis susijusių diagnozių buvo nurodoma net 5 kartus daugiau nei 2015 metais (atitinkamai 529 diagnozės 2019 metais ir 99 – 2015 metais) (63). Tačiau, vien greito grėsmės atpažinimo neužtenka – būtina užtikrinti, kad kiekvienam asmeniui būtų pritaikoma efektyvi savižudybės grėsmės intervencija, o vertinime pastebėta ir reikšmingų problemų – skubios pagalbos skyriuose vos trečdaliui asmenų, patiriančių savižudybės grėsmę, buvo atliktas psichosocialinis vertinimas, ir dviem trečdaliams jų – nenurodytas teisingas TLK-10-AM kodas. Šios problemos parodo, kad savižudybės grėsmės valdymas Lietuvoje turi rimtų spragų, kurios gali ne tik atitolinti tinkamu laiku gautą gydymą, bet ir neužtikrinti tęstinės pagalbos asmenims, kurių krizinė situacija nėra registruojama. Tokios spragos galėtų būti paaiškintos ne tik informuotumo stoka, bet ir žmogiškųjų išteklių stoka. 2017 metais atliktame vertinime nustatyta, kad vos 19 % ligoninių ir 32 % pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – PAASPI) turėjo pasitvirtinusios reagavimo į savižudybės riziką algoritmus (64). Taip pat, vos 64.7 % pirminės grandies įstaigų galėjo suteikti skubią psichiatro konsultaciją savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims, o visą parą tokią paslaugą teikė vos 20,6 % ligoninių. Vilniaus miestas išsiskyrė kaip viena iš nedaugelio savivaldybių, kurios vykdė mokymus specialistams ir skyrė lėšų savižudybių prevencijos projektams.

2.5 Savižudybių prevencijos praktika Lietuvoje ir Vilniuje.

Lietuvoje pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio yra skiriama savižudybių prevencijos klausimams, ir nors epidemiologiniai rodikliai mažėja, situacija išlieka viena blogiausių Europos Sąjungoje. Savižudybių strategiją Lietuvoje reglamentuoja Nacionalinis savižudybių prevencijos veiksmų planas (dabartinė galiojanti redakcija: Nacionalinis savižudybių prevencijos veiksmų 2023–2026 metų planas) (57). Įsakyme išskiriami pagrindiniai savižudybių prevencijos tikslai ir priemonės, tokios kaip pirminės prevencijos vykdymas, ankstyvas savižudybės rizikos atpažinimas ir pagalbos rekomendavimas, psichikos sveikatos specialistų pagalbos sistemos gerinimas, savalaikės pagalbos nusizudžiusiųjų artimiesiems suteikimas bei savižudybių registravimo sistemos gerinimas. Dokumente taip pat nurodomi konkretūs rodikliai, kaip bus sekamas programų efektyvumas, pavyzdžiui: 2025 metais pasiekti 100 % savivaldybių, kuriose yra teikiama ASSIP (angl. *Attempted Suicide Short Intervention Program*) intervencija, 2022 metais tik 10 % savivaldybių galėjo teikti tokią paslaugą. Sveikatos apsaugos ministerija taip pat yra patvirtinusi Savižudybių prevencijos koordinavimo savivaldybėse tvarkos aprašą, kuriame numatyta, kad kiekviena savivaldybė turi pasiskirti savižudybių prevencijos koordinatorių bei sudaryti savižudybės grėsmę patiriančių asmenų pagalbos algoritmą (65).

Vilniaus miesto savivaldybė 2016 metais pirmoji Lietuvoje patvirtino savižudybių prevencijos strategiją ir jos įgyvendinimo priemonių planą, vėliau jis buvo atnaujintas ir šiuo metu galioja Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2020–2024 metų strategija (13). Šios strategijos įgyvendinimas yra grindžiamas kompleksiniu požiūriu į savižudybių prevenciją, apimančiu tokius tikslus, kaip: kompleksinės pagalbos teikimo ir savižudybių prevencijos sistemos veikimo užtikrinimas, nuoseklios informacijos viešinimo strategijos kūrimas ir informacijos apie savižudybių prevenciją Vilniaus miesto gyventojams skleidimas, tvarios sistemos, kuri užtikrintų kokybiškas psichikos sveikatos paslaugas turintiems suicidalinių minčių ar ketinantiems žudyti, mėginusiems nusižudyti asmenims bei nusižudžiusių artimiems sukūrimas, bei savivaldybės institucijų ir įstaigų, įmonių, nevyriausybinių organizacijų ir partnerių kompetencijų savižudybių prevencijos srityje stiprinimas. Dokumente taip pat nurodomi konkretūs atsakingi vykdytojai bei specifinėms veikloms skirtos lėšos. Toliau, kiekvienas tikslas ir įgyvendinamos veiklos bus aptariamasi atskirai.

1. Užtikrinti kompleksinės pagalbos teikimą ir savižudybių prevencijos sistemos veikimą.

Toks Vilniaus miesto savivaldybės iškeliamas tikslas atitinka daugiapakopinį savižudybių prevencijos modelį, pabrėžiant kompleksinių intervencijų svarbą ir institucijų bendradarbiavimą (6). Vilniuje įgyvendinant šį tikslą buvo patvirtintas atnaujintas savižudybių rizikos valdymo algoritmas, kuris aiškiai apibrėžia atvejo vadybininko funkcijas ir atsakomybę už pagalbos tęstinumą (13). Taip pat, reguliariai organizuojamos konsultacijos, susitikimai ir supervizijos, pavyzdžiui, 2020 metais buvo surengta 12 grupinių supervizių, kuriose dalyvavo 17 specialistų, dirbančių su savižudybės riziką patiriančiais asmenimis (58). Papildomai, 2021 metais buvo atlikta sveikatos priežiūros įstaigų poreikių analizė, organizuoti seminarai, sudaryti krizių valdymo planai.

Viena svarbiausių prevencinių priemonių taip pat laikomi ir specialistų mokymai atpažinti savižudybės rizikos ženklus, įvertinti savižudybės grėsmę ir efektyviai bei greitai į ją reaguoti. Vilniuje nuosekliai organizuojami „SafeTalk“ ir ASIST mokymai, kurie reikšmingai pagerina specialistų ir bendruomenės narių galimybes identifikuoti ir reaguoti į savižudybės grėsmę (66). Šie mokymai užtikrina, kad specialistai mokėtų suteikti pirminę pagalbą bei nukreiptų savižudybės grėsmę patiriantį asmenį tikslinei pagalbai. Kiekvienais metais mokymuose dalyvauja nuo 468 (mažiausiai, 2021 metais) iki 853 (daugiausiai, 2023 metais) asmenų (58).

Šiam tikslui įgyvendinti taip pat yra minimas reguliarus savižudybių rizikos valdymo rodiklių rinkimas bei analizė, kas yra būtina vertinant vykdomų priemonių efektyvumą ir sprendžiant papildomų prevencijos priemonių poreikio klausimą. Be to, papildomas dėmesys yra skiriamas specifinėms rizikos

grupėms, pavyzdžiui, vyresnio amžiaus žmonėms, kuriems 2023 metais buvo suteikta 400 psichologo konsultacijų, o buvus poreikiui – sudarytas gydymo planas (58).

2. Sukurti nuoseklią informacijos viešinimo strategiją ir skleisti informaciją apie savižudybių prevenciją Vilniaus miesto gyventojams. Atsakingas informavimas taip pat yra svarbi savižudybių prevencijos dalis, nes tai ne tik padeda mažinti stigmą, didinti informuotumą, bet ir skatina asmenis ieškoti tikslingos pagalbos (49). Nuoseklus ir atsakingas informacijos apie savižudybes viešinimas apima socialinių kampanijų kūrimą, viešinimą bei masinių renginių organizavimą (13). Nacionaliniu lygmeniu, viena pagrindinių sklaidos priemonių yra internetinė svetainė www.tuesi.lt, kurios lankomumas 2022 metais siekė 90 tūkst. vartotojų, o daugiau nei 80 % jų – per tiesioginę paiešką, kas rodo svetainės žinomumo mastą (12). Vilniaus savivaldybė, tuo tarpu, inicijavo tokias informacines kampanijas, kaip: „Viskas gerai nesijausti gerai. Svarbu apie tai kalbėtis ir kreiptis pagalbos“, „Suklupti paprasta, padėti taip pat“, „Dovanok laiką, o ne daiktus“, rengė vaizdo klipus, plakatus, skelbė informaciją apie savižudybių prevenciją socialiniuose tinkluose, taip pat, organizavo viešus renginius (58). Informacinių kampanijų pasiekiamumas siekė nuo tūkstančio iki keliasdešimt tūkstančių asmenų. Tyrimai rodo, kad tokio tipo viešos kampanijos yra efektyvios savižudybių prevencijos priemonės (67). Skatinimas kalbėtis, dalintis patirtimis, bei atkreipti dėmesį į psichikos sveikatą skatina žmones ieškoti pagalbos, taip didinant paslaugų prieinamumą, nes tokio tipo intervencijos gali pasiekti plačią auditoriją. Visuomenės informavimo kampanijos taip pat mažina psichikos sveikatos problemų stigmatizavimą (68).

3. Sukurti tvarią sistemą, kuri užtikrintų kokybiškas psichikos sveikatos paslaugas turintiems suicidinių minčių ar ketinantiems žudyti, mėginusiems nusižudyti asmenims bei nusižudžiusiųjų artimiesiems. Savižudybės krizėje esantiems asmenims svarbu laiku suteikti profesionalią, lengvai prieinamą ir efektyvią pagalbą. Vilniuje yra plėtojama sistema, pagal kurią skubi psichologinė pagalba yra prieinama be išankstinės registracijos – VŠĮ Centro poliklinikoje pagalba yra prieinama visą parą, VŠĮ Krizių įveikimo centre ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose darbo valandomis (13,58). 2023 metais į VŠĮ Centro poliklinikos būdinčius medicinos psichologus kreipėsi 251 asmuo, iš kurių anonimiškai – 243, tai parodo, kad poreikis tokioms paslaugoms yra didelis, ir krizes patiriantys asmenys vertina anonimiškumą, kurį gali pasiūlyti ši paslauga.

Svarbi tikslo dalis – užtikrinti pagalbą nusižudžiusiųjų ar mėginusių nusižudyti asmenų artimiesiems. Duomenys rodo, kad tik trečdalis asmenų, patyrusių artimojo savižudybę, kreipiasi pagalbos – tam įtaka daro stigma bei informuotumo stoka (12). Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių

prevencijos strategijoje numatytos proaktyvios priemonės – savitarpio pagalbos grupės, emocinės paramos kampanijos, informacijos sklaida apie artimiesiems prieinamas paslaugas (13). 2023 metais iš viso buvo suteikta kiek daugiau nei 1300 konsultacijų 261 asmeniui, tai rodo reikšmingus pasistūmėjimus postvencijos srityje, atsižvelgiant į tai, kad 2023 metais Vilniaus miesto savivaldybėje nusižudė 55 asmenys (14,58). Dėmesys taip pat skiriamas vyrų populiacijai, kurios savižudybių rodikliai Vilniuje yra dvigubai didesni nei moterų (14). 2023 metais, šiam tikslui įgyvendinti, VšĮ Psichoterapijos klinika suteikė 113 individualių konsultacijų vyrams, vedė viešas paskaitas apie savižudybės riziką, kuriose dalyvavo 366 asmenys (58). Nors ir sąlyginai nedidelių mastų, tačiau tikslinių grupių įtraukimas į savižudybių prevencijos programas atitinka įrodymais grįstos prevencijos principus (10).

Tvari sistema taip pat apima moksliskai pagrįstų terapijų plėtrą. Vilniuje yra plėtojama ASSIP terapija, paremta struktūrizuota, individualia intervencija, kurios efektyvumas įrodytas tyrimais – terapijos taikymas gali sumažinti pakartotinių bandymų nusižudyti skaičių net 80 % (69). Svarbu pažymėti, kad efektyvios savižudybių prevencijos pagalbos sistemai būtinas tęstinumas, prieinamumas, anonimiškumas ir tarpsektorinis bendradarbiavimas (70). Vilniaus miesto strategijoje jie nuosekliai įgyvendinami per skirtingų įstaigų įsitraukimą – nuo savivaldybės poskyrių ir viešųjų įstaigų iki nevyriausybinių organizacijų, tokių kaip „Jaunimo linija“ ar asociacija „Artimiesiems“.

4. Stiprinti savivaldybės institucijų ir įstaigų, įmonių, nevyriausybinių organizacijų ir partnerių kompetencijas savižudybių prevencijos srityje. Šio tikslo įgyvendinimas yra būtinas, siekiant užtikrinti efektyvų ir ilgalaikį savižudybių prevencijos sistemos veikimą. Vilniaus mieste nuosekliai organizuojami kvalifikacijos kėlimo mokymai, supervizijos ir konferencijos specialistams, susiduriantiems su savižudybės riziką patiriančiais asmenimis (58). Pavyzdžiui, kas metus rengiamoje Vilniaus savižudybių intervencijos metodų konferencijoje dalyvauja virš 1000 klausytojų, o lektoriai iš įvairių šalių pristato naujausius tyrimus savižudybių prevencijos srityje (71). Tokios iniciatyvos leidžia taikyti naujausius ir efektyviausius suicidologinius metodus praktikoje.

Be konferencijų, didelis dėmesys skiriamas ir mokymams. Siekiant stiprinti specialistų, susiduriančių su savižudybės riziką patiriančiais asmenimis, kompetencijas, mokymai yra rengiami kasmet, įvairių vykdančių organizacijų (58). Kiekvienais metais parengiama keletas specialistų, galinčių taikyti dialektinę elgesio terapiją, ASSIP terapiją, taip pat, mokymai rengiami asmenims, teikiantiems pagalbą ugdymo įstaigose. Reguliarios mokymo programos ne tik stiprina individualias specialistų žinias, leidžia greičiau ir tiksliau identifikuoti savižudybės riziką, bet ir didina pozityvų požiūrį į visą savižudybių prevencijos sistemą (72,73).

Tikslui pasiekti taip pat numatyta nuolat vertinti savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą, tačiau apart 2020 metais atliktos suaugusiųjų savižudybių atvejų analizės daigiau jokių vertinimų nebuvo atlikta (58).

Apibendrinant, Vilniuje numatytos ir vykdomos savižudybių prevencijos priemonės apima platų spektrą veiklų, nuo specialistų rengimo iki informacinių kampanijų. Toks daugiapakopinis požiūris atitinka tarptautinę praktiką ir yra pagrįstas tyrimais, kurie parodo, kad įvairiapusės, kompleksinės intervencijos efektyviausiai mažina savižudybių skaičių (9,10). Tačiau, vertėtų paminėti, kad dar nėra viešai pateiktas planas 2025 ir tolimesniems metams, nėra parengtos 2024 metų savižudybių prevencijos veiklų ataskaitos, o paskutinis su savižudybių prevencija susijęs konkursas buvo skelbtas kiek daugiau nei prieš metus – 2024 metų sausio 22 dieną (58,74). Tokia situacija verčia nerimauti dėl įgyvendinamų veiklų tęstinumo, bei strateginio nuoseklumo. Savižudybių prevencija yra daugiakomponentis, ilgalaikis ir nenutrūkstamas procesas, kuris reikalauja reguliaraus rezultatų vertinimo, nepertraukiamo finansavimo ir aktyvaus institucijų įsitraukimo (2).

2.6 Tyrimų spragos ir darbo poreikis.

Savižudybių prevencijos srityje egzistuoja reikšmingos tyrimų spragos, ypač Lietuvos ir Vilniaus kontekste. Nepaisant savižudybių rodiklio kritimo pastaraisiais metais, Lietuva išlieka tarp didžiausius savižudybių rodiklius turinčių šalių Europos Sąjungoje, o tai parodo būtinybę išsamiau tyrinėti savižudybių problemos klausimą, ypač atkreipiant dėmesį į savižudybių prevencijos efektyvumą. Veiksminga savižudybių prevencija turi remtis įrodymais grįsta praktika, tačiau Lietuvos mastu vis dar trūksta tyrimų apie specifines intervencijas, jų efektyvumą ir prieinamumą, bei specifinius kultūrinius aspektus. Didžioji dalis turimų duomenų apsiriboja statistiniais savižudybių rodiklių aprašymais ir vykdomų projektų ataskaitomis, tačiau trūksta išsamių kokybinių tyrimų, analizuojančių savižudybių prevencijos sistemos temą. Atsižvelgiant į šias spragas, šio darbo poreikis yra grindžiamas siekiu papildyti turimas žinias apie savižudybės prevenciją ir identifikuoti pagrindines problemas dabartinėje sistemoje. Šio darbo rezultatai galėtų prisidėti prie savižudybių prevencijos programos tobulinimo Vilniaus mieste, tiek sprendžiant esamas problemas, tiek pritaikant gerąsias praktikas.

3. METODAI

Tyrimo dizainas ir instrumentai. Tyrimas buvo mišraus dizaino – grįstas kiekybiniais tyrimams būdingais komponentais, integruojant kokybiniais tyrimams būdingus pusiau struktūrizuotus interviu. Jį sudarė:

1. Pirminis pusiau struktūrizuotas klausimynas, kurio tikslas – įvertinti, ar su savižudybės grėsme susidūrę asmenys gavo tinkamą pagalbą, taip pat įvertinti jų nuomones apie egzistuojančią savižudybių prevencijos sistemą Vilniaus mieste, bei respondentų informuotumą apie pagalbos galimybes. Klausimai buvo suskirstyti į šias dalis: bendrieji klausimai, gauta pagalba, nuomonės ir rekomendacijos. Interviu metu taip pat buvo užduodami papildomi klausimai, atsižvelgiant į respondentų išsakomus atsakymus į klausimus ar komentarus.
2. Antrinis pusiau struktūrizuotas interviu telefonu (numatytas vykdyti 14 kalendorinių dienų po pirminio), kurio tikslas – gilintis į savižudybės grėsmę patiriančių asmenų tęstinės pagalbos patirtį, siekiant atskleisti egzistuojančias problemas ir identifikuoti papildomus pagalbos tobulinimo būdus.

Abu klausimynai buvo sudaryti remiantis struktūrizuoto interviu metodu, siekiant įvertinti tiriamųjų patirtis savižudybių prevencijos srityje, jų gautą pagalbą po krizinių situacijų bei informuotumą apie egzistuojančias prevencijos programas Vilniaus mieste. Klausimynai buvo originalūs, sudaryti remiantis mokslinės literatūros analize ir specialistų rekomendacijomis, pritaikant juos Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemai. Klausimynai pateikiami 2 priede.

Tyrimui buvo pasirinktas mišraus tyrimo metodas, leidžiantis išsamiai suprasti tiriamųjų patirtis, nuomones ir požiūrį į savižudybių prevenciją Vilniaus mieste. Tyrimo tikslas yra ne tik išanalizuoti egzistuojančias prevencijos priemones, bet įvertinti jų taikymo praktiką. Buvo pasirinkta naudoti pusiau struktūrizuoto interviu metodą, nes jis suteikia galimybę gauti ne tik konkrečius, palyginamus duomenis, bet ir įžvalgas apie asmeninius išgyvenimus, gautos pagalbos privalumus ir trūkumus, bei respondentų nuomones ir rekomendacijas. Pakartotinio interviu įtraukimas į tyrimą leidžia įvertinti gaunamos pagalbos tęstinumą ir nuomonių apie prevencijos programas pasikeitimus. Toks metodologinis pasirinkimas yra grindžiamas tuo, kad savižudybės yra daugiakomponentė problema, kurios vertinimui neužtenka tik statistinių duomenų. Kokybinis tyrimas leidžia įvertinti biopsichosocialinius veiksnius, kurie gali turėti įtakos prevencijos priemonių efektyvumui ir taikymui Vilniaus mieste. Toks metodas taip pat gali padėti nustatyti egzistuojančias problemas ir sudaryti praktines rekomendacijas, kurios yra paremtos realiųjų tiriamųjų patirtimis, o ne vien teoriniais modeliais ar kitų šalių praktikomis.

Tyrimo imtis. Imties dydžio pasirinkimas šiam tyrimui buvo grindžiamas informacijos prisotinimo principu, užtikrinant duomenų pakankamumą ir tyrimo patikimumą. Tyrimai rodo, kad prisotinimas paprastai yra pasiekiamas atlikus 9–17 interviu, ypač kai tiriamieji sudaro homogenišką grupę ir tyrimas turi siaurai apibrėžtus tikslus (75). Tyrimo dalyviai yra specifinė grupė – Vilniaus mieste gyvenantys,

savižudybės grėsmę patyrę asmenys, gavę pagalbą – tokiai grupei prisotinimas turėtų būti pasiekiamas efektyviai. Atsižvelgiant į tai, šiam tyrimui buvo pasirinkta 15–20 tiriamųjų imtis, kuri leistų surinkti pakankamai išsamų duomenų rinkinį, išvengiant perteklinių duomenų, kurie nepateiktų papildomų įžvalgų.

Tyrimo eiga ir tiriamieji. Tyrimas buvo atliekamas Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro (toliau - VmPSC) Krizių intervencijos skyriuje, kur gydymas neviršija 10 parų ir yra skirtas pacientams, esantiems krizinėse situacijose (76). Tyrimas buvo atliekamas nuo 2025-01-20 iki 2025-03-10. Bendradarbiaujant su VmPSC Krizių intervencijos skyriaus darbuotojais, kiekvienas iš skyriaus išrašomas pacientas, jo išrašymo dieną buvo aptariamas ar yra tinkamas įtraukimui į tyrimą. Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- Tiriamojo amžius nuo 18 metų.
- Per paskutinius 6 mėnesius patirtas savižudybės bandymas arba savižudybės grėsmė (aprašytos medicininėje dokumentacijoje). Toks periodas buvo pasirinktas dėl egzistuojančių eilių sveikatos apsaugos sistemoje. Pacientai, patiriantys savižudybės grėsmę, neretai atžymi kelių mėnesių trukmės eiles susitikimams su psichiatru jų PSC, o po gauto siuntimo, į VmPSC Krizių intervencijų skyrių jie galėdavo patekti dar po kelių savaičių ar net mėnesių.
- Pacientui atliktas psichosocialinis vertinimas ir jo kopija išsiųsta paciento PAASPI. Išsiųstas psichosocialinis vertinimas, turėjo inicijuoti tęstinės pagalbos procesą pacientų PAASPI, šio tęstinumo vykdymo patikrinimas buvo svarbi tyrimo dalis.

Jei iš skyriaus išrašomi pacientai atitiko paminėtus kriterijus, toliau, respondentams sutikus, buvo atliekamas interviu. Interviu buvo atliekamas VmPSC krizių intervencijų skyriuje, ramioje ir tylioje patalpoje. Prieš atliekant apklausą, respondentai buvo supažindinami su tyrimu, jiems buvo pateikiama informuoto sutikimo forma (3 priedas) ir atsakoma į klausimus apie tyrimą. Buvo pabrėžiama, kad respondentai bet kuriuo metu gali atsisakyti dalyvauti tyrime be jokio paaiškinimo ir pasekmių. Pacientams, atitinkantiems šiuos, papildomus, įtraukimo kriterijus, buvo atliekamas interviu:

- Tiriamasis nurodo Vilnių kaip gyvenamąją vietą.
- Informuotas sutikimas dalyvauti tyrime.

Respondentams buvo duodama klausimyno forma užpildymui arba, tiriamųjų pageidavimu, anketą pildydavo tyrėjas, užduodamas klausimus. Viso klausimyno pildymo metu tyrėjas atsakydavo į kylančius klausimus, taip pat klausdavo papildomų klausimų, atsižvelgdamas į respondentų komentarus ir

klausimus, jų atsakymai buvo pažymimi atskirai. Vidutiniškai ši tyrimo dalis užtrukdavo apie 11 minučių. Po pokalbio, klausimynas buvo užkoduojamas ir ant jo užrašoma pakartotino skambučio data.

Tiriamiesiems sutikus dalyvauti pakartotiniame interviu, po 14 dienų buvo skambinama telefonu. Kadangi pacientų klausimynai buvo koduojami ir jokia juos galinti identifikuoti informacija nebuvo renkama, pokalbio pradžioje, buvo klausama, ar jie atsimena dalyvavę pirmoje tyrimo dalyje ir ar sutinka dalyvauti antroje. Respondentams taip pat buvo pakartojama, kad bet kuriuo momentu, jie gali atsisakyti dalyvauti tyrime. Tiriamiesiems sutikus, buvo naudojamas iš anksto paruoštas klausimynas, tačiau priklausomai nuo respondentų atsakymų, buvo užduodami papildomi klausimai apie jų patirtis. Visi atsakymai buvo suvedami į „Microsoft Excel“ programą. Uždavus visus paruoštus ir papildomus klausimus, respondentai buvo informuojami apie pokalbio fakto ištrynimą iš telefono bei jų palikto numerio užtušavimą pirmajame klausimyne. Pokalbis telefonu vidutiniškai trukdavo apie 12 minučių, ir po jo, skambučio fakto įrašas iš karto buvo ištrinamas iš telefono ir numeris užtušuojamas klausimyne, taip, kad nebūtų įskaitomas. Jeigu su respondentu nepavyko susisiekti arba jis tą pačią dieną neperskambino, skambutis buvo kartojamas dar 2 darbo dienas iš eilės.

Tyrimo etika. Leidimas atlikti tyrimą buvo gautas iš VmPSC administracijos 2025 sausio 13 dieną. Leidimas pateikiamas 4 priede. Respondentų vardai, pavardės, gimimo datos, adresai ir kiti duomenys, kurie galėtų būti panaudoti asmenų identifikavimui, nebuvo renkami ir saugomi. Surinkti duomenys buvo suvedami į slaptažodžiu saugomą kompiuterį ir analizuojami tik apibendrinta forma, užtikrinant konfidencialumą. Atlikus antrąją tyrimo dalį (interviu telefonu), tiriamųjų telefono numeriai buvo ištrinami. Visi dalyviai gavo informuoto sutikimo dalyvauti tyrime formą ir buvo su ja supažindinti. Prieš kiekvieną tyrimo etapą visi tiriamieji taip pat buvo informuoti apie galimybę pasitraukti iš tyrimo be jokių pasekmių.

Duomenų analizė. Duomenų analizė buvo atlikta naudojant „Microsoft Excel“ programą, kuri buvo naudojama duomenims suvesti, apdoroti ir vizualizuoti. Visi, per abu tyrimo etapus, surinkti atsakymai buvo suvesti į lenteles, išskyrus respondentų telefono numerius ir klausimyno pildymo datas. Naudojant teminę analizę, kokybiniai duomenys buvo skirstomi į pagrindines išryškėjančias temas, atskleidžiančias respondentų patirtis su savižudybių prevencijos paslaugomis, gautos pagalbos vertinimą bei rekomendacijas. Buvo apskaičiuojami surinktų atsakymų dažniai, vidurkiai ir sudaromos lentelės bei diagramos, leidžiančios lengviau interpretuoti gautus duomenis. Vienas iš kokybinių rodiklių – PAASPI kontaktas su asmeniu po patirtos savižudybės grėsmės buvo statistiškai įvertintas atliekant binominį testą.

Binominis testas buvo atliktas naudojant „Microsoft Excel“ *BINOM.DIST()* funkciją, nustatant, ar gautas kontaktų skaičius reikšmingai skyrėsi nuo teorinės 100 % reikšmės.

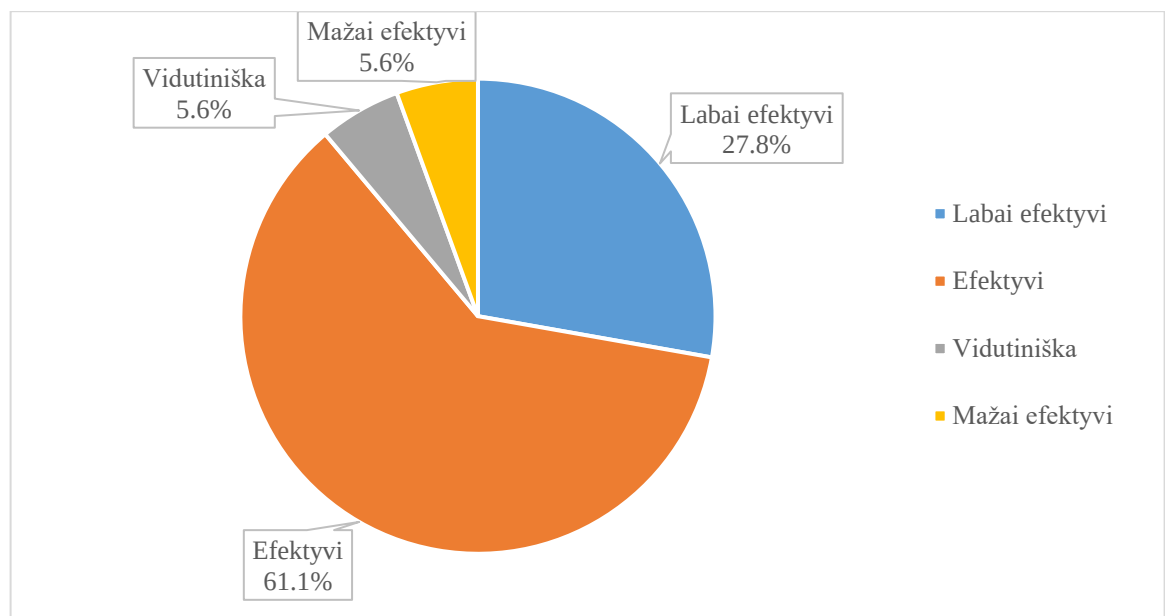
4. TYRIMO REZULTATAI

4.1 Pirminio interviu rezultatai.

Iš viso tyrime dalyvavo 18 asmenų, kurie atitiko atrankos kriterijus (vyresni nei 18 m., patyrę savižudybės riziką ar bandę nusižudyti per pastaruosius 6 mėnesius, gyvenantys Vilniaus mieste). Visiems respondentams buvo atliktas psichosocialinis vertinimas pagal CAMS (*Collaborative Assessment and Management of Suicidality*) savižudybių statuso formą 4. Visi dalyviai davė informuotą sutikimą dalyvauti tyrime, 17 iš jų sutiko dalyvauti pakartotiniame interviu telefonu po 14 kalendorinių dienų.

Demografinės charakteristikos. Respondentų amžiaus vidurkis buvo 22,6 metai (standartinis nuokrypis – 3,1 metų), iš jų jauniausias – 18 metų, o vyriausias – 30 metų. Iš 18 asmenų – 15 buvo moterys (83,3 %), o likę 3 – vyrai (16,7 %). Visi (100 %, n=18) respondentai nurodė Vilnių kaip gyvenamąją vietą.

Gauta pagalba. Visi respondentai (100 %, n=18) patvirtino, kad per pastaruosius 6 mėnesius naudojos psichikos sveikatos specialistų teikiama pagalba. Po patirtos krizės 15 respondentų (83,3 %) teigė gavę psichologo konsultacijas, 17 (94,4 %) – psichiatro, 15 (83,3 %) – medicininę pagalbą (stacionarą), vienas respondentas (5,6 %) minėjo psichoterapiją, o vienas (5,6 %) akcentavo artimųjų paramą ir rūpestį. Tyrimo dalyviai gautą pagalbą dažniausiai vertino kaip „efektyvią“ (61,1 %, n=11), 5 respondentai (27,8 %) įvertino kaip „labai efektyvią“. Tik po vieną respondentą pagalbą įvertino kaip „vidutinišką“ (5,6 %) ir „mažai efektyvią“ (5,6 %). Nei vienas iš respondentų pagalbos neįvertino kaip „neefektyvios“. Respondentų pasiskirstymas pagal efektyvumo vertinimą yra pateikiamas 2 pav.



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gautos pagalbos efektyvumo vertinimą.

Tyrimo dalyviai pozityviai dažniausiai vertino suteiktos pagalbos kokybę, pabrėždami gydytojų profesionalumą, rūpestingumą ir efektyvumą padedant patirtų krizių metu (33,3 %, n=6). Respondentai taip pat minėjo tinkamą farmakoterapinį gydymą (22,2 %, n=4), bei greitą ir efektyvią pagalbą po patirtos krizės (16,7 %, n=3). Žemiau pateikiamoje teminės analizės lentelėje (1 lentelė), pateikiami respondentų atsakymai, kurie yra priskirti atitinkamoms kategorijoms.

1 lentelė. Respondentų teigiamų gydymo aspektų atsakymų teminės analizės lentelė.

Kategorija	Pavyzdinės citatos	Respondentų skaičius (n)	% iš 18 atsakymų
Profesionalūs, rūpestingi specialistai	„Konsultacijos ir supratingumas“(7), „Mandagūs, greiti specialistai, supratingumas“ (17)	6	33,3 %
Sėkmingas vaistų parinkimas / efektyvi farmakoterapija	„Psichologo konsultacija, vaistų pakeitimas, psichiatro konsultacija“(1)	4	22,2 %
Greita / efektyvi pagalba	„Tiksli ir greita pagalba“(10)	3	16,7 %
Teigiamas psichologinis poveikis	„Padėjo su nerimu“(2)	2	11,1 %

1 lentelė. Respondentų teigiamų gydymo aspektų atsakymų teminės analizės lentelė (tęsinys).

Saugi, palaikanti aplinka	„Personalas pagarbus ir geras, rami aplinka, saugumas“(12)	2	11,1 %
Papildomos terapinės veiklos (sportas, meno terapija ir pan.)	„Užsiėmimai (sportas, šokis, meno terapija), suicidologų konsultacijos“(11)	1	5,6 %
Didesnis dėmesys nei anksčiau	„Gavau daugiau pagalbos negu ūmiam skyriuje“(6)	1	5,6 %

Paiškinimas: respondentų atsakymai yra priskirti atitinkamoms teminėms kategorijoms. Skliaustuose prie pavyzdinių citatų yra nurodomas respondento numeris. Kai kurie respondentai atsakymuose nurodė aspektus, kurie galėtų būti priskiriami kelioms kategorijoms. Skaičiai rodo, kiek kartų išskirta kategorija buvo paminėta, o procentai – kokia dalis respondentų tai paminėjo.

Nepaisant teigiamų gautos pagalbos aspektų, 10 iš 18 respondentų (55,6 %) išsakė ir neigiamų aspektų. 2 lentelėje yra pateikiamos neigiamų gautos pagalbos aspektų kategorijos ir atsakymų dažniai. Dažniausiai (33,3 %, n=6) respondentai minėjo trumpą gydymo laikotarpį, per kurį buvo per mažai psichologų ar psichiatrų konsultacijų. Dėl to tyrimo dalyviai jautėsi neišklausyti, iki galo nesuprasti ar nepakankamai išsamiai informuoti apie savo būklę.

2 lentelė. Respondentų neigiamų gydymo aspektų atsakymų teminės analizės lentelė.

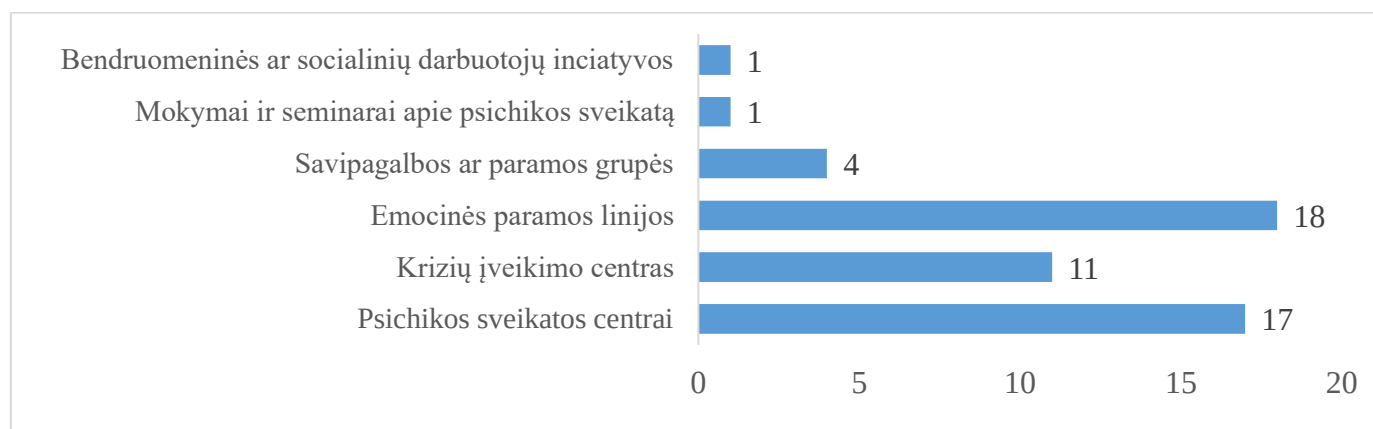
Kategorija	Pavyzdinės citatos	Respondentų skaičius (n)	% iš 18 atsakymų
Trūksta psichologo / psichiatro konsultacijų / trumpa trukmė	„Mažas laikotarpis, kad pilnai suvokti viską...“(3), „Norėjosi daugiau konsultacijų su psichiatru“(10)	6	33,3 %
Trūkumai stacionare (veiklų stoka, sąlygos)	„Veiklų trūkumas penktadieniais ir savaitgaliais“(11)	3	16,7 %
Informacijos stoka	„Nesužinojau apie ligą“(12)	1	5,6 %

Paiškinimas: respondentų atsakymai yra priskirti atitinkamoms teminėms kategorijoms. Skliaustuose prie pavyzdinių citatų yra nurodomas respondento numeris. Kai kurie respondentai atsakymuose nurodė aspektus, kurie galėtų būti priskiriami kelioms kategorijoms. Skaičiai rodo, kiek kartų išskirta kategorija buvo paminėta, o procentai – kokia dalis respondentų tai paminėjo.

Šios dalies paskutinis klausimas buvo „Ar jaučiatės pakankamai informuotas (-a) apie galimybes gauti pagalbą po patirtos krizės?“. Respondentai pasiskirstė po lygiai – 9 asmenys (50,0 %) nurodė, kad yra pakankamai informuoti, kiti 9 (50,0 %) – iš dalies. Nei vienas iš tiriamųjų nepasirinko varianto, jog jis visai nėra informuotas.

Nuomonės ir rekomendacijos. Respondentų nuomone, labiau palaikomiems po patirtos krizinės situacijos jiems padėtų daugiau konsultacijų su psichologais ar psichiatrais (88,9 %, n=16). 10 respondentų (55,6 %) pabrėžė savipagalbos grupių svarbą, 8 (44,4 %) – daugiau informacijos apie pagalbos galimybes. Po vieną respondentą (5,6 %) išskyrė psichikos sveikatos raštingumo didinimą ir artimųjų įsitraukimą į pagalbos procesą. Vertinant savižudybių prevencijos priemonių pakankumą Vilniaus mieste, respondentai pasiskirstė taip: dauguma (38,9 %, n=7) manė, kad Vilniuje prevencinių priemonių nėra pakankamai, 6 respondentai (33,3 %) nurodė neturintys aiškos nuomonės ar negalėjo atsakyti, ir tik 5 respondentai (27,8 %) manė, kad Vilniuje savižudybių prevencijos priemonių yra pakankamai. Pagrindiniai trūkumai, kuriuos respondentai vardijo paprašius argumentuoti pasirinkimą, buvo: ilgos eilės pas psichikos sveikatos specialistus (27,8 %, n=5), informacijos apie pagalbos galimybes trūkumas (27,8 %, n=5).

Respondentų informuotumas apie prevencines programas Vilniaus mieste buvo įvairus, tačiau visi (100,0 %, n=18) respondentai žinojo bent vieną prevencinę priemonę, bent 3 prevencines priemones žinojo 12 respondentų (66,7 %). Visi (100,0 %, n=18) respondentai žinojo apie emocinės paramos linijas, o 17 respondentų (94,4 %) – apie psichikos sveikatos centrus ir juose teikiamas psichologo ir psichiatro konsultacijas. Kitas prevencijos priemones respondentai žymėjo rečiau. 3 pav. yra pateikiamas skirtingų prevencinių priemonių žinomumas.



3 pav. Respondentų žinomos prevencinės priemonės (skaičius nurodo, kiek respondentų pažymėjo atsakymą).

Apie šias prevencines programas daugiausiai respondentų (55,6 %, n=10) išgirdo iš sveikatos priežiūros specialistų, 7 tiriamieji (38,9 %) nurodė internetą ar socialinius tinklus, 7 (38,9 %) – apie prevencines programas išgirdo iš artimųjų ar draugų. Vienas respondentas (5,6 %) nurodė savanorystę jaunimo linijoje kaip informacijos šaltinį, o vienas (5,6 %) apie prevencines programas buvo supažindintas socialinio darbuotojo. Dauguma respondentų (83,3 %, n=15) prieš patirtą krizę nedalyvavo jokiaje prevencinėje programoje ir tik nedidelė dalis (16,7 %, n=3) – dalyvavo. Vienas respondentas prieš patirtą krizę lankėsi savo PSC, tačiau nebuvo patenkintas ten gauta pagalba. Kitas tiriamasis lankė psichosocialinę reabilitaciją ir buvo patenkintas suteikta pagalba. Paskutinis prieš patirtą krizę prevencinėse programose dalyvavęs respondentas, nurodė buvęs VmPSC poūmio psichiatrijos skyriuje, ten turėjęs ir suicidologo konsultacijų. Taip pat, šis respondentas lankė grupinę terapiją bei individualias psichologo konsultacijas savo PSC, visos terapijos respondentui pasirodė naudingos, tačiau krizės išvengti nepadėjo. Nei vienoje prevencinėje programoje nedalyvavę pacientai buvo papildomai užklausti kodėl nedalyvavo jokiose programose. 5 respondentai (27,8 %) nurodė motyvacijos stoką kaip pagrindinę priežastį, 3 (16,7 %) – informacijos apie pagalbos galimybes stoką, po 2 respondentus (11,1 %) atsakė, kad jiems sutrukdė egzistuojanti stigma, ar vidinis nerimas/baimė kreiptis pagalbos. Likę respondentai (16,7 %, n=3) negalėjo tiksliai įvardinti kodėl nedalyvavo prevencinėse programose ar nenorėjo atsakyti į šį papildomą klausimą.

4.2 Pakartotinio interviu rezultatai.

Pakartotiniame interviu telefonu po 14 kalendorinių dienų dalyvauti sutiko 17 respondentų (94,4 %). Su vienu respondentu nepavyko susisiekti skambinant 3 darbo dienas iš eilės. Vienas respondentas taip pat atsisakė dalyvauti interviu, nes pateko atgal į ligoninę. Iš viso, pakartotiniame interviu dalyvavo 15 respondentų (83,3 % pirminio interviu imties).

Dauguma respondentų (80,0 %, n=12) per pastarąsias 14 dienų gavo psichologinę pagalbą, likę 3 tiriamieji (20,0 %) nurodė, kad tolimesnės pagalbos ieškosis privačiai, kiek vėliau. 9 asmenys (60,0 %) minėjo psichiatro, psichologo ar psichoterapeutų konsultacijas (po 2-3 konsultacijas per 14 dienų), 5 respondentai (33,3 %) lankė dienos stacionarą. 3 asmenys (20,0 %) konsultacijas rinkosi privačiose klinikose ar psichiatrų kabinetuose. Gavusieji tęstinę pagalbą (n=13) ją vertino taip: „Labai efektyvi“ – 4 apklaustieji (30,8 %), „Efektyvi“ – 3 (23,1 %), „Vidutiniška“ – 3 (23,1 %), „Mažai efektyvi“ / „Neefektyvi“ – 0.

Visų respondentų buvo klausiama, ar po patirtos krizinės situacijos (savižudybės grėsmės) su jais susisiekė iš jų PAASPI (poliklinikos ar PSC). 14 respondentų (93,3 %) patvirtino, kad su jais susisiekta

nebuvo. Vienas iš respondentų minėjo, kad pačiam bandžius susisiekti su jo PSC, jam teko iš naujo įsirašyti į konsultacijos laukimo eilę, o konsultacija su psichologu jam numatoma už 1,5 mėnesio. Vienas tiriamasis minėjo, kad su juo susisiekė socialinis darbuotojas dėl tęstinės pagalbos po krizinės situacijos, tačiau respondentas minėjo, kad dėl neaiškaus pokalbio turinio, tęstinės pagalbos atsisakė ir nebuvo tikras ar tai buvo jo PAASPI darbuotojas.

Vertinant požiūrio į savižudybių prevencijos poreikį ir kokybę pokyčius po krizės, respondentų atsakymai buvo įvairūs. Dauguma (66,6 %, n=10) išsakė teigiamą požiūrį į šias iniciatyvas, tuo pačiu išsakydami ir poreikį plėsti bei tobulinti savižudybių prevencijos paslaugas (pvz., „Gera, pozityvi, reikia daugiau įvairesnių pagalbos būdų.“ (1), „Reikia kuo daugiau. Asmeniškai, Lietuvoje tai yra būtina. Kai nutinka krizinė situacija, labai gerai žinoti, kad yra vietų, kur bus suteikiama pagalba.“ (13)). Tuo pačiu, dalis respondentų (20,0 %, n=3) išsakė trūkumus, su kuriais jiems teko susidurti: informacijos apie prevencines programas stoka, stigmatizacijos problema, bei žmogiškumo stoka tam tikrose įstaigose. Dalis apklaustųjų (13,3 %, n=2), taip pat, akcentavo, kad trūksta informuotumo ką daryti toliau, kaip sugrįžti į normalų gyvenimą po patirtos krizės ir, tam tikrais atvejais, gana ilgo laiko, praleisto ligoninėje. Apibendrinant, rezultatai parodo, jog nors dalyvių požiūris į savižudybių prevencijos programų reikalingumą dažnai yra teigiamas arba išlieka nepakitęs, dauguma jų išreiškė nuomonę, kad kokybiškos ir tęstinės pagalbos priemonės (įskaitant daugiau individualių konsultacijų, aiškesnę informaciją bei komandinį sveikatos specialistų bendradarbiavimą) yra būtinos ir turėtų būti labiau prieinamos.

Pakartotinio interviu metu taip pat buvo vertinamas respondentų informuotumas apie tolimesnes pagalbos galimybes Vilniaus mieste. 8 tiriamieji (53,3 %) teigė, kad žino kur gali kreiptis pagalbos toliau, 6 (40,0 %) – iš dalies žino apie pagalbos galimybes, o vienas respondentas (6,7 %) teigė nežinantis kur reikėtų kreiptis pagalbos. Paprašius konkrečiai įvardinti, visi respondentai (100,0 %, n=15) galėjo įvardinti bent 1 pagalbos būdą, tačiau išvardintos priemonės ir jų kombinacijos buvo labai įvairios. Daugiausia (60,0 %, n=9) paminėjo nemokamas emocinės paramos telefono linijas, pavyzdžiui, Jaunimo, Vilties linijas, taip pat 5 respondentai (33,3 %) įvardijo galimybę kreiptis į psichiatrą - poliklinikoje ar privačiai. Po 4 tiriamuosius (26,7 %) įvardijo PSC ir skubiąją medicininę pagalbą (greitoji medicinos pagalba, priimamasis). 2 respondentai (13,3 %), iškilus pagalbos poreikiui, atsižvelgtų į sudarytą savisaugos planą. Vis dėlto atsakymuose atsiskleidė ir nežinomybės – keletas tiriamųjų (26,7 %, n=4) įvardijo tik žinantys apie pagalbos priemones, tačiau išsakė, kad nežinotų, kaip į jas reikėtų kreiptis pagalbos.

13 dalyvių (86,7 %) nurodė bent vieną dabartinės prevencinės sistemos trūkumą ar problemą. 8 respondentams (53,3 %) tai buvo ilgų eilių problema sveikatos sektoriuje, pabrėždami, kad net patiriant savižudybės grėsmę, jiems teko laukti nuo kelių savaitių ar net mėnesių, kol gavo psichiatro konsultaciją ar siuntimą į specializuotą psichikos sveikatos skyrių ligoninėje. 4 respondentai (26,7 %) akcentavo gydymo tęstinumo problemą – jiems norėjosi nenutrūksto kontakto su psichikos sveikatos specialistais. Teminė analizė, atspindinti pagrindines dalyvių minėtų trūkumų kategorijas yra pateikiama 3 lentelėje. Lentelėje pateikiamos pavyzdinės citatos, kartu su respondento numeriu skliaustuose, bei atsakymų dažniai. Kai kurie respondentai į klausimus atsakė išsamiai, įvardijant keletą kategorijų apimančias problemas. Trys dalyviai (20,0 %) minėjo, kad patiems neteko susidurti su problemomis, tačiau vienas iš jų pateikė pavyzdžių iš artimos aplinkos, jie taip pat buvo įtraukti į teminės analizės lentelę.

3 lentelė. Respondentų minėtų savižudybės prevencijos sistemos trūkumų teminės analizės lentelė.

Kategorija	Pavyzdinės citatos	Respondentų skaičius (n)	% iš 15 atsakymų
Ilgos eilės	„Esant krizei, tenka laukti nuo kelių savaitių iki mėnesių...“ (9) „1,5 mėn. eilė vietiniame PSC.“ (3)	8	53,3 %
Stigmatizacija ir empatijos stoka	„Griežtos tvarkos skyriuose, diskriminacija prieš moteris...“ (3) „Stigmatizacijos problema, ypač kaip vyrai.“ (11)	5	33,3 %
Tęstinio gydymo stoka	„Norėtų, kad gydymas užtruktų ilgesnį laiką ir po ligoninės.“ (2) „Nelabai žinau, kur kreiptis dėl tolimesnės pagalbos...“ (4)	4	26,7 %
Informacijos trūkumas	„Niekada nežinojau, kur tos pagalbos teirautis.“ (11)	3	20,0 %
Individualizuotos pagalbos stoka	„Labai sunku prisitaikyti turint autizmo sutrikimą...“ (12)	2	13,3 %
Prevencijos ir psichoedukacijos stoka	„Nuo vaikystės žmonės žinotų, kad tai gali būti gyvenimo dalis ir kaip su tuo tvarkytis.“ (10)	2	13,3 %

Paiškinimas: respondentų atsakymai yra priskirti atitinkamoms teminėms kategorijoms. Skliaustuose prie pavyzdinių citatų yra nurodomas respondento numeris. Kai kurie respondentai atsakymuose

nurodė aspektus, kurie galėtų būti priskiriami kelioms kategorijoms. Skaičiai rodo, kiek kartų išskirta kategorija buvo paminėta, o procentai – kokia dalis respondentų tai paminėjo.

Paskutinis tyrimo klausimas buvo: „Ar turite papildomų rekomendacijų ar pastebėjimų dėl savižudybių prevencijos paslaugų Vilniaus mieste?“. Dalis atsakymų į šį klausimą kartojosi su anksčiau minėtais trūkumais ir pastebėjimais, pavyzdžiui, ilgomis eilėmis ar informacijos stoka. 4 lentelėje pateikiami respondentų atsakymai, kurie nesutapo su anksčiau paminėtais savižudybių prevencijos paslaugų aspektais Vilniaus mieste, kiekvienai naujai išsakytai kategorijai iliustruoti yra pateikiama respondento citata.

4 lentelė. Respondentų rekomendacijos savižudybių prevencijos tobulinimui Vilniaus mieste.

Kategorija	Pavyzdinė citata
Asmeninis rūpestis iš specialistų	„Paskambintų, pasidomėtų, kaip sekasi.“ (1)
Personalo švietimas	„Darbuotojų švietimas, kaip normaliai elgtis su tikrai sergančiais žmonėmis.“ (4)
Ankstyva psichoedukacija	„Mokymai, kaip tvarkytis su tokiomis situacijomis nuo mokyklos laikų.“ (7)
Didesnis savipagalbos priemonių pasirinkimas	„Daugiau savipagalbos grupių, patarimų, kad patys galėtume tvarkytis su problemomis.“ (8)
Kūrybinės terapijos įtraukimas	„Daugiau užsiėmimų, dailės terapijos... nėra ką veikti skyriuose.“ (9)
Intensyvesnės grupinių veiklų programos	„Patiko grupiniai užsiėmimai, norėtusi daugiau.“ (16)
Šeimos gydytojų kompetencijos didinimas	„Norėtusi, kad šeimos gydytojai turėtų daugiau žinių.“ (17)
Viešinimas ir visuomenės informavimas apie prevenciją	„Norėtusi daugiau straipsnių žiniasklaidoje apie prevencines problemas ir psichikos sveikatos edukaciją.“ (11)

Paaiškinimas: respondentų atsakymai yra priskirti atitinkamoms teminėms kategorijoms. Skliaustuose prie pavyzdinių citatų yra nurodomas respondento numeris.

5. APTARIMAS

5.1 Tyrimo metu išryškėjusios problemos.

Atsižvelgiant į bendrą Lietuvos ir kitų šalių kontekstą, demografiniai veiksniai gali nulemti tiek savižudiško elgesio riziką, tiek ir norą ieškoti pagalbos. Pavyzdžiui, Lietuvos statistikos duomenų bazėse ir atliktuose tyrimuose pažymima, kad: vyrai statistiškai dažniau nusižudo nei moterys, o didžiausia rizika yra vidutinio amžiaus vyrų grupėje (3,14). Pasauliniu mastu stebima, kad tik 15–19 metų amžiaus moterų grupėje dalis šalių fiksuoja didesnę savižudybių rodiklį. Atliktame tyrime, didžiąją dalį respondentų sudarė jaunos (amžiaus vidurkis – 22.6 metai) moterys (83,3 % respondentų). Ankstesnių tyrimų duomenimis, Vilniuje savižudiškas elgesys dažniausiai pasireiškia 19–34 metų vyrams ir 10–18 metų moterimis, tačiau taip pat pabrėžiama, kad su amžiumi didėję savižudiško elgesio letališkumas – vyresnio amžiaus vyrų bandymai dažniau baigiasi mirtimis (77). Tyrimai pabrėžia, kad didelę savižudybių riziką turintys vidutinio amžiaus vyrai nesikreipia pagalbos dėl stigos ir kultūrinių nuostatų, akcentuojančių savarankiškumą (15).

Dauguma tyrimo dalyvių gautą pagalbą įvertino kaip „efektyvią“ ar net „labai efektyvią“; panašus teigiamas vertinimas atitinka literatūros duomenis, pabrėžiančius, kad tikslinės, moksliskai pagrįstos intervencijos gali reikšmingai sumažinti savižudybės riziką (39,69). Vis dėlto šie rezultatai nėra vienareikšmiai – net 55,6 % apklaustųjų išvelgė neigiamų pusių: trūko psichologinių konsultacijų, informacijos apie pagalbos galimybes, o tai parodo, kad egzistuojančios pagalbos priemonės ne visada atitinka poreikius. Šie ir kiti respondentų pastebėjimai bei patirtys leido identifikuoti svarbiausias problemas vertinant savižudybių prevencijos modelį Vilniaus mieste.

Atlikto tyrimo rezultatai atkleidė keletą esminių trūkumų Vilniaus miesto savižudybių prevencijos sistemoje, apsunkinančių prevencijos efektyvumą. Vienas iš jų buvo informacijos apie pagalbos galimybes stoka. Žemas informuotumo lygis reiškia, kad nemaža dalis krizinėje situacijoje esančių asmenų nežino kur gauti pagalbą, o toks trūkumas gerokai sumažina prevencinių priemonių efektyvumą, nes žmonės nesikreipia pagalbos laiku, arba iš viso nežino kur kreiptis. Mūsų tyrimo dalyviai tai patvirtino – nemaža dalis jų nurodė nežinantys, kur ieškoti pagalbos ar informacijos apie esamas paslaugas: „Niekada nežinojau, kur tos pagalbos teirautis“. Ši problema nėra unikali Vilniaus miesto kontekste, nepakankamas informuotumas minimas kaip viena reikšmingiausių kliūčių savižudybių prevencijoje (7,70). Nors visuomenės švietimas (pvz., informacinės kampanijos) didina žinias apie savižudybių riziką ir skatina žmones kreiptis pagalbos, tyrimų duomenys rodo, kad vien šios priemonės gali neturėti tiesioginio poveikio savižudybių dažnio mažėjimui (10,78). Tai rodo, kad

informuotumo didinimas yra būtina sąlyga, tačiau tai reikia derinti su kitomis savižudybių prevencijos strategijomis. Žemo informuotumo priežastys Vilniaus mieste (ir Lietuvoje) gali būti susijusios su ilgalaikiu savižudybių ir psichikos sveikatos temų vengimu visuomenėje. Be to, mokyklose ir bendruomenėse stigo psichoedukacijos – dalis respondentų minėjo žinių apie emocinę savijautą trūkumą nuo mokyklos laikų, ką parodo ir anksčiau aptartas mažas dėmesys paauglių psichoedukacijai Vilniuje. Tai lemia, kad asmenys neretai yra nesusipažinę su jiems prieinama pagalba, o tai turi tiesioginių neigiamų pasekmių – nesikreipiant pagalbos ankstyvose krizės stadijose problemos užsitęsia ir komplikuojasi (79). Tą parodo ir mūsų tyrime gauti rezultatai – vos keli respondentai dalyvavo prevencinėse programose iki patirtos krizės, o nedalyvavimo priežastys jie įvardijo kaip motyvacijos, informuotumo stoką bei egzistuojančią stigmą. Nors mūsų tyrimo respondentai to neminėjo, kitame tyrime pastebėta, kad pagrindinė nesikreipimo į pagalbos linijas priežastis buvo tai, jog krizės metu asmenys tiesiog pamiršta apie tokią pagalbos galimybę (80).

Kita svarbi išryškėjusi problema, kuri yra glaudžiai susijusi su informuotumo stoka – psichikos sveikatos problemų stigma. Tyrimo dalyviai dalinosi patirtimis, kad visuomenėje vis dar egzistuoja neigiami stereotipai, dėl kurių dalis žmonių vengia ieškoti pagalbos. Tai pagrindžia ir anksčiau Lietuvoje atlikti tyrimai. Pavyzdžiui, 2016 metais atliktame kokybiniame tyrime, apklausiant nusižudyti bandžiusius asmenis, pastebėta, kad pagrindinės kliūtys ieškoti pagalbos, buvo įsitikinimas, kad pagalba vis tiek nepasiekiamą ar nebus veiksminga, manymas, kad problemas reikia susitvarkyti pačiam, diskomfortas dalijantis asmeninėmis problemomis, nenoras apsunkinti artimųjų ir įsitikinimas, kad emocijų rodymas – silpnumo požymis (15). Šie barjerai galimai kilę iš istorinių ir kultūrinių veiksnių – tarpukario periodu Lietuvoje buvo vienas mažiausių savižudybių rodiklių Europoje, o sovietų okupacijos Lietuvoje laikotarpiu šis skaičius gerokai išaugo (26,81). Po okupacijos periodo, Lietuvoje ir kitose buvusiose Sovietų Sąjungos valstybėse išliko nepasitikėjimas psichiatrija, gėdos jausmas ieškant psichologinės pagalbos ir gerokai didesni savižudybių rodikliai nei vakarų šalyse (82,83). Pats stigmos egzistavimas turi neigiamų pasekmių savižudybių prevencijai. Bijodami neigiamos aplinkinių reakcijos, asmenys vengia kreiptis pagalbos, tokias nuostatas išsakė ir atlikto tyrimo dalyviai. Be to, net ir gavus pagalbą, stigmatizuojančios nuostatos gali trukdyti gydymosi procesui – asmuo gali vengti tęstinių konsultacijų, nesilaikyti rekomendacijų arba slėpti problemas dėl baimės būti nesuprastam ar pasmerktam (84). Tarptautiniai tyrimai ir PSO gairės pabrėžia, kad stigma yra svarbus barjeras savižudybių prevencijoje, todėl būtina taikyti priemones jai mažinti: didinti psichikos raštingumą, normalizuoti pagalbos paiešką (7). Taip pat literatūroje siūloma pasitelkti inovatyvias priemones, kad būtų pasiekiami asmenys, vengiantys tiesioginės pagalbos dėl stigmos. Vienas pavyzdys –

technologijomis praturtintos intervencijos: tyrimai rodo, kad internetinės ar telefoninės pagalbos programos yra prieinamos ir naudingos tiems, kam tradicinės pagalbos kreiptis trukdo stigma ar paslaugų kaina (68). Vilniaus kontekste – siekiant pasiekti labiausiai socialiai atskirtas grupes, galima plėsti anoniminės nuotolines paslaugas (pvz., internetines konsultacijas, pagalbos linijas), kurios apeina stigmatizacijos problemą. Tyrimai rodo, kad didžioji dalis gydytojų psichiatrų rekomenduoja pacientams emocines paramos linijas, tačiau vos keli iš apklaustų gydytojų gali konkrečiai nurodyti telefono numerius, kuriais kreiptis, o beveik pusė gydytojų jas rekomenduoja retai (85). Dažnesnis, struktūrizuotas bei aiškus šių paslaugų rekomendavimas padėtų didinti jų pasiekiamumą tarp pacientų, kuriems tiesioginė pagalba dėl stigos ar kitų barjerų yra sunkiau prieinama.

Kitas išryškėjęs trūkumas – savižudybių prevencijos paslaugų koordinavimo stoka. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad po patirtos savižudybės grėsmės, tęstinės pagalbos sistemoje yra reikšmingų problemų. Tik su 1 iš 15 apklaustųjų po patirtos krizinės situacijos susisiektų atvejo vadybininkas iš jo PAASPI. Pagal Sveikatos apsaugos ministro 2022 m. rugsėjo 30 d. įsakymą Nr. V-1507, PSC, dokumentų gavimo dieną, turi paskirti atvejo vadybininką, kuris su asmeniu susisiektų tą pačią arba kitą darbo dieną ir informuoja jį apie tęstinės pagalbos galimybes bei skatina priimti pagalbą (86). Atlikus binominį testą, gauta reikšmingai mažesnė įvykusių kontaktų proporcija nei teisės aktų numatyta 100 % ($p < 0,001$), parodant, kad praktikoje nėra taikoma teisės aktų numatyta prievolė, neužtikrinant tęstinės pagalbos prieinamumo savižudybės grėsmę patyrusiems asmenims. Panašios gydymo tęstinumo problemos taip pat išskiriamos Savižudybių prevencijos biuro atliktame sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo vertinime (64). Literatūroje pabrėžiama, kad pakartotinis kontaktas ir tęstinė pagalba po patirtos savižudybės grėsmės yra viena iš esminių priemonių, galinčių reikšmingai sumažinti pakartotinių bandymų nusižudyti skaičių (37,38). Tęstinė psichologinė pagalba po patirtos krizės taip pat lemia dažnesnį pakartotinių savižudybės grėsmių atpažinimą, bei lemia didesnį psichoterapijos lankymą ir užtikrina jų psichikos sveikatos priežiūros tęstinumą (8,37). Svarbu paminėti, kad atliktame tyrime, tęstinę pagalbą gavo 80 % respondentų, likę 20 % tęstinės pagalbos nusprendė ieškoti privačiai vėliau, o iš tų, kurie gavo pagalbą, nemaža dalis pagalbą rinkosi privačiose klinikose ar psichiatro kabinetuose, nepaisant to, kad pagal galiojančius teisės aktus, asmenims, patyrusiems savižudybės grėsmę, yra galimybė gauti 10 nemokamų medicinos psichologo konsultacijų (pirmąją – per 14 dienų nuo kontakto su atvejo vadybininku), o per pastaruosius 3 mėnesius bandžiusiam nusižudyti asmeniui – papildomos 3–6 specializuotos trumpalaikės terapijos (86). PSO gairėse „*Live Life: an Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries*” tarp šešių esminių prevencijos ramsčių išskiriamas tarpsektorinis bendradarbiavimas ir pagalbos

tęstinumas (2). Tai apima sveikatos apsaugos, socialinių tarnybų, nevyriausybinių organizacijų, švietimo sektoriaus ir kitų grandžių bendradarbiavimą, kuris leidžia nenutrūkstamai teikti pagalbą nuo pirminės prevencijos iki postvencijos paslaugų (87). Mūsų aptiktas paslaugų koordinavimo trūkumas aiškiai rodo poreikį Vilniaus prevencijos sistemoje diegti integruoto bendradarbiavimo principus, kuriuos rekomenduoja tiek PSO, tiek daugelio šalių gerosios praktikos. Tai galėtų apimti geresnį duomenų apsikeitimą tarp įstaigų, atvejo vadybos sistemos veikimo užtikrinimą.

Atliktas tyrimas taip pat atskleidė, kad nemaža dalis tiriamųjų, kurie ieškojo pagalbos po patirtos krizės, susidūrė su ilgomis eilėmis. Daliai respondentų, susidūrus su savižudiškomis mintimis, teko laukti daugiau nei mėnesį, iki kol gavo specializuotą pagalbą stacionare. Ši problema yra ypač aktuali tiems, kam jau pasireiškė savižudybės grėsmė, nes laiku negavus pagalbos – savižudybės rizika didėja. Oficialiosios statistikos portalo ataskaitoje skelbiama, kad ilgų eilių problema galioja visam sveikatos apsaugos sektoriui – net 73 % gyventojų, prireikus medicininių paslaugų, jų laiku negavo dėl ilgos laukimo trukmės (88). Tai parodo, kad asmenys, susidūrę su savižudiškomis mintimis, neretai neturi galimybės greitai sulaukti pagalbos, jei nesikreipia į skubios medicinos paslaugas teikiančias įstaigas. Ilgas pagalbos laukimas gali lemti savižudybės grėsmės didėjimą ir pabloginti baigtį, o greita kompleksinė pagalba yra vienas iš svarbiausių veiksnių, galinčių reikšmingai sumažinti savižudybių skaičių (2,31). Vienas iš prioritetų, tiek Vilniaus, tiek nacionaliniu mastu, išlieka koordinuotas ir greitas psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas.

Galiausiai, išryškėjo ribotos taikomų prevencinių intervencijų apimtys. Nors pastaraisiais metais pradėta daug įvairių iniciatyvų (socialinės kampanijos, mokymai specialistams), bendra prevencijos programa išlieka fragmentuota ir neapima visų lygmenų. Atlikto tyrimo dalyviai siūlė didinti psichoedukacijos lygį, ir dauguma jų manė, kad prevencijos priemonių Vilniuje yra per mažai. Dauguma respondentų nedalyvavo jokioje prevencinėje programoje, nurodydami motyvacijos ar informuotumo stoką kaip priežastį, tačiau tą gali paaiškinti ir tai, kad prevencinės programos neapima visos populiacijos ir visų rizikos grupių. Pavyzdžiui, vykdomi mokymai specialistams, tačiau trūksta mokymų pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, kuri dažniausiai susiduria su savižudybės grėsmę patiriančiais asmenimis (61). Veikia nemažai emocinės paramos linijų, tačiau trūksta mokymų mokyklose. Pradėtas atvejo vadybos modelio taikymas, tačiau jis nėra įgyvendinamas. Galima teigti, kad egzistuoja spragos įvairiose savižudybių prevencijos lygmenyse: universalių priemonių pirminėje prevencijoje (pavyzdžiui, psichoedukacijos), specializuotų priemonių antrinėje prevencijoje (pirminės grandies specialistų mokymai atpažinti savižudybės riziką turinčius asmenis) bei tretinėje prevencijoje (tęstinumo neužtikrinimas). Apibendrinus daugelio šalių tyrimus, nustatyta, kad veiksmingiausios strategijos apima

įvairių lygmenų derinį (2,6–10,33,70). Dabartinis savižudybių prevencijos priemonių taikymas Vilniuje nėra pakankamas – reikia užtikrinti kompleksinių, įrodymais grįstų, visus prevencijos lygmenis apimančių prevencijos modelių taikymą.

5.2 Savižudybių prevencijos galimybės Vilniaus mieste.

Atsižvelgus į aptartus iššūkius, galima teigti, kad Vilniaus miesto savižudybių prevencijos praktikoje yra reikšmingų spragų, ir galimi pokyčiai, orientuoti į kompleksinių, moksliniais tyrimais pagrįstų modelių diegimą.

Pirmiausia, „Zero Suicide“ modelis, skirtas sveikatos priežiūros sistemos pertvarkymui, galėtų išspręsti tęstinumo ir paslaugų koordinavimo problemą (62). Modelio tikslas – užtikrinti, kad visi, su savižudybės grėsme susiduriantys asmenys, būtų tiksliai ir laiku atpažinti, būtų pritaikytos efektyvios intervencijos ir po gydymo nebūtų palikti be priežiūros. „Zero Suicide“ modelio, ar jo elementų pritaikymas Vilniaus mieste būtų labai naudingas, užtikrinant, kad sveikatos priežiūros įstaigos atliktų reguliarius pakartotinius kontaktus su grėsmę patiriančiais pacientais. Tyrimai rodo, kad tinkamas modelio pritaikymas gali sumažinti savižudybių skaičių net 75 %, tačiau dar nėra atlikta užtektinai tyrimų efektyvumui pagrįsti (9). Taigi, pritaikant šį modelį Vilniuje, būtina atsižvelgti į ribotus specialistų išteklius ir kultūrinius ypatumus.

Antra, labiau į bendruomenę nukreiptas modelis, EAAD (angl. *European Alliances Against Depression*), ir išplėstinė jo versija OSPI – *Europe* galėtų tiesiogiai padėti spręsti stigmos, informuotumo ir bendradarbiavimo iššūkius (33,70). Šis modelis apima keturis pagrindinius komponentus: visuomenės švietimą, pirminės grandies sveikatos priežiūros specialistų mokymą, pagalbos paslaugų stiprinimą rizikos grupėms ir glaudų bendradarbiavimą su bendruomenės veikėjais. Modelio įgyvendinimas gali sumažinti savižudybių ir savižudybių bandymų skaičių net ketvirtadaliu, o patį modelį būtų galima pritaikyti Vilniuje, sudarant tarpdisciplinines darbo grupes, įtraukiančias sveikatos, švietimo, socialinės apsaugos, teisėsaugos, nevyriausybinių organizacijų bei žiniasklaidos atstovus. Lietuvos ir Vilniaus kontekste itin svarbu vykdyti visuomenės švietimo kampanijas, siekiant mažinti stigimą, skatinti ieškotis pagalbos; taip pat svarbūs specialistų mokymai – apimantys ne tik psichikos sveikatos specialistus, bet ir pedagogus, socialinius darbuotojus, šeimos gydytojus; svarbu skatinti ir glaudesnę bendradarbiavimą su žiniasklaida – užtikrinti atsakingą informavimą, skelbti visuomenės psichikos sveikatos raštingumą didinančias publikacijas.

Trečia, „LifeSpan“ modelis, sukurtas ir šiuo metu taikomas Australijoje, tyrimų duomenimis, galintis sumažinti savižudybių rodiklius 20 % (9,89). Modelis integruoja 9 svarbiausias savižudybių

intervencijas, įskaitant mokyklinės programos, bendruomenės sargų (angl. *gatekeeper*) mokymus, savižudybės priemonių prieinamumo ribojimą ir bendradarbiavimą su bendruomenėmis. Vilniaus miesto savivaldybei šis modelis galėtų būti pavyzdys, kaip struktūrizuotai vykdyti savižudybių prevenciją ir ją praplėsti tokiomis priemonėmis kaip: savižudybių prevencijos mokymų įtraukimu į mokytojų kvalifikacijos kėlimą; bendruomenės sargų, galinčių atpažinti ir nukreipti asmenis tikslinės pagalbos, mokymais; taikant psichikos sveikatos raštingumo mokymus mokyklose.

Apibendrinant, universalaus sprendimo nėra – kiekviena šalis, ar netgi miestas turi savižudybės prevencijos modelius pritaikyti pagal specifinius kultūrinius ir socialinius aspektus. PSO rekomenduoja, kad kiekvienas regionas atliktų išsamią situacijos analizę ir pagal ją pritaikytų tinkamas prevencijos priemones (2). Vilniaus miesto kontekste, mūsų atlikta analizė parodo konkrečias spragas, kurios iš esmės atitinka tai, ką tarptautiniai modeliai ir bando išspręsti. Vilniuje svarbu formuoti daugiakomponentį savižudybių prevencijos modelį, paremtą tarptautinių programų principais, bet pritaikytą specifiniam kontekstui (stigmatizacijos, tęstinumo, ilgų eilių problemos). Tokiam modeliui būtinas politinis palaikymas, nuolatinis tarpsektorinis bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės apsaugos ir nevyriausybinių organizacijų sektorių, taip pat pakankamas ir nuoseklus finansavimas. Vilniaus savižudybių prevencinė programa turi pereiti nuo fragmentuotų, neretai neįgyvendintų priemonių į struktūruotą, integruotą ir moksliniais tyrimais pagrįstą sistemą, apimančią visus prevencijos lygmenis. Tai leistų spręsti nustatytus dabartinės sistemos trūkumus, mažinti savižudybių skaičių ir rodyti pavyzdį kitoms Lietuvos savivaldybėms.

5.3 Tyrimo trūkumai, privalumai ir galimos ateities tyrimų kryptys.

Trūkumai. Nepaisant reikšmingų įžvalgų apie Vilniaus miesto savižudybės sistemos veikimą ir jos trūkumus, atliktas tyrimas turi keletą trūkumų. Pirmiausia, nedidelė imtis neleido duomenų naudoti bendram su savižudybės grėsme susiduriančių asmenų apibendrinimui. Nors tyrimo imtis buvo pasirinkta informacijos prisotinimo principu, tačiau didesnė imtis galėjo atskleisti papildomų savižudybės prevencijos sistemos trūkumų. Be to, tyrime nedalyvavo asmenys, kurie iš vis nesikreipia ir neieško pagalbos, ar pagalbą gavo kitur, kur yra taikomi kitokie su savižudybės grėsme susiduriančių asmenų pagalbos algoritmai. Ši aplinkybė taip pat riboja galimybes teigti, kad darytos išvados atspindi tikslinę populiaciją. Papildomai, tyrimo dalyviai pagal amžių ir lytį neatspindėjo didžiausią savižudybės riziką patiriančios sociodemografinės grupės – vidutinio amžiaus vyrų (14). Dėl šių priežasčių tyrimo rezultatai turėtų būti vertintini atsargiai, o gautas įžvalgas rekomenduotina tikrinti platesnėse ir įvairesnėse imtyse.

Privalumai. Be aptartų trūkumų, atliktas tyrimas turi reikšmingų privalumų. Pirmiausia, tai yra vienas iš nedaugelio Lietuvoje, o ypač Vilniuje, atliktų tyrimų, nagrinėjančių savižudybės prevencijos priemones iš pačių savižudybės grėsmę patyrusių asmenų perspektyvos. Dažniau tyrimai šioje srityje apima statistines ar teorines analizes, arba vyriausybinių organizacijų ataskaitas. Atlikto tyrimo kokybinė dalis leido atskleisti detalesnę situaciją, kaip žmonės vertina prevencinės programos efektyvumą ir reikalingumą, ar jaučiasi informuoti ir su kokiais iššūkiais susiduria. Tokios įžvalgos padeda formuluoti konkretesnes rekomendacijas siekiant gerinti savižudybių prevenciją. Mišrus tyrimo dizainas leido ne tik gauti statistinę informaciją apie gautos pagalbos vertinimus, bet ir giliau suprasti individualias dalyvių patirtis. Be to, pakartotinis interviu telefonu padėjo atskleisti tęstinės pagalbos situacijos ypatumus bei pokyčius respondentų nuostatose. Šiame darbe gauti duomenys reikšmingai papildė ir ankstesnių tyrimų bei statistinių analizių išvadas apie savižudybių prevencijos programų ypatumus, pritaikant jas Vilniaus miesto kontekstui.

Ateities tyrimų kryptys. Šio darbo rezultatai išryškina keletą tolimesnių savižudybių prevencijos tyrimų krypčių. Pirmiausia, reikėtų atlikti didesnės imties, ar kelių miestų lygmeniu organizuojamus tyrimus, apimančius daugiau savižudybės prevencijos grandžių, kad būtų galima palyginti skirtingų prevencijos priemonių efektyvumą ir pritaikomumą Vilniaus kontekste. Tokie tyrimai galėtų padėti nustatyti, kokie konkrečiai veiksniai lemia geresnius arba prastesnius intervencijų rezultatus savižudybių dažniui, taip gerinant ne tik Vilniaus miesto, bet ir nacionalinę savižudybių prevencijos sistemą. Antra, verta išsamiau tyrinėti labiausiai pažeidžiamas grupes, pavyzdžiui, vyresnio amžiaus vyrus, siekiant savižudybės prevencijos sistemą pritaikyti jų specifiniams rizikos veiksniams. Taip pat būtų verta įvertinti ilgalaikį asmenų, patiriančių savižudybės grėsmę, stebėjimą, siekiant nustatyti efektyviausią prevencijos priemonių kombinaciją, atspindinčią kultūrinius Lietuvos aspektus. Tokie papildomi tyrimai leistų ne tik Vilniuje, bet ir nacionaliniu lygmeniu, tikslingiau ir efektyviau įgyvendinti savižudybių prevencijos sistemą.

6. IŠVADOS

1. Mokslinės literatūros analizė patvirtino, kad efektyviausia savižudybių prevencija grindžiama daugiapakopiu principu – derinamos įvairios intervencijos visuomenės, bendruomenės, sveikatos priežiūros sistemos ir individualiame lygmenyje. Vilniaus mieste taikomas savižudybių prevencijos modelis atitinka Pasaulio sveikatos organizacijos ir tarptautines gaires, tačiau, taikomam modeliui trūksta priemonių įvairovės ir sistemiškumo, lyginant su tarptautinėmis gerosiomis praktikomis.

2. Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių prevencijos strategija ir priemonės įgyvendinamos fragmentiškai. Spragas lemia nepakankamas duomenų rinkimas, nepakankama mokymų apimtis (pavyzdžiui, psichoedukacijos mokiniams) ir koordinavimo trūkumas.

3. Savižudybės grėsmę patiriantys asmenys ne visada gauna savalaikę ir tinkamą pagalbą. Respondentai nurodė ilgą laukimo laiką, informuotumo trūkumą ir psichikos sveikatos stigmatizaciją kaip pagrindines problemas. Tyrimo metu taip pat nustatyta tęstinės pagalbos neužtikrinimo problema. Šie veiksniai mažina prevencinės programos efektyvumą.

4. Parengtos tikslinės rekomendacijos Vilniaus miesto savižudybių prevencijos tobulinimui. Jos parengtos akcentuojant poreikį užtikrinti tęstinę pagalbą, stiprinti specialistų kompetenciją atpažįstant ir valdant savižudybės riziką, plėsti bendruomenės įtraukimą, mažinti psichikos sveikatos stigmatizaciją bei didinti visuomenės informuotumą apie savižudybių prevenciją.

7. REKOMENDACIJOS

1. Užtikrinti tęstinę pagalbą po patirtos savižudybės grėsmės. Didelį dėmesį skirti teisės aktuose numatyto pakartotinio kontakto vykdymui, siekiant sumažinti pakartotinių bandymų nusizudyti riziką.

2. Plėsti specialistų mokymus, ypač pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Dar labiau sustiprinti specialistų (šeimos gydytojų, švietimo sistemos atstovų, socialinių darbuotojų) mokymus, užtikrinant greitą savižudybės grėsmės atpažinimą ir tikslinės pagalbos teikimą.

3. Plėsti bendruomenės įsitraukimą į savižudybių prevenciją. Įtraukti bendruomenės sargų programą į savižudybių prevencijos strategiją. Skatinti tarpsektorinį bendradarbiavimą, koordinuojant visapusišką savižudybių prevencijos sistemą.

4. Mažinti psichikos sveikatos stigmatizaciją ir didinti visuomenės informuotumą apie savižudybių prevenciją. Bendradarbiaujant su žiniasklaida ir nevyriausybinėmis organizacijomis organizuoti socialines akcijas, informavimo kampanijas, bendruomeninius renginius siekiant didinti visuomenės psichinės sveikatos raštingumą, skatinti paveiktus žmones kreiptis pagalbos ir informuoti apie pagalbos galimybes.

5. Įtraukti psichikos sveikatos raštingumo mokymo programas mokyklose, taip ugdam mokinių gebėjimus atpažinti emocines problemas ir savižudybės grėsmę bei laiku kreiptis pagalbos.

6. Užtikrinti atsakingą informavimą apie savižudybes žiniasklaidoje, taip mažinant imitacinių savižudybių skaičių ir didinant apsauginių veiksnių poveikį visuomenėje.

7. Tobulinti duomenų rinkimo sistemą. Sukurti savižudybių registrą, įtraukti psichologinę autopsiją į tyrimą, taip mažinant nepatikslintų mirties priežasčių skaičių ir leidžiant tiksliau vertinti savižudybių situaciją bei prevencijos priemonių efektyvumą.

8. Nuolat vertinti ir atnaujinti savižudybių prevencijos strategiją. Svarbu užtikrinti, kad Vilniaus savižudybių prevencijos strategija būtų periodiškai vertinama ir atnaujinama, atsižvelgiant į naujausius mokslinius tyrimus ir esamos situacijos pokyčius. Į programą galėtų būti įtraukiamos „Zero Suicide“, EAAD ar „LifeSpan“ savižudybės prevencijos modelių gerosios praktikos.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Įsakymas Nr. V-1507 „Dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ [Internet]. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2022 Sep 30 [cited 2025 Mar 26]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4488a5b040f311edbf47f0036855e731>
2. Live Life: an Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
3. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 2019 Feb 6;364:l94.
4. Deaths by suicide in the EU down by 13% in a decade [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 23]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20240909-1>
5. Eurostat. Death due to suicide, by sex [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 28]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/TPS00122>
6. Cramer RJ, Kapusta ND. A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide. Front Psychol. 2017 Oct 9;8:1756.
7. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2025 Mar 20]. 89 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/131056>
8. Kryszinska K, Batterham PJ, Tye M, Shand F, Cate AL, Cockayne N, et al. Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. Aust N Z J Psychiatry. 2016 Feb;50(2):115–8.
9. Baker ST, Nicholas J, Shand F, Green R, Christensen H. A comparison of multi-component systems approaches to suicide prevention. Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr. 2018 Apr;26(2):128–31.
10. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. Crisis. 2011;32(6):319–33.

11. Platt S, Niederkrotenthaler T. Suicide prevention programs: Evidence base and best practice. *Crisis J Crisis Interv Suicide Prev*. 2020;41(Suppl 1):S99–124.
12. V-2008 Dėl Nacionalinio savižudybių prevencijos veiksmų 2020–2024 metų plano patvirtinimo [Internet]. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2020 Sep 9 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/25d91842f28811eab72ddb4a109da1b5/asr>
13. Vilniaus miesto savivaldybės taryba. 1-464 Dėl Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2020–2024 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių plano 2020 metams patvirtinimo [Internet]. Vilnius: Vilniaus miesto savivaldybė; 2020 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://aktai.vilnius.lt/document/30338712>
14. Higienos institutas [Internet]. [cited 2025 Mar 25]. Available from: <https://stat.hi.lt/>
15. Dadašev S, Skruibis P, Gailienė D, Latakienė J, Grižas A. Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in Lithuania. *Death Stud*. 2016 Sep;40(8):507–12.
16. Suicide Worldwide In 2019: Global Health Estimates. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
17. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009 Apr 18;373(9672):1372–81.
18. Rimkevičienė J MR. Savižudybių registravimo sistemos tobulinimo projektas [Internet]. Vilnius: Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras; 2020[cited 2025 Mar 25]. Available from: [https://www.hi.lt/uploads/Psichikos%20sveikatos%20centras/VPSC_savizudybiu_registravimo_tobulinimo_projektas%20\(1\).pdf](https://www.hi.lt/uploads/Psichikos%20sveikatos%20centras/VPSC_savizudybiu_registravimo_tobulinimo_projektas%20(1).pdf)
19. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev*. 2012 Oct;18(5):321–5.
20. Snowdon J, Choi NG. Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Glob Public Health*. 2020 Dec;15(12):1894–901.
21. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primer*. 2019 Oct 24;5(1):74.
22. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *Int J Cogn Ther*. 2015;8(2):114–29.
23. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2018 Sep 5;373(1754):20170268.
24. Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho AF, et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord*. 2019 Feb 15;245:653–67.
25. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2013 Jan 16;8(1):e51333.

26. Lepeškaitė M. Savižudybės sostinėje ir regionuose: nusižudžiusiųjų artimųjų perspektyva. [Master's thesis]. Vilnius: Vilniaus universitetas; 2020.
27. Jasilionis D, Grigoriev P, Stumbrys D, Stankūnienė V. Individual and contextual determinants of male suicide in the post-communist region: The case of Lithuania. *Popul Space Place*. 2020;26(8):e2372.
28. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017 Feb;143(2):187–232.
29. Chang BP, Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, et al. Biological risk factors for suicidal behaviors: a meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2016 Sep;6(9):e887.
30. Caldwell D. The Suicide Prevention Continuum. *Pimatisiwin*. 2008;6(2):145–53.
31. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*. 2021 Jul;178(7):611–24.
32. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):646–59.
33. Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Coyne JC, McDaid D, et al. Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 2009 Nov 23;9:428.
34. Stanley B, Labouliere CD, Brown GK, Green KL, Galfalvy HC, Finnerty MT, et al. Zero suicide implementation-effectiveness trial study protocol in outpatient behavioral health using the A-I-M suicide prevention model. *Contemp Clin Trials*. 2021 Jan;100:106224.
35. Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J, et al. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depress Anxiety*. 2013 Oct;30(10):1030–45.
36. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 2015 Apr 18;385(9977):1536–44.
37. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings. *JAMA Psychiatry*. 2020 Oct;77(10):1–10.
38. Chesin M, Stanley B. Risk assessment and psychosocial interventions for suicidal patients. *Bipolar Disord*. 2013 Aug;15(5):10.1111/bdi.12092.
39. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract*. 2012 May 1;19(2):256–64.
40. Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2021 Aug;219(2):419–26.

41. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2019 Sep 3;171(5):334–42.
42. Andriessen K, Kryszinska K, Kølves K, Reavley N. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2019;10:2677.
43. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005 Oct 26;294(16):2064–74.
44. Starkuviene S, Kalediene R, Petrauskiene J. Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: Does socio-demographic status matter? *Public Health.* 2006 Aug 1;120(8):769–75.
45. Sabrinskas R, Hamilton B, Daniel C, Oliffe J. Suicide by hanging: A scoping review. *Int J Ment Health Nurs.* 2022 Apr;31(2):278–94.
46. Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol.* 2005 Apr;34(2):433–42.
47. Preventing suicide by hanging and self-poisoning in Scotland: Stage two of the Access to Means study [Internet]. Centre for Suicide Prevention. [cited 2025 Mar 25]. Available from: <https://www.suicideinfo.ca/resource/preventing-suicide-by-hanging-and-self-poisoning-in-scotland-stage-two-of-the-access-to-means-study/>
48. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry.* 2010 Sep;197(3):234–43.
49. Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2012 Jan;9(1):123–38.
50. Higienos institutas. Savižudybių prevencija: leidinys žiniasklaidos specialistams. 2023 m. leidimas [Internet]. Vilnius: Higienos institutas; 2023 [cited 2025 Mar 26]. Available from: <https://www.hi.lt/leidinys-57/leidiniai/informaciniai-leidiniai/savizudybiu-prevencija-leidinys-skirtas-ziniasklaidos-specilaistams-2023-m-leidimas/>
51. Higienos instituto Psichikos sveikatos centras. Lietuvos internetinių portalų žiniasklaidos monitoringas savižudybės tematika. Vilnius: Higienos institutas; 2025.
52. Kapeckaitė J. Žiniasklaidos įtaka suicidinių minčių pasireiškimui vaikų tarpe [Master's thesis]. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2016.
53. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133–54.
54. Zaborskis A, Sirvyte D, Zemaitiene N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health.* 2016 Jul 12;16:554.
55. Zaborskis A, Ilionsky G, Tesler R, Heinz A. The Association Between Cyberbullying, School Bullying, and Suicidality Among Adolescents. *Crisis.* 2019 Mar;40(2):100–14.

56. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, et al. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2010 Apr 13;10(1):192.
57. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Įsakymas Nr. V-1070 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-2008 ‘Dėl Nacionalinio savižudybių prevencijos veiksmų 2020–2024 metų plano patvirtinimo’ pakeitimo“ [Internet]. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2023 Oct 9 [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=83e13100665911ee9fc7ee37cec6fc59>
58. Vilniaus miesto savivaldybė. Įgyvendinamos veiklos [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://vilnius.lt/savivaldybe/sveikata-ir-socialiniai-reikalai/savizudybiu-prevencija/igyvendinamos-veiklos>
59. Rodiklių duomenų bazė - Oficialiosios statistikos portalas [Internet]. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/>
60. Ataskaitos [Internet]. Jaunimo linija. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://jaunimolinija.lt/ataskaitos/>
61. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health* [Internet]. 2017 Dec 5 [cited 2025 Mar 20]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494817746274>
62. Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Front Psychiatry*. 2018 Feb 23;9:33.
63. Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras. Pagalba savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims asmens sveikatos priežiūros įstaigose [Internet]. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras; [cited 2025 Mar 27]. Available from: [https://www.hi.lt/uploads/Psichikos%20sveikatos%20centras/VPSC_pagalba_savizudybes_gresme_patiriantiems_zmonems\(1\)%20\(1\).pdf](https://www.hi.lt/uploads/Psichikos%20sveikatos%20centras/VPSC_pagalba_savizudybes_gresme_patiriantiems_zmonems(1)%20(1).pdf)
64. Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras. Sveikatos priežiūros paslaugų, su savižudybės rizika susijusiems asmenims, prieinamumo vertinimas [Internet]. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras; 2017 [cited 2025 Mar 27]. Available from: https://www.hi.lt/uploads/Psichikos%20sveikatos%20centras/SPB_tyrimas2017_v3.pdf
65. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Įsakymas Nr. V-32 „Dėl savižudybių prevencijos koordinavimo savivaldybėse tvarkos aprašo patvirtinimo“ [Internet]. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2024 Jan 12 [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/25689912b18611ee8172b53a675305ab>
66. Holmes G, Clacy A, Hamilton A, Kølves K. Effectiveness of suicide prevention gatekeeper training: 12-month follow-up of SafeTALK training to community members. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. 2023 Dec;31(6):835–40.

67. Robinson J, Cox G, Bailey E, Hetrick S, Rodrigues M, Fisher S, et al. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2016 Apr;10(2):103–21.
68. Kreuze E, Jenkins C, Gregoski M, York J, Mueller M, Lamis DA, et al. Technology-enhanced suicide prevention interventions: A systematic review. *J Telemed Telecare*. 2017 Jul;23(6):605–17.
69. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med*. 2016 Mar;13(3):e1001968.
70. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression - A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Dec;37(10 Pt 1):2404–9.
71. VU Filosofijos fakultetas [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Suicidologijos tyrimų centras. Available from: <https://www.fsf.vu.lt/psichologijos-institutas/psichologijos-instituto-struktura/centrai/suicidologijos-tyrim-centras>
72. Stickl Haugen J, Sutter CC, Tinstman Jones JL, Campbell LO. Teachers as Youth Suicide Prevention Gatekeepers: An Examination of Suicide Prevention Training and Exposure to Students at Risk of Suicide. *Child Youth Care Forum*. 2023;52(3):583–601.
73. Lygnugaryte-Griksiene A, Leskauskas D, Jasinskas N, Masiukiene A. Factors influencing the suicide intervention skills of emergency medical services providers. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1291869.
74. Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių prevencijos 2020–2024 metų strategijos 2024 metų įgyvendinimo priemonių veiklų paraiškų konkursas | Vilniaus elektroninė paraiškų ir ataskaitų valdymo sistema [Internet]. [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://konkursai.vilnius.lt/konkursai/vilniaus-miesto-savivaldybes-savizudybiu-prevencijos-2020-2024-metu-strategijos-2024-metu-igyvendinimo-priemoniu-veiklu-paraisku-konkursas>
75. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med*. 2022 Jan 1;292:114523.
76. Vasaros ligonine [Internet]. [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://www.vasaros.lt/kriziu-intervencijos-sk/>
77. Navickas A, Hilbig J, Danilevičiūtė V, Dembinskas A, Glebovas S. Savižudiško elgesio paplitimas pagal lytį ir amžių Vilniaus mieste. *Sveikatos Moksl*. 2012;22(2):55–60.
78. Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;63:127–40.
79. van der Burgt MCA, Beekman ATF, Hoogendoorn AW, Berkelmans G, Franx G, Gilissen R. The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking. *J Affect Disord*. 2021 Jan 15;279:730–6.

80. Liberytė K, Valentukevičiūtė A. Pacientų, gydomų psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, nesikreipimo į emocinės paramos linijas priežastys. In: Studentų mokslinės veiklos LXXII konferencija. Pranešimų tezės; 2020 May 18–22; Vilnius, Lietuva. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 2020. p. 174.
81. Navickas A, Smirinenko A, Navickas P, Lukavičiūtė L, Dembinskas A, Gurevičius R, et al. Savižudybių mediciniški ir visuomeniški aspektai Lietuvoje XX amžiaus pirmojoje pusėje. Sveik Moksl. 2016 Mar 29;26(1):88–95.
82. Grigienė D, Skruibis P, Dadašev S, Klimaitė V, Geleželytė O, Bieliauskaitė R. Vyrų suicidiškumo prielaidos. In: Gailienė D, editor. Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai [Internet]. Vilnius: Eugrimas; 2015. p. 234–48. [cited 2025 Apr 3]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/286017733_Grigiene_D_Skruibis_P_Dadasev_S_Klimaite_V_Gelezelyte_O_Bieliauskaite_R_2015_Vyru_suicidiskumo_prielaidos_Is_Gailiene_Sud_Gyvenimas_po_luzio_Kulturiniu_traumu_psichologiniai_padariniai_pp234-248_Vilni
83. Seksenbayev N, Inoue K, Toleuov E, Akkuzinova K, Karimova Z, Moldagaliyev T, et al. Is the Association between Suicide and Unemployment Common or Different among the Post-Soviet Countries? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 13;19(12):7226.
84. Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Xu Z, Rüsch N. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016 Dec 6;27(2):169–75.
85. Liberytė K, Valentukevičiūtė A. Gydytojų psichiatrų ir psichiatrijos rezidentų žinių apie emocinės paramos linijas ir rekomendacijų į jas kreiptis pacientams paplitimo tyrimas. In: Studentų mokslinės veiklos LXXII konferencija. Pranešimų tezės; 2020 May 18–22; Vilnius, Lietuva. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 2020. p. 175.
86. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Įsakymas Nr. V-1507 „Dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ [Internet]. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2022 Oct 14 [cited 2025 Mar 23]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4488a5b040f311edbf47f0036855e731>
87. Grattidge L, Hoang H, Mond J, Visentin D, Lees D, Auckland S. The Community’s Role in Rural Youth Suicide Prevention: Perspectives From the Field. *Aust J Rural Health*. 2025 Apr;33(2):e70024.
88. Naudojimasis sveikatos priežiūros paslaugomis - Oficialiosios statistikos portalas [Internet]. [cited 2025 Apr 4]. Available from: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-pajamos-ir-gyvenimo-salygos-2023/savo-sveikatos-vertinimas/naudojimasis-sveikatos-prieziuros-paslaugomis>
89. Shand F, Torok M, Mackinnon A, Burnett A, Sharwood LN, Batterham PJ, et al. Effect of the LifeSpan suicide prevention model on self-harm and suicide in four communities in New South Wales, Australia: a stepped-wedge, cluster randomised controlled trial. *BMJ Ment Health*. 2025 Mar 31;28(1):e301429.

PRIEDAI

1 priedas. Savižudybių rodikliai Lietuvoje ir Vilniaus miesto savivaldybėje 2001-2023 metais, pagal lytį ir vietovę. Parengta pagal Higienos instituto duomenis (<https://stat.hi.lt/>).

Metai	Mirusių asmenų skaičius 100 000 gyventojų						Mirusių asmenų skaičius	
	Moterys		Vyrai		Viso		Lietuvoje	Vilniaus m. sav.
	Lietuvoje	Vilniaus m. sav.	Lietuvoje	Vilniaus m. sav.	Lietuvoje	Vilniaus m. sav.		
2001	15.04	11.63	77.49	44.09	44.23	26.42	1535	146
2002	13.24	9	81.38	43.5	45.05	24.7	1551	136
2003	14.05	9.01	75.29	44.02	42.6	24.93	1455	137
2004	14.25	9.03	71.45	38.58	40.89	22.46	1381	123
2005	13.22	6.72	70.15	34.39	39.7	19.28	1319	105
2006	11.19	6.41	56.21	30.95	32.08	17.52	1049	95
2007	10.21	5.39	56.64	31.05	31.72	16.98	1025	92
2008	11.24	6.38	62.01	38.03	34.74	20.65	1111	112
2009	10.93	5.35	65.13	37.67	35.98	19.89	1138	108
2010	11.33	8.06	58.02	26.45	32.87	16.31	1018	88
2011	12.31	5.42	58.55	28.39	33.62	15.71	1018	84
2012	10.79	7.81	54.71	24.63	31.01	15.36	927	82
2013	12.39	8.49	65.08	34.91	36.64	20.37	1085	109
2014	10.15	4.41	56.9	20.72	31.66	11.75	930	63
2015	10.75	9.15	54.29	22.32	30.78	15.08	896	81
2016	8.3	7.11	52.45	30.48	28.6	17.66	823	95
2017	9.97	9.82	45.51	23.74	26.31	16.12	748	87
2018	9.2	7.09	41.85	27.65	24.23	16.41	683	89
2019	7.86	4.02	41.55	22.9	23.41	12.61	658	69
2020	8.82	7.32	36.4	19.77	21.6	13.01	607	72
2021	8.39	5.61	33.62	19.87	20.12	12.15	565	68
2022	6.69	4.51	32.24	16.26	18.61	9.91	527	57
2023	7.69	4.08	32.94	15.23	19.57	9.25	562	55

2 priedas. Tyrimo metu naudotas pirminis ir pakartotinis klausimynas.

Savižudybių prevencijos modeliai ir galimybės Vilniaus mieste

Klausimynas

Data 2025-__ - __ Nr. ____

I. Bendrieji klausimai. Prašome pabraukti jums tinkantį variantą.

Klausimas	Atsakymas		
1. Ar gyvenate Vilniaus mieste?	Taip		
	Ne		
2. Jūsų amžius (įrašyti metais, pvz. 43):			
3. Jūsų lytis:	Vyras	Moteris	Kita
4. Ar per pastaruosius 6 mėn. naudojotės psichikos sveikatos specialistų teikiama pagalba?	Taip		
	Ne		
5. Ar per pastaruosius 6 mėn. patyrėte krizinę situaciją (nenorą gyventi, bandymą nusižudyti)?	Taip		
	Ne		

II. Gauta pagalba. Prašome pabraukti jums tinkantį variantą.

6. Kokią pagalbą gavote po patirtos krizės?	Psichologo konsultacijas
	Psichiatro konsultacijas
	Medicininę pagalbą (pvz., stacionarą)
	Emocinę paramą (telefonines linijas ar paramos grupes)
	Kitos rūšies pagalbą (prašome įrašyti):
7. Kaip vertinate Jums suteiktos pagalbos efektyvumą (ar suteikta pagalba padėjo Jums pasijusti geriau)?	Labai efektyvi
	Efektyvi
	Vidutiniška
	Mažai efektyvi
	Neefektyvi
8. Kodėl taip vertinate gautą pagalbą (prašome įrašyti teigiamus ir neigiamus suteiktos pagalbos aspektus)	Teigiami aspektai:
	Neigiami aspektai:
9. Ar jaučiatės pakankamai informuotas (-a) apie galimybes gauti pagalbą po patirtos krizės?	Taip
	Iš dalies
	Ne

III. Nuomonės ir rekomendacijos. Prašome pabraukti jums tinkantį variantą.

10. Kas, Jūsų manymu, padėtų Jums jaustis labiau palaikomam (-ai)?	Daugiau informacijos apie pagalbos galimybes	
	Daugiau konsultacijų su psichologais ar psichiatrais	
	Reguliarios savipagalbos grupės	
	Kita (prašome įrašyti):	
11. Jūsų manymu, ar Vilniaus mieste egzistuoja pakankamai savižudybių prevencijos priemonių?	Taip	
	Ne	
	Nežinau/neturiu nuomonės	
12. Kokias žinote prevencines programas, kurios yra prieinamos Vilniaus mieste asmenims, patiriantiems savižudybės riziką? (Pažymėkite visas programas, apie kurias žinote)	Psichikos sveikatos centrai (nemokamos psichologo ir psichiatro konsultacijos)	
	Krizių įveikimo centras (pagalba krizių metu ir konsultacijos)	
	Emocinės paramos linijos („Jaunimo linija“, „Vilties linija“, „Pagalbos moterims linija“ ir kt.)	
	Savipagalbos ar paramos grupės	
	Mokymai ir seminarai apie psichikos sveikatą	
	Bendruomeninės ar socialinių darbuotojų iniciatyvos	
	Nežinau apie jokią prevencinę programą	
	Kita (prašome nurodyti):	
13. Jei esate girdėję apie prevencines programas, kaip sužinojote apie jas?	Iš sveikatos priežiūros specialisto	
	Iš interneto ar socialinių tinklų	
	Iš artimųjų ar draugų	
	Kita (prašome nurodyti):	
14. Ar prieš patirtą krizę dalyvavote kokioje nors prevencinėje programoje?	Taip	
	Ne	
15. Jei taip, kokiose prevencinėse programose ar paramos grupėse dalyvavote? Kaip vertinate jų efektyvumą?	(Prašome įrašyti)	

IV. Pakartotinis kontaktas

16. Ar sutinkate dalyvauti pakartotiniame skambutyje po 14 kalendorinių dienų? Šio skambučio metu dar kartą klausime apie Jūsų patirtį ir gautą pagalbą.	Taip	Ne
17. Jei taip, prašome įrašyti savo telefono numerį (šis numeris bus naudojamas tik ankstesniame klausime aprašytam tikslui ir bus sunaikintas po tyrimo):		

Pakartotinis klausimynas (pildomas pokalbio telefonu metu).

Ar per pastarąsias 14 dienų gavote psichologinę pagalbą?	Taip	Ne
Jei atsakė taip: Kokią pagalbą gavote? Kiek kartų/kaip dažnai?	Psichologo konsultacijas	
	Psichiatro konsultacijas	
	Medicininę pagalbą	
	Emocinę paramą (telefonines linijas ar paramos grupes)	
	Kita (pvz. susitikimas su atvejo vadybininku):	
Kaip vertinate gautos pagalbos efektyvumą per pastarąsias 14 dienų? (kiekvienos pagalbos priemonės)	Labai efektyvi	
	Efektyvi	
	Vidutiniška	
	Mažai efektyvi	
	Neefektyvi	
Ar po patirtos krizinės situacijos su jumis susisieikė iš jūsų poliklinikos/siūlė pagalbą?		
Ar, pasikeitė Jūsų požiūris į savižudybių prevencijos paslaugų poreikį ar kokybę? Jei taip, kuo pasikeitė?		
Ar šiuo metu žinote, kokios tolimesnės pagalbos priemonės yra prieinamos Jums Vilniaus mieste?	Taip, žino, kur gali kreiptis tolesnės pagalbos	
	Iš dalies žino apie galimas pagalbos priemones	
	Ne, nežino, kur galėtų kreiptis papildomos pagalbos	
Jei žinote, kokios pagalbos galėtumėte kreiptis, prašome nurodyti:		
Kokie, Jūsų manymu, yra pagrindiniai trūkumai ar iššūkiai dabartinėje prevencijos sistemoje?		
Ar turite papildomų rekomendacijų ar pastebėjimų dėl savižudybių prevencijos paslaugų Vilniaus mieste?		

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Tyrimo pavadinimas: Savižudybių prevencijos modeliai ir galimybės Vilniaus mieste.

Kokia šio dokumento paskirtis?

Šio dokumento paskirtis yra informuoti Jus apie tyrimo „Savižudybių prevencijos modeliai ir galimybės Vilniaus mieste“ tikslus, eigą, galimus privalumus ir trūkumus, bei užtikrinti, kad Jūs savanoriškai dalyvaujate tyrime, suprasdami visą aktualią informaciją. Pasirašydami šį dokumentą, patvirtinate, kad sutinkate dalyvauti tyrime.

Kokie yra tyrimo tikslai ir uždaviniai?

Išanalizuoti bei įvertinti Vilniaus mieste taikomus savižudybių prevencijos modelius, siekiant nustatyti esamas problemas ir parengti rekomendacijas šių modelių tobulinimui.

1. Įvertinti Vilniaus mieste taikomus savižudybių prevencijos modelius ir jų teorinį pagrindimą remiantis aktualia moksline literatūra bei tarptautinėmis gerosiomis praktikomis.
2. Įvertinti, kaip šie modeliai yra įgyvendinami Vilniaus mieste, atsižvelgiant į Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių prevencijos strategiją ir priemones.
3. Nustatyti, ar savižudybės grėsmę patiriantys asmenys gauna tinkamą pagalbą, kaip ją vertina ir su kokiomis problemomis susiduria savižudybių prevencijos sistemoje.
4. Parengti rekomendacijas dėl savižudybių prevencijos tobulinimo galimybių Vilniaus mieste, atsižvelgiant į tyrimo metu nustatytus trūkumus ir mokslinės literatūros apžvalgą.

Kodėl turėtumėte dalyvauti šiame tyrime?

Dalyvaudami šiame tyrime, Jūs padėsite išsiaiškinti savižudybių prevencijos programos poreikius ir esamos sistemos spragas Vilniaus mieste. Prisidėsite prie praktinių rekomendacijų, kaip efektyviau užkirsti kelią savižudybėms ir suteikti reikalingą pagalbą asmenims, esantiems krizinėse situacijose. Jūsų atsakymai ir patirtis gali padėti pagerinti savižudybių prevencijos programą Vilniaus mieste ir padėti kitiems, susiduriantiems su panašiomis problemomis.

Ar Jūsų asmens duomenys bus konfidencialūs?

Tiriamųjų duomenų konfidencialumas yra užtikrinamas – jūsų vardas, pavardė, gimimo data, adresas ir kiti asmeniniai duomenys nebus renkami ir saugomi. Tyrimo duomenys bus naudojami tik apibendrintai analizei, jokia informacija, kuri galėtų būti panaudota jūsų identifikacijai nebus renkama ir aprašoma.

Jūsų bus prašoma pateikti savo telefono numerį. Šis numeris bus naudojamas tik pakartotiniam skambučiui praėjus 14 kalendorinių dienų po pirminio interviu, siekiant surinkti papildomos informacijos apie patirtą pagalbą. Dalyvavimas pakartotiniame skambutyje yra visiškai savanoriškas.

Jūsų kontaktiniai duomenys nebus naudojami jokiais kitais tikslais apart pakartotinio kontakto tikslais ir nebus perduoti trečiosioms šalims. Pasibaigus tyrimo pakartotinio interviu etapui, visi telefono numeriai bus ištrinti ir sunaikinti.

Kokie yra dalyvavimo tyrime privalumai ir trūkumai?

Privalumai:

- Jūs prisidėsite prie svarbios informacijos apie savižudybių prevencijos poreikius ir veiksmingumą Vilniaus mieste surinkimo.
- Padėsite kurti praktinius sprendimus, kurie gali padėti kitiems, susidūrusiems su panašiomis problemomis.

Trūkumai:

- Tyrimo metu Jums gali tekti prisiminti emociškai sunkias situacijas, kurios gali sukelti diskomfortą.
- Jūsų dalyvavimas gali pareikalausiti iki 15 min. Jūsų laiko, tačiau stengsimės, kad procesas būtų kuo trumpesnis.

Kas nutiks su tyrimo rezultatais?

Tyrimo rezultatai bus panaudoti siekiant įvertinti esamas savižudybių prevencijos priemones ir teikti rekomendacijas dėl jų gerinimo Vilniaus mieste. Apibendrinta informacija ir išvados gali būti pateiktos Vilniaus miesto savivaldybei ir kitoms institucijoms, atsakingoms už savižudybių prevenciją, siekiant tobulinti savižudybių prevencijos programas. Tyrimo rezultatai taip pat bus pristatomi medicinos studijų baigiamojo darbo pristatymo metu, tačiau asmeniniai duomenys nebus skelbiami.

Į ką kreiptis, jeigu iškiltų klausimų?

Iškilus klausimams, galite kreiptis:

Vardas, Pavardė: Aistis Ščerbavičius

Tel. Numeris: +37065985302

El. pašto adresas: aistis.scerbavicius@mf.stud.vu.lt

Jūsų parašas patvirtina, kad Jūs suprantate šio tyrimo tikslus, eigą, privalumus ir trūkumus, bei sutinkate dalyvauti šiame tyrime.

Parašas: _____

Data: _____

Tyrėjo ir (arba) sutikimo prašančio asmens deklaracija.

Patvirtinu, kad suteikiau aukščiau išdėstytą informaciją apie tyrimą dalyviui. Patvirtinu, kad asmeniui buvo skirta pakankamai laiko apsispręsti dalyvauti tyrime, atsižvelgiant į tyrimo pobūdį, taip pat įvertinus kitas aplinkybes, galinčias daryti įtaką priimamam sprendimui. Aš skatinau asmenį užduoti klausimus ir į juos atsakiau.

Tyrėjas ar kitas jo įgaliotas tyrimą atliekantis asmuo:

Tyrėjo vardas, pavardė: Aistis Ščerbavičius

Tyrėjo parašas: _____

Data: _____

4 priedas. Leidimas atlikti tyrimą Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre.

Aistis Ščerbavičius

Vilniaus universitetas Medicinos fakultetas, medicina, VI kursas

Tel. +37065985302, el. p. aistis.scerbavicius@mf.stud.vu.lt

VŠĮ Vilniaus miesto
psichikos sveikatos centras
GAUTA

2025-01-13 Nr. RG-017

VŠĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro
Direktoriui

PRAŠYMAS

2025-01-07

Prašau leisti vykdyti apklausą Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre mokso tiriamaisiais tikslais.

Kursas ir dalykas: medicina, VI kursas, baigiamasis darbas.

Mokslinio darbo pavadinimas: Savižudybių prevencijos modeliai ir galimybės Vilniaus mieste.

Tikslas ir uždaviniai: Įvertinti ir ištirti savižudybių prevencijos priemonių prieinamumą Vilniaus mieste bei pateikti rekomendacijas, kaip gerinti šias priemones. 1. Išanalizuoti esamus savižudybių prevencijos modelius. 2. Išsiaiškinti, kaip dažnai ir kokios prevencijos priemonės taikomos asmenims, bandžiusiems žudyti. 3. Įvertinti tyrimo dalyvių žinomą informaciją apie esamas prevencijos programas ir pagalbos esant krizinei situacijai galimybes. 4. Įvertinti tyrimo dalyvių nuomonę apie gautas prevencijos priemones ir jų efektyvumą. 5. Remiantis literatūra, parengti rekomendacijas, siekiant pagerinti savižudybių prevencijos priemonių taikymo galimybes Vilniaus mieste.

Apklausą planuojama pradėti vykdyti 2025 m. sausio 20 d.. Planuojamų apklausti Savižudybių prevencijos skyriaus/ Krizių intervencijos skyriaus pacientų, skaičius: 15-20.

Pridedama anketa 4 p., tyrimo protokolas 2 p., informuotas asmens sutikimas 2 p.

Tiriamųjų duomenų konfidencialumas bus užtikrintas – jų vardas, pavardė, adresas ir kiti asmeniniai duomenys nebus renkami. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinti.

Aistis Ščerbavičius
(Studento vardas, pavardė, parašas)
prof. Alvydas Navickas
(Darbo vadovo vardas, pavardė, parašas)

Suderinto
2025 01 10
Personalo ir duomenų valdymo
skyriaus vedėja
Rūta Blaževičienė

2025 01 13

Leisti
[parašas]