

# VEIKSMAI VISUOMENĖS SVEIKATOS SRITYJE VYKDANT SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJĄ

BENDROSIOS GAIRĖS



World Health  
Organization

Vertėjas: **Gediminas Pulokas**

Redaktorė: **Rita Navikienė**

© **Pasaulio sveikatos organizacija, 2012**

Visos teisės saugomos. Pasaulio sveikatos organizacijos leidinius galima parsisiųsti iš jos interneto svetainės ([www.who.int](http://www.who.int)) arba nusipirkti PSO Spaudos tarnyboje (World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland; tel.: +41 22 791 3264; faks.: +41 22 791 4857; el. p.: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Kreiptis dėl leidimo atgaminti ar versti PSO leidinius – ir komerciniais, ir nekomerciniais tikslais – privalu į PSO Spaudos tarnybą pasinaudojus PSO interneto svetaine ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Leidinyje pasitelkti įvardijimai ar žymėjimai anaiptol nereiškia, kad Pasaulio sveikatos organizacija tokiu būdu demonstruoja kokią nors poziciją dėl vienos ar kitos valstybės, teritorijos, miesto ar srities teisinio statuso, dėl jų valdžios organų, ribų ar sienų. Punktyrinės linijos žemėlapiuose žymi apytikres sienų ribas, dėl kurių galimai dar nėra pasiekta galutinių susitarimų.

Konkrečių įmonių ar gamintojų produktų minėjimas leidinyje nereiškia, kad PSO juos rekomenduoja ar išskiria iš kitų analogiškų įmonių ar gaminių, kurie čia nepaminėti. Patentuotų produktų pavadinimai norint juos išskirti visuomet rašomi pradedant didžiąja raide, o jei atskirais atvejais taip nepasielgta, vadinasi, tai įvyko per klaidą ar neapsižiūrėjimą.

Pasaulio sveikatos organizacija ėmėsi visų pagrįstų atsargumo priemonių siekdama patikslinti šiame leidinyje pateiktą informaciją. Vis dėlto jokio pobūdžio tiesioginių ar numanomų garantijų platinant leidinyje paskelbtą informaciją nesuteikiama. Visa atsakomybė už pateiktos medžiagos interpretavimą ir pritaikymą tenka skaitytojui. Pasaulio sveikatos organizacija jokiomis aplinkybėmis nebus atsakinga už žalą, kilusią pritaikant šią medžiagą.

# TURINYS

---

PRATARMĖ.....	2
PADEKOS .....	3
ĮVADAS .....	4
BŪTINYBĖ IMTIS VEIKSMŲ .....	7
SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS STRATEGIJOS FORMAVIMAS: LAIPSNIŠKAS METODAS .....	8
Suinteresuotų pusių įvardijimas.....	8
Padėties analizės vykdymas.....	9
Reikiamų išteklių prieinamumo ir poreikio įvertinimas.....	10
Politinės valios užsitikrinimas.....	10
Kova su stigmatizavimu .....	11
Sąmoningumo kėlimas .....	12
PAGRINDINIAI NACIONALINĖS SAVIŽUDYBIŲ STRATEGIJOS KOMPONENTAI.....	13
Aiškūs tikslai .....	13
Rizikos ir apsaugos veiksnių adekvatumas .....	13
Intervencinių priemonių veiksmingumas .....	15
Prevencijos strategijos visų gyventojų lygmeniu .....	15
Prevencijos strategijos pažeidžiamų rizikos grupių lygmeniu .....	16
Prevencijos strategijos individualiu lygmeniu.....	18
Atvejų registravimo gerinimas ir tyrimų vykdymas.....	19
Stebėseną ir vertinimas .....	20
IŠVADOS .....	21
NUORODOS .....	22
PRIEDAS .....	24

## PRATARMĖ

Savižudybių dažniausiai galima išvengti. Skirtingai nei daugelio kitų su sveikatos problemomis susijusių negandų akivaizdoje, šiuo atveju esama svarbių priemonių, leidžiančių sumažinti tragiškas netektis. Bendromis pastangomis ėmusių veiksmų šiai rimtai problemai pripažinti ir spręsti, atsiradus politinei valiai ir skyrus tam išteklių, savižudybių skaičių visame pasaulyje iš tiesų įmanoma sumažinti.

Apskaičiuota, kad 2020 m. savižudybės sudarys daugiau nei 2 proc. visos pasaulinės ligų naštos\*. Maža to, šis skaičius neatspindi milžiniško savižudybės poveikio nusižudžiusįjį supusiems žmonėms, tolimesnės jos įtakos daugelio šeimų ir bendruomenių psichikos sveikatai. Ypač didelį susirūpinimą kelia jaunų žmonių savižudybės.

Žudosi dažniausiai žmonės iš pažeidžiamiausių socialinių sluoksnių, didesnė savižudybių našta tenka mažų ir vidutinių pajamų šalims, kurioms neretai stinga reikiamų priemonių dorotis su jų piliečių patiriamais visuomenės sveikatos ir psichikos sveikatos poreikiais. Šiose šalyse juntamas akivaizdus atitinkamų paslaugų trūkumas, o tada, kai jų esama, gyventojams šios paslaugos būna sunkiai prieinamos ir nepakankamos. Reikiamų paslaugų pasiekiamumas ir poreikis sudaryti geresnes sąlygas siekiant suteikti pagalbą yra esminiai veiksniai, užtikrinantys žmonių sveikatą ir gerą savijautą.

Ir nors su savižudybe sietini veiksniai skirtingose demografinėse ar socialinėse aplinkose įvairuoja, daugiausia pastangų derėtų skirti jaunimo, senjorų ir socialiai izoliuotų žmonių savižudybių prevencijai – tai šiuo požiūriu pažeidžiamiausios grupės. Svarbu deramą dėmesį sutelkti į specifines gilumines savižudybių priežastis ir išplėtoti atitinkamus veiksmų planus, pritaikytus konkrečiai kiekvienai šaliai ir joje gyvenančioms bendruomenėms.

Gairėse pateikiamos strategijos šiam tikslui pasiekti. Svarbu pabrėžti, kad tik turint nacionalinę savižudybių prevencijos strategiją galima sutelkti atskiras bendruomenes ir be jokių neigiamų nusistatymų imtis spręsti šią problemą ir su ja susijusius specifinius klausimus.

Kovojant su savižudybėmis svarbus vaidmuo tenka visiems – valstybinėms institucijoms, tarptautinėms organizacijoms, nevyriausybinėms organizacijoms ir vietos bendruomenėms. Šios bendrosios gairės yra grįstos 1996 m. Jungtinių Tautų savižudybių prevencijos gairėmis ir parodo, ko derėtų imtis visiems suinteresuotiems asmenims. Kasmet pasaulyje nusižudo beveik milijonas žmonių, iš kurių neproporcingai didelę dalį sudaro jaunimas, todėl dėl ateities kartų privalome neatidėliodami imtis veiksmų.

Dr. Olegas Čestnovas  
Generalinio direktoriaus pavaduotojas,  
Neinfekcinių ligų ir psichikos sveikatos skyrius,  
Pasaulio sveikatos organizacija

---

\* Angl. *global burden of disease* – sveikatos sutrikimų poveikis pasaulyje, apskaičiuojamas remiantis finansinių kaštų, mirtingumo, sergamumo ir kitais rodikliais (vert. past.)

## PADĖKOS

Su šiuo leidiniu susijusius koordinavimo darbus atliko dr. Taghi Yasamy'as ir dr. Alexandra Fleischmann iš Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Psichikos sveikatos ir priklausomybių nuo psichiką veikiančių medžiagų skyriaus. Už leidinio viziją esame dėkingi dr. Benedetto Saraceno ir prof. José M. Bertolote. Darbams vadovavo dr. Shekhar Saxena.

Dr. Lakshmi Vijayakumar iš Indijos parengė pirminį šio dokumento projektą, kurį vėliau peržiūrėjo šie ekspertai:

dr. Ella Arensman, Airija  
dr. Annette Beautrais, Jungtinės Amerikos Valstijos  
dr. Alan Berman, Jungtinės Amerikos Valstijos  
prof. José M. Bertolote, Brazilija  
prof. Jafar Bolhari, Irano Islamo Respublika  
dr. Vladimir Carli, Švedija  
prof. Diego De Leo, Australija  
prof. David Gunnell, Jungtinė Didžiosios Britanijos ir Šiaurės Airijos Karalystė  
p. Sutapa Howlader, Australija  
dr. Hiroto Ito, Japonija  
prof. Ahmed Okasha, Egiptas  
prof. Michael Phillips, Kinija  
dr. Maurizio Pompili, Italija  
dr. Marc Safran, Jungtinės Amerikos Valstijos  
prof. Marco Sarchiapone, Italija  
p. Vanda Scott, Prancūzija  
dr. Morton Silverman, Jungtinės Amerikos Valstijos  
prof. Jean-Pierre Soubrier, Prancūzija  
prof. Yoshitomo Takahashi, Japonija  
prof. Danuta Wasserman, Švedija

Be to, savo komentarus pateikė šie kolegos iš PSO pagrindinės būstinės ir regioninių PSO padalinių: dr. Jodi Morris, dr. Matthijsas Muijenas, dr. Sebastiana Da Gama Nkomo, dr. Khalidas Saeadas, dr. Chiara Servili, dr. Yutaro Setoya, dr. Elena Shevkun, dr. Markas van Ommerenas.

P. Adeline Loo užtikrino administracinę pagalbą, o p. Rosemary Westermeyer ir p. Tahilia Rebello padėjo sprendžiant spaudos klausimus.

Už finansinę pagalbą nuoširdžiai dėkojame Kanados visuomenės sveikatos agentūrai, Japonijos vyriausybei ir bendrovei „Syngenta“.

## IVADAS

Kiekvienais metais pasaulyje nusižudo beveik milijonas žmonių. Savižudybės ir toliau išlieka svarbi socialinė ir visuomenės sveikatos problema. 1998 m. jos sudarė 1,8 proc. visos ligų naštos, ir turimi duomenys rodo, kad 2020 m. šis rodiklis turėtų pakilti iki 2,4 proc. (Bertolote, 2009). Savižudiškas elgesys vis labiau plinta tarp jaunimo. Pasaulyje savižudybė yra viena iš trijų dažniausių mirties priežasčių tarp ekonomiškai produktyviausios visuomenės dalies (tarp 15–44 metų žmonių) ir antroji pagal dažnumą mirties priežastis 15–19 metų jaunuolių amžiaus grupėje (Patton et al., 2009). Kitoje amžiaus spektro pusėje – tarp pagyvenusių žmonių – savižudybės rizika daugelyje pasaulio šalių taip pat išlieka didžiulė.

Savižudišką elgseną galima apibūdinti kaip sudėtingą, plataus diapazono reiškinį – pradedant nuo minčių apie savižudybę, kurias žmogus išreiškia žodžiais arba neverbaliniais būdais, ir baigiant savižudybės planavimu, mėginimu nusižudyti ir, blogiausiu atveju, įvykdyta savižudybe. Tokiai elgsenai įtakos turi tarpusavyje persipinantys biologiniai, genetiniai, psichologiniai, socialiniai, aplinkos ir situaciniai veiksniai (Wasserman, 2001).

Savižudybės riziką kelia psichikos ir somatinės ligos, alkoholizmas ir narkomanija, lėtinės ligos, stiprūs emociniai sukrėtimai, patirtas smurtas, staigūs esminiai gyvenimo pokyčiai, tokie kaip prarastas darbas, išsiskyrimas su partneriu ar kiti nepalankūs įvykiai, arba, kaip pasitaiko daugeliu atvejų, įvairūs šių veiksnių deriniai. Psichikos sveikatos sutrikimams skirtinguose kontekstuose tenka skirtingas vaidmuo, tačiau be jų tam didelės reikšmės turi ir kiti veiksniai, tokie kaip kultūrinis ir socialinis-ekonominis statusas. Savižudybė tiek iš karto, tiek ilginiui smarkiai paveikia ir aplinkinius – nusižudžiusiojo (-sios) sutuoktinį (-ę), tėvus, vaikus, giminaičius, draugus, bendradarbius, jo (jos) pažinotus bendraamžius ir kitus tos pačios socialinės padėties žmones.

Nors savižudybė ir toliau išlieka rimta problema dideles pajamas gaunančiose šalyse, vis dėlto mažas ir vidutinės pajamas gaunančioms šalims tenka didesnė pasaulinės savižudybių naštos dalis. Be to, šiose šalyse taikoma santykinai mažiau savižudybių prevencijos priemonių. Jose ne tik nespėjama žengti koją kojai su didėjančiais psichikos sveikatos priežiūros poreikiais, bet ir ypač kenčiama dėl netinkamos infrastruktūros ir ekonominių bei žmogiškųjų išteklių stygiaus. Pastebėtina, kad šiose šalyse skiriami gerokai menkesni biudžetiniai asignavimai sveikatos apsaugai apskritai ir psichikos sveikatos apsaugai konkrečiai. Dėl to jose mėginama taikyti ir taikoma labai nedaug savižudybių prevencijos priemonių, kurios būtų tvarios ir vykdomos tokiu mastu, koks yra būtinas poreikis norint realiai sumažinti mirčių dėl savižudybės skaičių (Vijayakumar, 2005). Svarbūs šiuo atveju ne tik finansiniai klausimai – bet kurioje šalyje norint pasiekti politinio ir programinio lygmens pokyčių, esminis veiksnys yra politinė valia. Kai kuriose šalyse savižudiška elgsena užtraukia baudžiamąją atsakomybę, o tai sukelia papildomų iššūkių vykdant su savižudybių prevencija susijusias veiklas.

XX a. paskutiniojo dešimtmečio pradžioje kai kuriose šalyse imta vis smarkiau rūpintis didėjančiu savižudybių ir mėginimų nusižudyti skaičiumi. Iš dalies šį susirūpinimą lėmė veiksmingesnis mirštamumo dėl kitų priežasčių suvaldymas ir pailgėjusi vidutinė gyvenimo trukmė – šie pasiekimai sudarė prielaidas daugiau dėmesio skirti ir savižudiškos elgsenos problemoms. Tokiu būdu dalis šių šalių kreipėsi į Jungtines Tautas (JT) ir į Pasaulio sveikatos organizaciją (PSO) prašy-

damos padėti sudaryti kompleksinius nacionalinius planus, kurie leistų veiksmingai spręsti šią problemą kuo mažesnėmis sąnaudomis.

Konsultuojant įvairių sričių ekspertams ir techniškai padedant PSO, JT išleido dokumentą, pavadintą „Savižudybių prevencija: nacionalinių strategijų formavimo ir įgyvendinimo gairės“ (United Nations, 1996). Šiame paskesnių dokumentų radimąsi paskatinusiame leidinyje pabrėžta skirtingų sektorių bendradarbiavimo, įvairiomis disciplinomis grįsto požiūrio ir nuolatinio vertinimo bei koregavimo būtinybė, taip pat nurodyti pagrindiniai elementai, kurie būtini norint padidinti savižudybės prevencijos strategijų veiksmingumą. Iš minėtų elementų galima būtų paminėti šiuos:

- palanki valstybės politika;
- bendros koncepcijos turėjimas;
- aiškiai apibrėžti uždaviniai ir siekiai;
- kiekybiškai įvertinami tikslai;
- įstaigų ir organizacijų, gebančių įgyvendinti šiuos tikslus, identifikavimas;
- nuolatinė stebėseną ir vertinimas.

Be to, šis JT dokumentas akcentavo tam tikras veiklas ir būdus, skirtus pasiekti nacionalinėse strategijose numatytus uždavinius:

- skatinti, kad asmenys, patenkantys į savižudiškos elgsenos rizikos grupę, būtų kiek galima anksčiau identifikuoti, įvertinti, gydomi ir persiunčiami specialistams;
- gerinti galimybes visuomenei ir profesionalams gauti informacijos, susijusios su visais savižudybių prevencijos aspektais;
- sukurti integruotą duomenų rinkimo sistemą, kuri padėtų identifikuoti rizikos srityje atsidūrusias grupes, asmenis ir situacijas;
- kelti visuomenės sąmoningumą psichikos sveikatos, savižudiškos elgsenos, streso padarinių ir veiksmingo krizinių situacijų suvaldymo klausimais;
- skatinti visapuse su šiuo reiškiniu susiduriančių asmenų (pvz., policijos pareigūnų, pedagogų, psichikos sveikatos profesionalų) mokymo programas;
- skatinti laikytis kultūriškai deramų visuomenės informavimo apie savižudybės atvejus normų;
- užtikrinti, kad asmenys, kuriems būdinga savižudiška elgsena arba visi, patyrę tokią elgseną savo aplinkoje, turėtų didesnę prieinamumą gauti reikiamas paslaugas;
- teikti pagalbos ir reabilitacijos paslaugas asmenims, susidūrusiems su savižudybe ar savižudiška elgsena;
- mažinti priemonių, galinčių padėti atlikti savižudybę, prieinamumą, pasiekiamumą ir patrauklumą;
- įkurti institucijas ar agentūras, kurių paskirtis būtų skatinti ir koordinuoti su savižudiška elgsena susijusius tyrimus, mokymus ir teikiamas paslaugas.

Iš pradžių rengiant šias JT gaires tik Suomija valstybės lėšomis ėmėsi sistemingai kurti savižudybių prevencijos nacionalinę strategiją ir programą. Po penkiolikos metų nacionalines (atskirose federalinėse šalyse – regionines) savižudybių prevencijos strategijas taikė jau daugiau nei 25 šalys, priklausančios aukštas, vidutines ir žemas pajamas gaunančių valstybių kategorijai. Daugumoje jų, kaip atvirai pripažįstama, kuriant šias strategijas JT gairės suvaidino lemiamą vaidmenį.

Vis daugiau dėmesio teikiant nacionalinėms savižudybių prevencijos strategijoms, svarbių pokyčių įvyko ir su savižudybėmis susijusių tyrimų srityje – užuot, kaip anksčiau, orientavusis iš esmės į pačią savižudybės problemą, vis daugiau dėmesio skiriama savižudybių prevencijos tematikai, kuri nagrinėjama remiantis rimtais epidemiologiniais duomenimis. Šie pokyčiai sutapo su dar vienu reiškiniu – padidėjusia empiriniais duomenimis grįstų rekomendacijų svarba sprendžiant visuomenės sveikatos klausimus.

Ne taip seniai, 2008 m., Pasaulio sveikatos organizacija, inicijuodama psichikos, neurologinių ir priklausomybių nuo psichiką veikiančių medžiagų sutrikimų gydymui gerinti skirtą Psichikos sveikatos veiksmų programą (mhGAP), savižudybę pripažino viena iš prioritetinių problemų (World Health Organization, 2008a).

Žinant, kad daugelio savižudybių galima išvengti, vyriausybės, pasitelkusios sveikatos, socialinės rūpybos ir kitus reikiamus sektorius, privalo skirti tam būtinus žmogiškuosius ir finansinius išteklius. Šio dokumento tikslas – padėti sukurti ir įgyvendinti nacionalines savižudybių prevencijos strategijas, o taip pat pagelbėti šalims, kurios jau pradėjo plėtoti atitinkamų strategijų koncepcijas. Jis remiasi duomenų baze, kuri buvo sukaupta per 15 metų paskelbus JT gaires, nusakančias nacionalinių savižudybių prevencijos strategijų kūrimo procesus. Be to, čia nurodomi esminiai elementai, reikalingi numatant savižudybių prevencijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje sistemą (žr. šio dokumento priede pateiktą schemą).



## BŪTINYBĖ IMTIS VEIKSMŲ

**Z**inant savižudiškos elgsenos problemos mastą visuomenės sveikatos kontekste, vyriausybėms neatidėliotinai būtina sukurti visapusę nacionalinę savižudybių prevencijos strategiją, kuri kontekstualizuotų šią problemą ir išskirtų konkrečius skirtinguose lygmenyse atliktinus veiksmus. Neturint šitokios strategijos bet kokie vyriausybių taikomi mechanizmai šiai problemai spręsti nebus tvarūs.

Svarbu peržiūrėti jau taikomas nacionalines su sveikatos klausimais susijusias politikas ir strategijas, tokiu būdu užtikrinant, kad nacionalinė savižudybių prevencijos strategija atitiktų bendrą nacionalinę sveikatos sistemos plėtros politiką. Tai, be kita ko, leis identifikuoti šioje politikoje ar strategijose esančius trūkumus savižudybių prevencijos atžvilgiu ir sudarys galimybes teikti atitinkamus pasiūlymus jiems ištaisyti.

### Kodėl būtina nacionalinė savižudybių prevencijos strategija?

- Kuriant nacionalinę strategiją ne tik akcentuojamas problemos mastas ir reikšmė, bet, – o tai dar svarbiau, – pripažįstama, kad savižudiška elgsena yra opi visuomenės sveikatos problema.
- Strategijos buvimas parodo, kad vyriausybė pasiryžusi spręsti šią problemą.
- Visapusė strategija nurodo bendrojo pobūdžio struktūrines gaires, apimančias įvairius savižudybių prevencijos aspektus.
- Strategija pateikia svarius empiriniais duomenimis grįstus patarimus dėl pagrindinių savižudybės prevencijos priemonių, t. y. įvardija, kas veiksminga ir kas neefektyvu.
- Strategija nurodo pagrindines suinteresuotas puses ir priskiria kiekvienai jų konkrečias atsakomybes. Maža to, ji nusako būtinas visų šių grupių koordinavimo priemones.
- Strategija identifikuoja esminius esamų teisės aktų, teikiamų paslaugų ir duomenų sisteminimo trūkumus.
- Strategija nurodo žmogiškuosius ir finansinius išteklius, kurių reikia numatytoms intervencinėms priemonėms vykdyti.
- Strategija formuoja palankų požiūrį, kelia sąmoningumą ir lemia komunikaciją per žiniasklaidą.
- Strategija numato reiklį stebėsenos ir vertinimo sistemą, ir taip didina sprendimus taikyti atitinkamas intervencines priemones priimančių žmonių atsakingumą.
- Strategija sudaro kontekstą savižudiškos elgsenos mokslinių tyrimų darbotvarkei.

## SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS STRATEGIJOS FORMAVIMAS: LAIPSNISĖKAS METODAS

### Suinteresuotų pusių įvardijimas

Kuriant strategiją vienas pirmųjų žingsnių yra numatyti pagrindines suinteresuotas puses. Imantis savižudybių prevencijos reikia turėti omenyje įvairių skirtingų sektorių galimybes – reikėtų pasitelkti ne tik sveikatos apsaugos profesionalus, bet ir kitų sektorių specialistus. Į suinteresuotų pusių sąrašą galėtų patekti:

- skirtingų valstybinių institucijų, tarp jų Sveikatos apsaugos, Švietimo ir Socialinių reikalų ministerijų atstovai; kai kuriais atvejais logiška pritraukti ir kitų su šiuo klausimu susijusių ministerijų atstovus, tarkim, Žemės ūkio (pvz., kai didelę problemą kelia žudymaisi nuodijantis pesticidais) ar Transporto (pvz., kai būtina imtis priemonių užkirsti kelią savižudybėms šokant po traukiniais ar nuo tiltų);
- visuomenės sveikatos sektoriaus atstovai, tarp jų visuomenės sveikatos vadybininkai, bendrosios praktikos gydytojai, medicinos seserys, greitosios pagalbos personalas, pediatrai, gerontologai, artimųjų netektį padedantys įveikti psichologai, administratoriai, statistikai ir kiti specialistai;
- psichikos sveikatos sferos atstovai, įskaitant šios srities vadybininkus, psichiatrus, psichologus, psichikos sveikatos slaugytojus ir socialinius darbuotojus iš privataus ir viešojo sektorių;
- švietimo sektoriaus atstovai, tarp jų mokytojai, moksleiviai konsultantai (angl. *school counsellors*), administratoriai, kiti švietimo srities specialistai, studentai ir moksleivių atstovai;
- teisėsaugos institucijų atstovai, įskaitant koronerius ir teismo medicinos specialistus;
- policijos, priešgaisrinės tarnybos, greitosios pagalbos stočių, kalėjimų ir kriminalinių tarnybų, teismų ir krašto apsaugos atstovai;
- parlamentari, politikos formuotojai, politikai;
- tiesiogiai su problema susijusių pažeidžiamų grupių, kurios, priklausomai nuo atskiros šalies savižudybių demografijos, galėtų būti tokios: senjorai, jaunimas, vietos gyventojai, pabėgėliai ar tautinės mažumos;
- susidūrusieji su savižudybe artimoje aplinkoje ar savižudžių šeimų nariai;
- bendruomenių atstovai, dvasiniai ir religiniai lyderiai;
- nevyriausybinės organizacijos, šeimų susivienijimai, skirtingos vietos bendruomenės, savanoriai;
- žiniasklaidos atstovai;
- mokslininkai;
- valstybinių statistikos institucijų atstovai;
- profesinės sąjungos;
- privataus sektoriaus ir fondų atstovai.

Nevyriausybinių organizacijų vaidmuo šiuo atveju ypač svarbus. Nevyriausybinių ir nepelno siekiančių organizacijų dažnai aktyviai veikia tiek vykdydamos savižudybių prevenciją, tiek ją populiarindamos, ypač kai valstybinis sektorius šiais klausimais vykdo nepakankamą veiklą arba visai neužsiima. Nevyriausybinių organizacijų dažnai teikia konsultavimo paslaugas, administruoja pagalbos telefonu linijas, vykdo tyrimus, konceptualizuoja ir įgyvendina visuomenės švietimo programas, taip pat dirba su žiniasklaida.

Identifikuoti šias suinteresuotas puses yra tik pirmas žingsnis. Suburti jas į vieną gretą ir aiškiai paskirstyti konkrečius vaidmenis bei užduotis gali būti nelengva ir kelti nemenką iššūkį. Todėl būtina tvirta lyderystė tiek pateikiant viziją visoms minėtoms suinteresuotoms pusėms, tiek užtikrinant jų bendradarbiavimą ne tik strategijos kūrimo, bet ir jos įgyvendinimo ir vertinimo stadijose. Ši lyderystė gali kilti nebūtinai iš sveikatos apsaugos sektoriaus, – viskas priklauso nuo nacionalinės padėties, – vis dėlto siekiant sėkmės itin svarbu, kad paskirstytus darbus koordinuotų ir proceso tęstinumą užtikrintų visoms suinteresuotoms pusėms priimtina vadovybė. Be kita ko, norint sulaukti sėkmės ne tik kuriant nacionalinę strategiją, bet ir vėliau ją įgyvendinant, prasminga numatyti organizacinį komitetą ir (ar) atitinkamą patariamąjį organą.

### **Padėties analizės vykdymas**

Gyvybiškai svarbus žingsnis – skrupulinga padėties analizė, kuri nustatytų konkrečios geografinės zonos (visoje šalyje ar tik kuriame nors atskirame jos regione) problemos mastą. Atliekant tokią analizę dera pateikti apytikrius duomenis, kiek šioje zonoje įvyksta savižudybių ir bandymų nusižudyti per metus ir nustatyti su tuo tiesiogiai susijusius sociodemografinius, struktūrinius ir kliniškius veiksnius, tokiu būdu identifikuojant pažeidžiamiausias gyventojų grupes. Taip pat turėtų būti nurodomi dažniausiai pasitaikantys savižudybės būdai ir potencialios jos priežastys, įvertintas paslaugų, skirtų tiems, kurie mėgino žudyti, prieinamumas, nauda ir kokybė, taip pat identifikuoti esami sveikatos sistemos, kitų su savižudybių prevencija susijusių sektorių ir tarpsektorinio bendradarbiavimo mechanizmų trūkumai. Atliekant visapusišką analizę derėtų atsižvelgti į esamą žalingo alkoholio vartojimo mažinimo politiką, peržiūrėti pranešimų apie savižudybes žiniasklaidoje korektiškumą, įvertinti savižudybių ir mėginimų nusižudyti statistikos kokybę, apsvaistinti esamų priežiūros sistemų veiksmingumą ir nustatyti esamas atitinkamų duomenų surinkamumo spragas. Be to, turėtų būti nurodytos visos pagrindinės „karštosios vietos“ – tiltai su žemomis tvoromis, daugiaaukščiai pastatai su nepakankamai apsaugotais stogais ir kitos vietos, kuriose anksčiau jau buvo žudyti.

Svarbi padėties analizės dalis – numatomų veiksmų taikymo kliūčių analizė, kurioje būtų išvardytos visos egzistuojančios kliūtys ir pasiūlyti sprendimai, kaip jas nuosekliai, vieną po kitos pašalinti. Neidentifikavus kliūčių bet kokia strategija gali būti neįgyvendinta ir likti tik popieriuje.

## Reikiamų išteklių prieinamumo ir poreikio įvertinimas

Žmogiškųjų ir finansinių išteklių pasiekiamumas ir prieinamumas yra pagrindiniai bet kokios visuomenės sveikatos intervencinės programos sėkmės veiksniai – jie tokie pat svarbūs, kaip ir politikos formuotojų ryžto imtis spęsti atitinkamus esminius klausimus užsitikrinimas. Vertinant išteklius išskirtini šie trys žingsniai:

1. Kokių tiksliai žmogiškųjų ir finansinių išteklių reikia kuriant ir įgyvendinant savižudybių prevencijos strategiją?
2. Kokie šiuo metu turimi ištekliai?
3. Koks yra atotrūkis ir kaip jį panaikinti?

Įvertinant žmogiškuosius išteklius svarbu numatyti:

- reikiamą pirminės pagalbos ir psichikos sveikatos specialistų skaičių;
- kitų reikiamas paslaugas užtikrinančių žmonių ar socialinių darbuotojų skaičių;
- personalą, atsakingą už su psichikos sveikata ir žalingo alkoholio vartojimo mažinimu susijusios politikos formavimą ir įgyvendinimą;
- reikiamų konsultantų mokyklose, darbovietėse, kalėjimuose ir kolonijose skaičių;
- pirminės grandies reaguojančiųjų, t. y. greitosios pagalbos, policijos ir priešgaisrinės tarnybos darbuotojų poreikio mastus;
- esant poreikiui, vaidmenį vietos žiniuoniams ar alternatyviosios medicinos atstovams.

Paprastai potencialūs paramos ir finansavimo šaltiniai būna šie:

- specialūs asignavimai savižudybių prevencijai iš federalinės ar centrinės valdžios metinio biudžeto;
- valstybės, rajoniniai ar vietos savivaldos asignavimai;
- privačių mecenatų ar fondų skiriamos lėšos;
- nevyriausybinių organizacijų parama;
- tarptautinių institucijų parama;
- lėšos, gautos per viešojo ir privataus sektorių partnerystės programas.

## Politinės valios užsitikrinimas

Stingant politinės valios, tikėtina, kad bet kokia sukurta strategija ir liks tik popieriuje. Politinė valia būtina siekiant užtikrinti, kad savižudybių prevencijos veiksmai sulauks jiems būtinų išteklių ir dėmesio iš nacionalinių ir savivaldos lyderių. Būdai, kuriais užsitikrinama reikiama politinė valia, gali būti šie:

- keliant nacionalinių ir savivaldos lyderių sąmoningumą;
- dažnai skelbiant straipsnius apie nuodugniais tyrimais grįstą savižudybių prevencijos politiką ir padėtį;
- randant politinių lyderių ir (ar) advokataujančių asmenų, kurie galėtų aštriai kelti šį klausimą reikiamu lygiu (pavyzdžiui, žmonės, kurių šeimoje ar iš pažįstamųjų rato kas nors nusižudė);
- dažnai ir adekvačiai apeliuojant žiniasklaidoje į savižudybes kaip į viešosios politikos problemą;
- nuoseklus lobizmas tarp parlamentarų ir įvairių lygių vyriausybės institucijų atstovų.

Užsitikrinti reikiamą politinę valią, kuri būtų tvari ir nepriklausytų nuo vyriausybės pokyčių, neišvengiamai kainuoja daug laiko ir pastangų, tačiau potencialiai tai labai naudinga, ypač žvelgiant iš ilgalaikės perspektyvos. Politiniai įsipareigojimai galėtų pasireikšti įvairiai, tarkim:

- peržiūrint vykdomą atitinkamą politiką ir galiojančius teisės aktus, kurie reikiama kryptimi keistų teisinės sistemos požiūrį į savęs žalojimą ar savižudybę, t. y. teisiškai kitaip šias veikas kvalifikuotų;
- padidinant reikiamus išteklius ir užtikrinant jų skyrimo ilgalaikiškumą;
- sukuriant ar sustiprinant veiksmingus mechanizmus, skirtus rinkti ir stebėti duomenis apie savižudybes ir mėginimus nusižudyti;
- stiprinant paramą atitinkamų viešojo sektoriaus darbuotojų mokymams apie jiems tenkančią vaidmenį vykdant savižudybių prevenciją;
- įtraukiant informaciją apie savižudybes ir savižudybių prevenciją į būsimų sveikatos ir socialinio sektoriaus specialistų mokymo programas;
- didinant valstybinių įstaigų pastangas, skirtas mažinti aplinkos, socioekonominių ir kitų rizikos veiksnių poveikį ir užtikrinti geresnę teikiamų paslaugų prieinamumą.

Siekiant parodyti reikiamą politinę valią ir propaguoti atitinkamus tikslus, galima išnaudoti ir Tarptautinės savižudybių prevencijos asociacijos (TSPA) rengiamą Pasaulinę savižudybių prevencijos dieną (rugsėjo 10 d.), Pasaulio psichikos sveikatos federacijos (PPSF) organizuojamą Psichikos sveikatos dieną (spalio 10 d.) ar kitas tarptautines ar nacionalines minėtinas dienas.

### **Kova su stigmatizavimu**

Daugelyje šalių svarbia savižudybių prevencijos kliūtimi išlieka savižudybės stigmatizavimas. Žmonės, kurių artimieji nusižudė, ar tie, kurie patys anksčiau mėgino žudyti, savo bendruomenėse dažnai priversti jaustis nejaukiai. Šitoks stigmatizavimas gali lemti žmogaus nenorą ieškoti pagalbos ir tapti kliūtimi gauti su savižudybių prevencija susijusias paslaugas, tarkim, konsultacijas ar psichologinę pagalbą nusižudžius artimajam (postvencija) – tai ypač aktualu tose šalyse, kuriose savižudiški veiksmai užtraukia baudžiamąją atsakomybę. Be to, didelis tokio stigmatiza-

vimo lygis gali lemti tai, kad pranešimų apie savižudišką elgseną skaičius bus gerokai mažesnis ir turimi duomenys neatitiks tikrosios padėties, o tai turės neigiamų padarinių visuomenės sveikatai. Keldamos visuomenės sąmoningumą ir raštingumą psichikos sveikatos klausimais, vyriausybė ir kitos suinteresuotosios pusės turėtų nuo pat pradžių ir vėliau deramą dėmesį skirti spręsdamos su šitokiu stigmatizavimu susijusias problemas. Pastangos mažinti savižudiškos elgsenos stigmatizavimą gali būti vaisingos įtraukus jas į bendrą, kur kas plačiau apimančią psichikos ligų destigmatizavimo procesą, tačiau reikia pastebėti, kad paprastai sėkmingai kovoti su neigiamomis visuomenės nuostatomis savižudiškos elgsenos atžvilgiu prireikia ir kitų, papildomų pastangų.

### **Sąmoningumo kėlimas**

Kuriant savižudybių prevencijos strategiją atsiranda galimybių kelti sąmoningumo apie savižudybių prevenciją lygį. Norint užsitikrinti žiniasklaidos paramą savižudybių prevencijos svarbai nušviesti, nebūtina laukti, kol prasidės savižudybių prevencijos strategijos įgyvendinimo etapas. Žiniasklaida gali suvaidinti gyvybiškai svarbų vaidmenį kurdama strategiją, informuodama suinteresuotas puses apie pasiektą pažangą ir generuodama platesnį suvokimą šiais klausimais, tokiu būdu stiprinama žmonių atsakomybė dėl jų atliekamų veiksmų ir labiau įtraukiama visuomenė. Keliant sąmoningumą, užtikrinant palaikymą ir tinkamai vykdant komunikaciją, galima paveikti politikos formuotojus ir viešąją nuomonę, o tai leidžia mobilizuoti politinę valią ir išteklius, reikalingus proceso plėtrai. Padidėjęs sąmoningumas sustiprina politinį pasiryžimą problemai spręsti ir nulemti, kad tam būtų skirta daugiau išteklių. Siekiant sėkmės būtina, kad visuomenė suprastų tiek šią problemą, tiek gyvybišką intervencinių priemonių būtinybę. Pastangos didinti sąmoningumą, be kita ko, užtikrina didesnę ir tvaresnę suinteresuotų pusių įsitraukimą, o svarbiausia – lemia visuomenės palankumą pripažįstant savižudybių prevencijos svarbą.

## PAGRINDINIAI NACIONALINĖS SAVIŽUDYBIŲ STRATEGIJOS KOMPONENTAI

Svarbiausias nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos tikslas yra skatinti, koordinuoti ir remti atitinkamus tarpsektorinius veiksmų planus ir programas kovai su savižudiška elgsena nacionaliniu, regioniniu ir vietos savivaldos lygiu. Yra keletas pagrindinių elementų, kurie užtikrina nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos veiksmingumą. Tuo pat metu privalu prisiminti, kad kiekviena savižudybė visada turi specifinį socialinį ir kultūrinį kontekstą. Šiame skyriuje bendrais bruožais apibūdinami galimi savižudybių prevencijos strategijos komponentai.

### Aiškūs tikslai

Veiksminga savižudybių prevencijos strategija gali turėti kelis lygiagrečius ir tarpusavyje persipynusius tikslus, kurių kiekvienas privalo būti aiškiai suformuluotas. Dalis potencialių tikslų gali būti šie:

- didinti supratimą apie problemos mastą ir apie tai, kad jai spręsti esama veiksmingų strategijų;
- mažinti savižudybių ir mėginimų nusižudyti skaičių, t. y. užkirsti kelią visų amžiaus grupių atstovų pirmalaikėms mirtims dėl savižudybės ir pažaboti su mėginimu žudytis susijusių ligų ir neįgalumo radimosi atvejus;
- spręsti savižudybes ir mėginimus nusižudyti lemiančias priežastis;
- mažinti savižudiškos elgsenos stigmatizavimą;
- gerinti duomenų tiek apie savižudybes, tiek apie mėginimus žudytis surinkimą;
- gerinti veiksmingų intervencinių priemonių tyrimus ir vertinimą;
- stiprinti sveikatos ir socialinės sistemos atsaką į savižudišką elgseną.

Savižudybių prevencijos strategijoje turėtų būti numatyti konkretūs finansiniai ir žmogiškieji ištekliai, nurodytas tikslus įgyvendinimo laikotarpis, o taip pat įvardyti trumpalaikiai, vidutinės trukmės ir ilgalaikiai tikslai.

### Rizikos ir apsaugos veiksnių adekvatumas

Rizikos ir apsaugos veiksnių identifikavimas yra esminis nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos komponentas, galintis nulemti, kokio pobūdžio ir tipo bus taikomos intervencinės priemonės. Tokiame kontekste rizikos veiksniai rodo, kas yra ypač pažeidžiamas savižudybės atžvilgiu – asmuo, bendruomenė ar konkreti gyventojų grupė. Rizikos veiksniai gali rasti įvairiais lygmenimis, tarkim, individualiu, socialiniu ar kontekstiniu, ir tarpusavyje sąveikauti daugeliu skirtingų būdų. Būtina, kad šie veiksniai būtų traktuojami kaip didesnės savižudiškos elgsenos tikimybės požymis. Todėl brėžiant siekį stengtis kiek įmanoma sumažinti savižudybės riziką individualiu lygiu, nacionalinėse strategijose privalo būti aiškiai identifikuotos atskiros rizikos grupės, bet tuo pat metu sutelkiamas dėmesys į visą visuomenę. Paprastai pasitaiko šios trys pagrindinės rizikos veiksniai, kurie įvairiopa tarpusavyje sąveikauja, kategorijos.



## Rizikos veiksniai (sąrašas nepilnas)

Individualūs:	Sociokultūriniai:	Situaciniai:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ankstesni mėginimai žudyti;</li> <li>• psichikos sutrikimas;</li> <li>• priklausomybė nuo alkoholio ar narkotikų;</li> <li>• neviltis;</li> <li>• atskirties jausmas;</li> <li>• aplinkinių palaikymo stygius;</li> <li>• polinkis į agresiją;</li> <li>• impulsyvumas;</li> <li>• anksčiau patirtos traumos ir prievarta;</li> <li>• stiprus emocinis sukrėtimas;</li> <li>• rimta somatinė ar lėtinė liga, ypač kai nuolat juntamas skausmas;</li> <li>• savižudybių atvejai šeimoje;</li> <li>• neurobiologiniai veiksniai.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pagalbos ieškojimo stigmatizavimas;</li> <li>• kliūtys gaunant sveikatos apsaugos paslaugas, ypač kalbant apie psichikos ligų ir priklausomybių nuo psichiką veikiančių medžiagų gydymą;</li> <li>• tam tikri religiniai ar kultūriniai įsitikinimai (tokie kaip tikėjimas, kad savižudybė yra garbingas būdas išspręsti asmeninę dilemą);</li> <li>• savižudiškos elgsenos demonstravimas, tarkim, žiniasklaidoje, ir nusižudžiusių kitų žmonių įtaka.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• darbo netekimas ar finansiniai sunkumai;</li> <li>• partnerio ar kitų artimųjų netektis;</li> <li>• galimybė nesunkiai gauti gyvybei pavojingų priemonių;</li> <li>• įtaką darantys kitų žmonių savižudybių pavyzdžiai;</li> <li>• stresiniai gyvenimo įvykiai.</li> </ul>

Ne mažiau svarbus ir platesnio sociokultūrinių, aplinkos ir individualių apsaugos veiksnių, galinčių sumažinti asmens polinkį elgtis savižudiškai, identifikavimas. Apsaugos veiksniai padeda žmonėms susidoroti iškilus ypač sudėtingoms aplinkybėms ir tokiu būdu mažinti savižudybės riziką. Todėl veiksminga strategija turėtų numatyti būdus apsaugos nuo savižudybės veiksniams kurti, skatinti ir išlaikyti.

## Apsaugos veiksniai

- Glaudus ryšys su šeima ir bendruomenės palaikymas.
- Įgauti sunkumų, konfliktinių situacijų sprendimo ir nesmurtiniai ginčų sprendimo įgūdžiai.
- Asmeniniai, socialiniai, kultūriniai ir religiniai įsitikinimai, nepalankiai vertinantys savižudybę ir skatinantys savisaugą.
- Ribotas priėjimas prie gyvybei pavojų keliančių (t. y. galimų pasitelkti savižudybei) priemonių.
- Nebijojimas kreiptis pagalbos ir geras kvalifikuotų psichikos ir somatinių ligų gydymo paslaugų prieinamumas.



## Intervencinių priemonių veiksmingumas

Remiantis adekvačiu rizikos ir apsaugos veiksnių vertinimu nacionalinėje strategijoje derėtų pasiūlyti tinkamiausią empiriniais duomenimis grįstą intervencinių priemonių pobūdį – universalų, selektyvų ir indikatorinį – ar jų kombinaciją. Universalios intervencinės priemonės taikomos visiems šalies gyventojas, nepriklausomai nuo rizikos laipsnio. Selektyvios intervencinės priemonės dėmesį sutelkia į atskiras gyventojų grupes, kurios tyrimų duomenimis pasižymi didesne savižudybės rizika, ir gali būti įgyvendinamos atsižvelgus į sociodemografines charakteristikas, geografinį pasiskirstymą ar psichikos sutrikimų ir priklausomybių nuo psichiką veikiančių medžiagų paplitimą, priklausomai nuo to, kokį poveikį šie atskiri veiksniai daro bendrai savižudybių naštai. Indikatorinės intervencinės priemonės skirtos žmonėms, kurie pagal jau turimą informaciją linkę į savižudybę ar anksčiau mėgino žudyti.

Vykdamas visapuses savižudybių prevencijos programas paprastai pasitelkiamos tam tikros šių visų trijų minėtų tipų priemonių kombinacijos.

## Prevencijos strategijos visų gyventojų lygmeniu

Vykdydama Psichikos sveikatos veiksnių programą (mhGAP), PSO išskiria šias tris empiriniais duomenimis paremtas savižudybių prevencijos strategijas, taikytinas visiems gyventojams:

### 1. Riboti žmogaus gyvybei pavojų keliančių (t. y. galinčių padėti susižaloti ar nusižudyti) priemonių prieinamumą

Įrodyta, kad apribojus savižudybei tinkančių priemonių prieinamumą, sumažėja savižudybės atvejų. Tokiu būdu, priklausomai nuo vietos realijų, turėtų būti ribojamas priejimas prie pesticidų, šaunamųjų ginklų, medžio anglių ar prie gyvybei pavojų galinčių kelti vietų. PSO rekomenduoja:

- aktyviai įtraukti bendruomenę į vietos lygiu įmanomų priimti sprendimų, kurie leistų įgyvendinti intervencines priemones, susijusias su gyventojų priejimo prie savižudybę galinčių paskatinti priemonių ribojimu, paieškas;
- skatinti sveikatos ir kitų reikiamų sektorių bendradarbiavimą ribojant gyventojų priejimą prie šių konkrečioje vietovėje svarbų vaidmenį atliekančių gyvybei pavojų galinčių kelti priemonių.

Priklausomai nuo padėties analizės rezultatų ir specifinio atskirų valstybių konteksto, vyriausybės turėtų apsvarstyti žingsnių, griežtinančių priejimą prie šaunamųjų ginklų, pesticidų ar kitų kenksmingų medžiagų, medžio anglių ar gyvybei pavojų keliančių vietų, galimybę (WHO, 2009; WHO, 2008b, WHO, 2006). Pavyzdžiui, pesticidų atveju, kurie būna susiję su maždaug trečdaliu pasaulyje įvykdomų savižudybių (Gunnell et al., 2007), logiška imtis ištiso spektro priemonių: ratifikuoti, pritaikyti ir vykdyti atitinkamas tarptautines konvencijas dėl pavojingų chemikalų ir atliekų; griežčiau reglamentuoti prekybą šiomis medžiagomis; mažinti priejimą prie jų akyliau jas saugant ir tam pasitelkiant ne tik atskirus asmenis, bet ir ištisas bendruomenes; mažinti šių medžiagų toksiškumą; gerinti medicininę pagalbą žmonėms, mėginusiems nusinuodyti pesticidais; šviesti atskirus žmones, bendruomenes ir visą visuomenę apie tai, kaip tinkamai elgtis su pesticidais, kaip juos sandėliuoti ir naudoti, kaip jais atsikratyti.

## **2. Savižudybių prevencijos kontekste formuoti žalingam alkoholio vartojimui mažinti skirtas politikas**

Piktnaudžiavimas alkoholiu yra padidintos savižudybės rizikos veiksnys. Griežtinti alkoholio pasiekiamumą siekiant sumažinti žalingą jo poveikį ypač svarbu tose visuomenėse, kuriose alkoholizmas yra itin opi problema. PSO Pasaulinėje žalingo alkoholio vartojimo mažinimo strategijoje (World Health Organization, 2010a) išskiriama dešimt sričių, į kurias privalu atkreipti dėmesį svarstant politikos prioritetus ir galimą reguliavimą: lyderystė, sąmoningumo kėlimas ir intervenciniai žingsniai; sveikatos apsaugos sistemos atsakas; bendruomenės veiksmai; kova su vairavimu išgėrus ir atitinkamų veiksmų įgyvendinimas; alkoholio prieinamumas; alkoholinių gėrimų reklama; kainų nustatymo politika; piktnaudžiavimo alkoholiu ir alkoholinės intoksikacijos neigiamų padarinių mažinimas; nelegalaus ir neoficialiai pagaminto alkoholio padarinių visuomenės sveikatai mažinimas; stebėseną ir priežiūrą.

## **3. Padėti žiniasklaidai ir skatinti ją pranešant apie savižudybes elgtis atsakingai**

Vykdant savižudybių prevenciją dažnai nepakankamai įvertinamas žiniasklaidos vaidmuo. Šiai tenka išskirtinė atsakomybė dėl būdo, kuriuo pranešama apie savižudybių atvejus. Patvirtinta, kad atsakingas tokių įvykių nušvietimas išgelbėjo ne vieno žmogaus gyvybę. Psichikos sveikatos veiksmų programoje (mhGAP) žiniasklaidai rekomenduojama:

- savižudybės nepateikti kaip sensacijos ir įprasto reiškinio, nevaizduoti jos kaip galimo problemų sprendimo būdo;
- nepateikti nuotraukų ir detalai nepasakoti apie pasitelktą savižudybės būdą;
- pateikti informaciją apie tai, kur panašiais atvejais kreiptis pagalbos.

Nacionalinė savižudybių prevencijos strategija akcentuoja nuolatinių seminarų žiniasklaidos atstovams nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygiu poreikio svarbą. Žurnalistus galima paskatinti sukurti pranešimų apie savižudybes reguliavimo ir savikontrolės sistemą. Daugelyje šalių sukurtos atitinkamos gairės, be to, žiniasklaidos vartotojai gali suformuoti vienokį ar kitokį žiniasklaidos priežiūros mechanizmą, skirtą klaidingam, nederamam, pernelyg supaprastintam ar sensacingam savižudybės vaizdavimui stebėti.

## **Prevencijos strategijos pažeidžiamų rizikos grupių lygmeniu**

### **Suinteresuotų asmenų mokymai**

Suinteresuotieji – tai asmenys, kuriems paprastai, bet ne visada, dėl savo profesijos ypatumų tenka reguliariai bendrauti su vietos bendruomenės nariais. Suinteresuoti asmenys bendrauja su bendruomenės nariais natūralioje, dažnai su sveikatos priežiūra niekaip nesusijusioje aplinkoje, todėl prasminga juos apmokyti atpažinti savižudybės rizikos veiksnius. Norint, kad suinteresuotų asmenų mokymai būtų veiksmingi, jie turi būti nenutrūkstami ir nuoseklūs, atliekami tiesiogiai stebint ir vertinant besimokančiuosius. Idealiu atveju tai galėtų būti profesinio rengimo mokymo programos sudedamoji dalis. Atliekant šiuos mokymus lygiagrečiai turėtų būti vykdoma ir kokybiškų paslaugų plėtra. Antraip apmokytų asmenų pastangos identifikuoti į rizikos grupę patenkančius asmenis bus tiesiog bergėdžios.

**Svarbiausi suinteresuoti asmenys:**

- teikiantys pirminės sveikatos priežiūros paslaugas;
- teikiantys psichikos sveikatos paslaugas;
- greitosios medicinos pagalbos darbuotojai;
- mokytojai ir kitas mokyklų personalas;
- bendruomenių lyderiai;
- policijos pareigūnai ir kiti, kurie pagal darbo specifiką pirmi susiduria su atitinkamais atvejais;
- kariškiai;
- socialiniai darbuotojai;
- dvasiniai ir religiniai lyderiai;
- liaudies medicinos atstovai.

PSO, vykdydama pasaulinį savižudybių prevencijos projektą SUPRE, šia tema išleido seriją informacinių bukletų, skirtų konkrečių socialinių grupių ir profesijų atstovams, kuriems tenka ypatingas vaidmuo vykdant savižudybių prevenciją. Paminėtini šių profesijų atstovams skirti bukletai: bendrosios praktikos gydytojams, pirminės sveikatos priežiūros centrų darbuotojams, mokytojams ir kitam mokyklų personalui, policijos pareigūnams, gaisrininkams ir kitų profesijų atstovams, kurie pirmieji susiduria su savižudiškais atvejais, psichologams ir žiniasklaidos profesionalams. Taip pat paminėtini darbovietėms, kalėjimams ir kolonijoms pritaikyti bukletai. Be to, parengti bukletai, skirti savižudiškų atvejų apskaitos ar susidūrusių asmenų su savižudybe artimoje aplinkoje pagalbos grupių organizavimo tematikai (World Health Organization, 2000–2011).

**Bendruomenių mobilizavimas**

Bendruomenėse įsteigti krizių centrai turėtų aktyviai bendradarbiauti su sveikatos priežiūros įstaigų atstovais, kadangi juose neretai atsiduria į savižudybės rizikos grupę patenkantys žmonės. Nacionalinė savižudybių prevencijos strategija turi skatinti didinti žmogiškuosius išteklius krizinėse situacijose atsidūrusiems asmenims globoti, ypač atokesnių vietovių ir pažeidžiamų visuomenės grupių atvejais, ir remti vietinių nevyriausybinį organizacijų tinklų radimąsi siekiant užtikrinti reikiamų žinių sklaidą. Bendras tikslas turėtų būti drąsinti žmones nebijoti kreiptis ir užtikrinti, kad pagalba būtų suteikiama laiku, nesvarbu, kas tai darys – vyriausybinio ar nevyriausybinio sektoriaus atstovai, bendruomenės sveikatos centrai ar socialinės pagalbos tarnybos.

Tais atvejais, kai teikti pagalbą krizinėse situacijose numatyti žmogiškieji išteklių yra per menki ir negali būti deramai padidinti, svarstyti alternatyvios bendruomenės mobilizavimo priemonės. Esama daug pavyzdžių, tarkim, Indijoje ir Šri Lankoje, kai priėjimą prie pesticidų kontroliuoja bendruomenės nariai – tokiu būdu užsitikrinama pagalba užkertant kelią savižudybėms. Šitokių kaštų mažai reikalaujančių intervencinių priemonių poveikis ilginiui yra potencialiai tvaresnis, ypač jei į atitinkamą veiklą aktyviai įsitraukia vietos bendruomenės branduolys. Vietos valdžia atskiriems tikslams pasiekti taip pat gali ieškoti bendradarbiavimo būdų ir juos skatinti su jau esamais kitų organizacijų sukurtais bendruomenės tinklais. Tarkim, įgyvendinant savižudybių prevencijos priemones galima paskatinti įsitraukti moterų savivalbos grupes, kurios sėkmingai veikia ir yra įtakingos daugelyje besivystančių šalių.

### **Dėmesys išgyvenusiesiems artimųjų savižudybę**

Deramas dėmesys turėtų būti skirtas žmonėms, kurių aplinkoje buvo savižudybės atvejų. Turimi galvoje šeimos nariai, artimi draugai, bendradarbiai ar bendraklasiai. Ypač svarbu suteikti pagalbą šiai pažeidžiamai žmonių grupei, kadangi jos atstovai taip pat gali būti linkę į depresiją ir savižudišką elgseną. Tokiu būdu laiku suteikta parama nusižudžius artimajam (postvencija) yra svarbi savaime ir kaip papildomą savižudybių prevencijos funkciją atliekantis žingsnis. Vienas iš prieš tai minėtų savižudybių prevencijai skirtų PSO parengtų informacinių bukletų skirtas būtent artimoje aplinkoje su savižudybe susidūrusių asmenų pagalbos grupių organizavimo klausimams (World Health Organization, 2000–2011).

### **Prevencijos strategijos individualiu lygmeniu**

#### **Psichikos sutrikimų identifikavimas ir gydymas**

Įrodyta, kad psichikos sutrikimai ir priklausomybės nuo psichiką veikiančių medžiagų lemia didesnę savižudybės riziką. Nuolatinis psichikos sveikatos profesionalų stygius ir nepakankamai teikiamos paslaugos visuotiniu mastu padidino savižudybių riziką – atskiros į rizikos kategoriją patenkančių žmonių grupės nesulaukia reikiamo dėmesio ir (arba) lieka be reikiamos medicininės pagalbos, todėl yra mažiau apsaugotos nuo galimos savižudybės. Nacionalinė strategija turėtų:

- išryškinti būtinybę įtraukti psichikos sveikatos paslaugas į pirminės sveikatos priežiūros lygmenį;
- esant reikalui atkreipti dėmesį į psichikos sveikatos paslaugų stygių;
- pabrėžti reguliarių pirminės sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų mokymų savižudybės prevencijos klausimais (labiausiai savižudiškų polinkių turinčių asmenų atpažinimo, jų priežiūros, paramos jiems teikimo ir persiuntimo specialistui atveju) svarbą – tai itin aktualu žinant, kad dauguma savižudiškų ketinimų galinčių turėti asmenų paprastai nesikreipia pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, bet veikiau būna linkę skųstis įvairiais somatiniais negalavimais.

Kaip teigiama empiriniais duomenimis remiantis suformuluotose PSO Psichikos sveikatos veiksmų programos (mhGAP) Intervencinių priemonių taikymo gairėse (mhGAP-IG), skirtose įvertinti ir tinkamai dorotis su minėtoje veiksmų programoje įvardytomis prioritetinės svarbos būsenomis, taip pat tomis, kurioms esant kyla susižalojimo ar savižudybės grėsmė (World Health Organization, 2010b), bet kurio vyresnio nei 10 metų žmogaus, susiduriančio su kuria nors iš toliau įvardytų problemų, privalu paklausti apie tai, ar per pastarąjį mėnesį jam nekilo minčių nusižudyti ir ar jis per pastaruosius metus nemėgino to daryti. Problemos, su kuriomis susiduria toks žmogus, gali būti šios:

- žalojimosi ar savižudiški polinkiai, depresija, su alkoholio vartojimu susiję sutrikimai, priklausomybė nuo narkotikų, bipolinis afektinis sutrikimas, psichozė, epilepsija, raidos ir elgsenos sutrikimai (vaikų ar paauglių atveju), lengva demencija ir kiti svarbūs emociniai sutrikimai ar mediciniškai nepaaiškinami nusiskundimai;
- lėtinis skausmas;
- stiprus emocinis sukrėtimas.

Psichikos sveikatos veiksmų programos Intervencinių priemonių taikymo gairės nurodo, kad žmonės, kurie pasisako turį minčių ar planų žudyti arba žaloti, ar jau yra tai darę, privalo įvertinti psichikos sveikatos požiūriu, patikrinti, ar jie neturi neurologinių ar su psichiką veikiančių medžiagų vartojimu susijusių problemų. Atitinkamais atvejais turi būti vadovaujama minėtomis gairėmis.

### **Mėginusių žudytis ir į savižudybės rizikos grupę patenkančių asmenų priežiūra**

Įvertinant į sveikatos priežiūros įstaigą atėjusių asmenų žalojimosi ar savižudybės grėsmę ir teikiant jiems pagalbą Intervencinių priemonių taikymo gairės rekomenduoja atlikti skirtingus žingsnius – patikrinti, ar asmuo anksčiau nemėgino žudytis (buvo rimtų medicininių padarinių), įvertinti galimo susižalojimo ar savižudybės riziką esamuoju laikotarpiu ir išsiaiškinti apie praeityje galbūt turėtas mintis ar planus žudytis ar mėgintus atlikti atitinkamus veiksmus. Lygiagrečiai taip pat itin svarbu atkreipti dėmesį, ar žmogus neturi psichikos, neurologinių ar su psichiką veikiančių medžiagų vartojimu susijusių sutrikimų, ar jis nepatiria lėtinio skausmo arba stipraus emocinio sukrėtimo.

Pagalba tokiam asmeniui apima skirtingas intervencines priemones, kaip antai gali tekti imtis įvairių specifinių žingsnių, skirtų jo priežiūrai, pasirūpinti, kad žmogus negalėtų pasinaudoti savižudybę galinčių lemti priemonių, aptarti psichologinės pagalbos galimybes, užtikrinti, kad bus išlaikytas tolesnis bendravimo tęstinumas ir numatyti paskesni veiksmai (World Health Organization, 2010b). PSO sukūrė ir įvairiomis sąlygomis išmėgino trumpalaikių intervencinių priemonių ir kontaktų palaikymo metodiką, kuri apčiuopiamai įrodė savo veiksmingumą mažinant savižudiškų polinkių turinčių žmonių mirčių skaičių. Ši metodika yra nesudėtinga, prieinama ir ypač tinka tais atvejais, kai turima nedaug lėšų (Fleischmann et al., 2008).

### **Atvejų registravimo gerinimas ir tyrimų vykdymas**

Daugelyje šalių pranešimų apie savižudišką elgseną statistika realiai neatspindi tikrovės – apie tokius atvejus pranešama retai arba išvis nepranešama. Turimos žinios dažniausiai yra tik ledkalnio viršūnė. Nacionalinė strategija gali apibūdinti esamus ar reikiamus atitinkamų atvejų registravimo ir pranešimų apie juos teikimo mechanizmus ir pasiūlyti, ką reikėtų dar padaryti ar pakoreguoti, kad taikoma sistema užtikrintų, kad geriau būtų surenkami duomenys apie savižudybes ar mėginimus nusižudyti, o taip pat formuoti tyrimų darbotvarkę. Norint, kad duomenys būtų renkami sistemingai ir nuolat, privalu remtis integralia, į daugelį sektorių orientuota metodika, kuri apimtų įvairius šaltinius: valdžios institucijas, policiją, ligonines, nevyriausybinės organizacijas ir psichikos sveikatos paslaugų centrus.

Atskiros apklausos dėl savižudiškos elgsenos gali būti brangios ir neįperkamos, todėl rengiant nacionalinę strategiją, be kita ko, reikėtų siekti, kad su savižudiška elgsena susiję klausimai būtų įtraukti į bendrus gyventojų nuomonės tyrimams skirtus klausimynus arba taptų integralia didelių tarptautiniu mastu atliekamų apklausų dalimi. Tuo pat metu derėtų skatinti savižudiškos elgsenos tyrimus, tokiu būdu siekiant palengvinti atitinkamų duomenų sistemingą peržiūrą ir analizę. Siekiant, kad būtų užtikrintas geresnis duomenų surinkimas ir patikimumas, ypač šalyse, kuriose savižudybė yra itin stigmatizuojama, prasminga numatyti ir trianguliuoti kiek įmanoma daugiau atskirų duomenų šaltinių.

Šalyse, kuriose funkcionuoja gyventojų registro sistema, informacija apie mirties atvejus renkama pagal individualius mirties liudijimus, registruotus civilinės metrikacijos įstaigose. Tokie duomenys, renkami pagal nusistovėjusią tvarką, yra neįkainojami vertinant gyventojų sveikatos padėtį ir atliekant jos stebėseną, o taip pat ir planuojant prevencijos ar intervencinių priemonių strategijas. Mirties atvejai gali būti mediciniškai patvirtinami ir koduojami pagal Tarptautinę ligų klasifikaciją (TLK) (<http://www.who.int/classifications/icd>). Šią mirčių priežastis įvardijančią informaciją PSO gauna daugiau nei iš šimto šalių (<http://www.who.int/healthinfo/morttables>).



Jei nacionalinis gyventojų registras nevykdomas, naudinga sukurti savižudybių ir mėginimų nusižudyti registravimo sistemą – tai padėtų įvertinti problemos mastą, taikomus metodus, o taip pat nusižudžiusių ar mėginusių nusižudyti asmenų amžių, lytį ir etninę grupę. Siekdama padėti tai įgyvendinti, PSO išleido informacinį bukletą, skirtą savižudybių atvejų registravimo klausimams, o šiuo metu rengia dar vieną, kuris bus skirtas mėginimų nusižudyti registravimui (World Health Organization, 2000–2011). Ši problema ir toliau susilaukia dėmesio, ypač įkūrus TSPA padalinį Nacionalinių sistemų dėl savižudybių patvirtinimo klausimams spręsti (angl. *Task Force on National Systems for Certifying Suicidal Deaths*). Šiuo atveju ypač svarbu kiek įmanoma labiau užtikrinti asmeninių duomenų konfidencialumą.

### Stebėseną ir vertinimas

Skirtingose aplinkose vykdomos įvairios savižudybių prevencijos programos, nukreiptos į tokias šiuo požiūriu pažeidžiamas visuomenės grupes kaip jaunimas, senjorai, vietos gyventojai, kariūnai ar kaliniai. Vis dėlto daugelio jų atveju stinga tikslaus poveikio įvertinimo, todėl sunku daryti kokias nors išvadas dėl jų veiksmingumo. Įgyvendinant naujausias programas, tokias kaip Europoje vykdomą Jaunų žmonių gyvybių gelbėjimo ir įkvėpimo (SEYLE) projektą (Wasserman et al., 2010) ar JAV kariuomenėje tarnaujantiems kariams skirtas intervencines priemones, kurios taikomos bendradarbiaujant su Nacionaliniu psichikos sveikatos institutu (NIHM and Army STARRS, 2010), didelis dėmesys kreipiamas jų veiksmingumo įvertinimo aspektams. Tas pats galioja ir kalbant apie Savižudybių prevencijos programų optimizavimo ir įgyvendinimo projektą Europoje (OSPI Europe), kurį vykdant pasitelkiamas daugiapakopis modelis (Hegerl et al., 2009). Norint surinkti kuo daugiau empirinių duomenų, itin svarbu deramą dėmesį skirti siekiant įvertinti taikomas intervencines priemones.

Nacionalinė savižudybių prevencijos strategija turėtų pasiūlyti visapuses stebėsenos ir vertinimo gaires, skirtas pasverti intervencinių priemonių kokybę ir veiksmingumą. Nusižudymų ir mėginimų nusižudyti skaičių nustatymas, registravimas ir jų stebėseną yra integrali tokios strategijos kūrimo dalis. Ir nors sunku įvertinti nacionalinę savižudybių prevencijos strategiją kaip visumą, atskirų jos komponentų analizė logiškai pagrįstais intervalais, todėl suteikia galimybių kritiškai išnagrinėti intervencinėmis priemonėmis pasiektus rezultatus ir palyginti jų poveikį su keltais tikslais. Be to, įvertinus taikomas priemones galima pamatyti, ar neatėjo laikas jų koreguoti arba intensyvinti. Norint visa tai, kas čia paminėta, pasiekti, privalu, kad dėl įvertinimo būtų iš anksto sutarta ir jis aiškiai suplanuotas, taip pat reikia užtikrinti, kad šiame procese dalyvautų visos suinteresuotos pusės, ypač svarbiausias personalas, susijęs su konkrečių programų ar specifinių intervencinių veiksmų įgyvendinimu, taip pat visuomenės atstovai.

Idealiu atveju nacionalinė strategija turėtų numatyti specifinius, išmatuojamus, pasiekiamus, aktualius ir laiko trukme susaistytus rodiklius. Bent vienas šių rodiklių privalo būti susietas su kiekvienu konkrečiu nacionalinės strategijos tikslu. Vadovaujantis šiais rodikliais galima įvertinti tiek atskirų intervencinių priemonių, tiek visos strategijos indėlį, vyksmą, poveikį ir rezultatus. Indėlio rodikliu galima laikyti numatytus išteklius. Vyksmo rodikliais – visuomenės palankumą strategijai ir jos atstovų įsitraukimą vykdant atitinkamas su savižudybių prevencija susijusias veiklas. Poveikio rodiklis galėtų parodyti, kaip pasikeitė žmonių požiūris į savižudybę ir jos stigmatizavimo mastai. Rezultato rodikliai turėtų leisti įvertinti mėginimų nusižudyti ir pirmalaikių mirčių dėl savižudybės visose amžiaus grupėse, o ypač pažeidžiamiausiose, statistikos pokyčius.

## IŠVADOS

Savižudybė yra pasaulinio masto prioritetinga problema – tai pripažįsta ir PSO. Nacionalinė savižudybių prevencijos strategija turėtų būti formuojama vadovaujantis laipsnišku metodu. Pirmiausia, tokia strategija pripažįsta, kad savižudybės yra opi problema, kurios galima išvengti. Nacionalinės strategijos kūrimo procesas suteikia impulsą savižudybių prevencijai – jo metu kyla tiek valdžios įstaigų atstovų, tiek vietos bendruomenių narių sąmoningumas. Išteklių – žmogiškųjų ar finansinių – trūkumas nebegali būti priimtina priežastis teisinantis, kodėl tokia strategija vis dar nekuriamą ir neįgyvendinama. Nacionalinės vyriausybės turi sutelkti dėmesį į būdus, kaip optimaliai išnaudoti turimus išteklius ir pagal poreikį bendradarbiauti su atskiromis savivaldomis. Valstybės valdžios struktūroms patvirtinus tokią strategiją su konkrečiais veiksnių planais ir programomis, jos įgyvendinimas bus tuo sėkmingesnis, kuo daugiau šiame procese dalyvaus suinteresuotų pusių. Už savižudybių prevenciją tenka kolektyvinė atsakomybė, todėl būtina, kad valdžios institucijos ir pilietinė visuomenė visame pasaulyje inicijuotų atitinkamus veiksmus.

## NUORODOS

Bertolote J. M., Fleischmann A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: D. Wasserman and C. Wasserman (eds.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press. p. 91–98.

Fleischmann A., Bertolote J. M., Wasserman D., De Leo D., et al. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (9): 703–709.

Gunnell D., Eddleston M., Phillips M. R., Konradsen F. (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health*. 7: 357.

Hegerl U., Wittenburg L., Arensman E., Van Audenhove C., et al. (2009). Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 9 (428): 1–8.

NIMH and Army STARRS (2010). Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers. (<http://www.armystarrs.org>, paskutinį kartą žiūrėta: 2012 m. kovo 5 d.).

Patton G. C., Coffey C., Sawyer S. M., Viner R. M., et al. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374: 881–892.

United Nations (1996). *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*. New York: U.N. Department of Policy Coordination and Sustainable Development, ST/ESA/245.

Vijayakumar L., Pirkis J., Whiteford H. (2005). Suicide in Developing Countries: Prevention efforts. *Crisis*. 26 (3): 120–124.

Wasserman D., Carli V., Wasserman C., Apter A., et al. (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 10: 192.

Wasserman D. (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D. Wasserman (ed.). *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz. p. 13–27.

World Health Organization (2000–2011). *Preventing Suicide: a resource series*. ([http://www.who.int/mental\\_health/resources/preventingsuicide](http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide), paskutinį kartą žiūrėta: 2012 m. kovo 5 d.).

World Health Organization (2006). *Safer Access to Pesticides: Community Interventions*. ([http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/pesticides](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides), paskutinį kartą žiūrėta: 2012 m. kovo 5 d.).

World Health Organization (2008a). *mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhGAP](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP), paskutinį kartą žiūrėta: 2012 m. kovo 5 d.).



World Health Organization (2008b). Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication: Prevention of Suicidal Behaviours. ([http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/pesticides](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides), paskutinį kartą žiūrėta: 2012 m. kovo 5 d.).

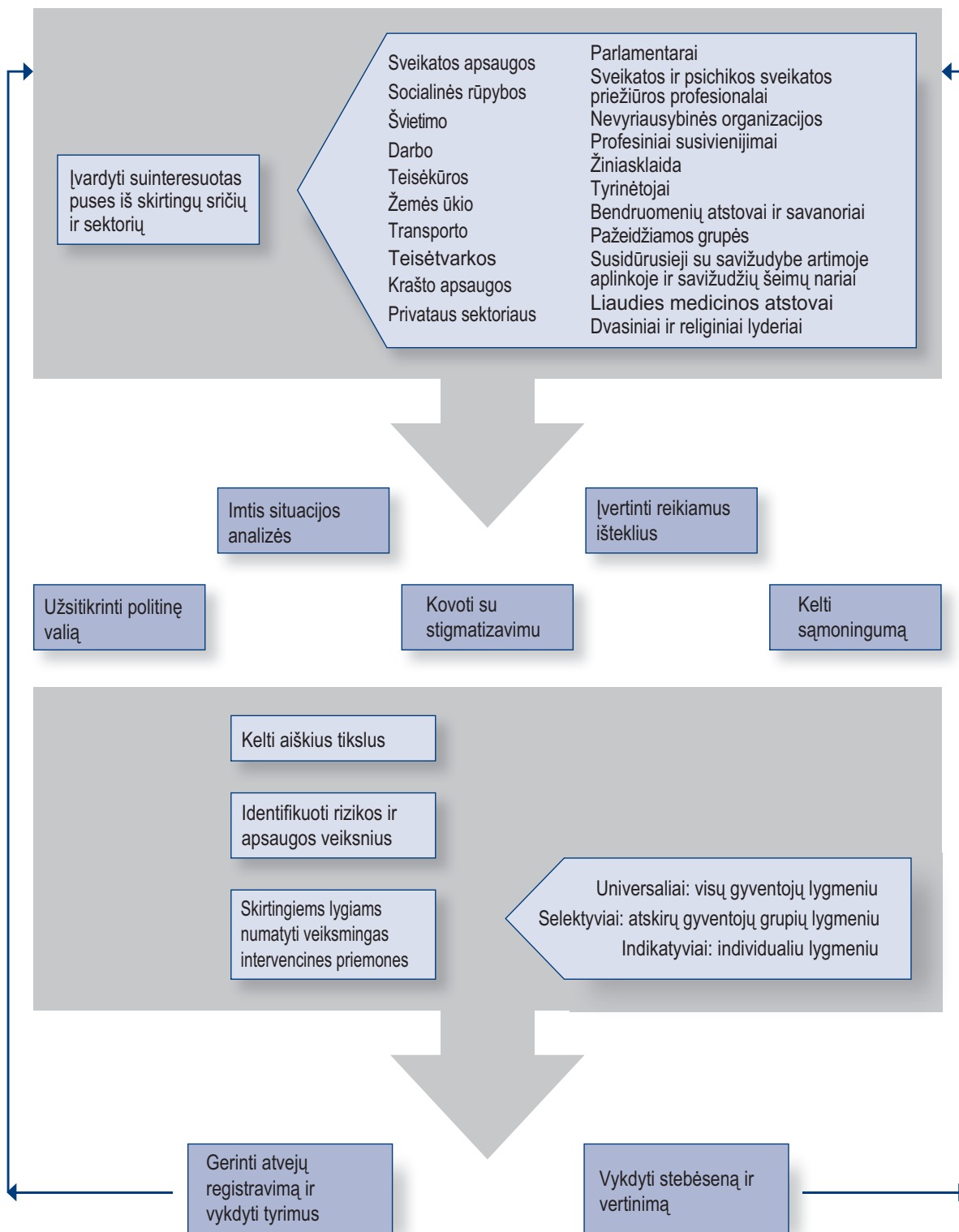
World Health Organization (2009). Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/4th\\_milestones\\_meeting/publications](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications), paskutinį kartą žiūrėta: 2012 m. kovo 5 d.).

World Health Organization (2010a). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. ([http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua](http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua), paskutinį kartą žiūrėta: 2012 m. kovo 5 d.).

World Health Organization (2010b). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhGAP\\_intervention\\_guide](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide), paskutinį kartą žiūrėta: 2012 m. kovo 5 d.).

## PRIEDAS

### Bendrosios gairės nacionalinei savižudybių prevencijos strategijai formuoti







2015