

***PAŠNĀVĪBAS LATVIJĀ – SITUĀCIJA,  
PERSPEKTĪVAS, RISINĀJUMI***

***Ziņojums par situāciju***



SABIEDRĪBAS VESELĪBAS AĢENTŪRA

Rīga 2009

***PAŠNĀVĪBAS LATVIJĀ – SITUĀCIJA, PERSPEKTĪVAS,  
RISINĀJUMI***

*Ziņojums par situāciju*

*Autori: Docents Māris Taube, Dr. med. Sabiedrības veselības aģentūra,  
Rīgas Stradiņa universitāte  
Ilze Damberga, M. psych. Latvijas Universitāte*

*Konsultante: Profesore Airi Varnik, Dr. med. Igaunijas – Zviedrijas garīgās  
veselības un suicidoloģijas institūts un Tallinas Universitāte*

*Ziņojuma autori izsaka pateicību par sniegto informāciju un aktīvu dalību diskusijā Stefānijai Albovai (Sociālās aprūpes centrs „Ropaži”), Dacei Beinārei (Krīžu un konsultāciju centrs „Skalbes”), Jānim Bojāram (VSIA „Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca „Ainaži”), Ļubovai Čerņiševei (Latvijas Dzelzceļš), Vilni Čerņavskim (Aizsardzības ministrija), Andrim Eglem (Veselības ministrija), Guntai Jakovelai (Sabiedrības veselības aģentūra), Ievai Kalniņai (Valsts probācijas dienests), Danai Kalniņai–Zaķei (P.Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca), Sniedzei Karlsonai (Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra), Elvīrai Kiselei, Gundegai Klaužai (Labklājības ministrija), Ludmilai Lazdiņai (Biedrība „Svētā Jāņa palīdzība”), Ievai Leimanei–Veldmeijerei (Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem „Zelda”), Ilzei Maksimai, Aijai Pelnei (Sabiedrības veselības aģentūra), Dacei Patmalniecei (Bērnu, ģimenes un sabiedrības integrācijas lietu ministrija), Tomam Pulmanim (Sabiedrības veselības aģentūra), Renātei Pūpei (Katastrofu medicīnas centrs), Sandrai Pūcei (Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs), Kasparam Randoham (Izglītības un zinātnes ministrija), Arnim Riževam (Bērnu klīniskā universitātes slimnīca), Guntai Rozentālei (Sabiedrības veselības aģentūra), Aigai Rūrānei (Pasaules Veselības organizācija), Daigai Sidorovičai, Jolantai Skrulei (Sabiedrības veselības aģentūra), Imantam Strolim (VSIA „Piejūras slimnīca”), Ievai Šlosbergai, Margitai Štālai (Sabiedrības veselības aģentūra), Uldim Ušackim (Centrālās statistikas pārvalde), Dacei Voļskai (Rīgas domes Izglītības, jaunatnes un sporta departaments), Sociālās aprūpes centram „Jelgava”, Rīgas 1. slimnīcai, Rīgas Ātrās medicīniskās palīdzības stacijai, Valsts policijai, Ieslodzījuma vietu pārvaldei.*

*Ziņojums tapis LR Veselības ministrijas un Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālā biroja sadarbības līguma ietvaros*

*Projekta finansētājs: Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģionālais birojs*

*Šo materiālu drīkst izmantot gan pilnībā, gan daļēji bez īpašas Pasaules Veselības organizācijas atļaujas, norādot izmantoto avotu.*

*Pārskats ir pieejams internetā: [www.sva.gov.lv](http://www.sva.gov.lv)*

*Rīga, 2009*

Pašnāvību rādītājs tiek uzskatīts par vienu no katras valsts sabiedrības veselības problēmām un arī sociāli demogrāfiskās situācijas indikatoriem. Pašnāvību skaitu ietekmē gan sociālie, gan ekonomiskie aspekti, gan veselības problēmas, gan atkarības vielu lietošana, gan cilvēka personības veidošanās, gan reliģiskie uzskati u.c. faktori. Neskatoties uz pašnāvības cēloņiem, katra cilvēka zaudējums ir milzīga traģēdija viņa ģimenei, draugiem, valstij kopumā.

Latvijā pēdējos gados bija vērojama tendence situācijai pašnāvību jomā uzlaboties, taču rādītāji joprojām saglabājās augsti. Šībrīža situācija valstī, ekonomiskā stāvokļa pasliktināšanās satrauc un liek pārskatīt pozitīvās nākotnes prognozes pašnāvību jomā un laicīgi plānot profilaktiskus pasākumus.

Šis ziņojums cenšas no dažādiem aspektiem izvērtēt pašnāvību fenomenu pašreizējā situācijā, analizēt tā attīstību, iezīmēt būtiskākās problēmas un iespējamus risinājumus. Ziņojuma tapšanā iesaistīti arī citu jomu speciālisti, kas ļauj aplūkot problēmu ne tikai no veselības sfēras skatu punkta.

Cerams, ka ziņojumā sniegtais izvērtējums un ieteikumi būs noderīgi turpmāko praktisko aktivitāšu plānošanā un realizācijā, lai maksimāli pasargātu dārgāko Latvijas valsts vērtību – cilvēku – no galējā un neefektīvā problēmu risinājuma – pašnāvības.

Uldis Līkops, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra” direktors

## ***Saturs***

Ievads	6. lpp.
Definīcijas	6. lpp.
Pašnāvību problēmas aktualitāte pasaulē un Eiropā	6. lpp.
Pašnāvību epidemioloģija pasaulē	8. lpp.
Pašnāvību cēloņi	9. lpp.
Pašnāvību riska faktori	10. lpp.
Pašnāvības mēģinājuma nopietnības kritēriji	10. lpp.
Situācija pašnāvību jomā Latvijā	11. lpp.
Bērnu un pusaudžu garīgā veselība un suicidalitāte Latvijā	20. lpp.
Politikas iniciatīvas pašnāvību mazināšanas jomā Latvijā	20. lpp.
Starpsektoru sadarbība un iesaistīto institūciju viedoklis	21. lpp.
Turpmākā rīcība situācijas uzlabošanai Latvijā	23. lpp.
Atsauces	27. lpp.

## ***Ievads.***

Pašnāvību skaits ir viens no rādītājiem, kas raksturo konkrētās valsts, reģiona iedzīvotāju garīgo veselību, norāda riska grupas, riska faktoros un situācijas. Diemžēl, Latvijā joprojām ir augsti pašnāvību rādītāji gan Eiropas Savienības, gan pasaules valstu vidū. Ņemot vērā, ka pašnāvība ir sekas virknei problēmu – gan veselības aprūpes dienesta pieejamības un kvalitātes problēmām, gan sabiedrības attieksmei, gan garīgās veselības aprūpes sistēmas vājumam, šajā ziņojumā autori centīsies aplūkot problēmu kompleksi – gan izvērtējot teorētisko pamatojumu, gan citu valstu pieredzi un labo praksi, gan īpaši Latvijas situāciju un tās specifiskās īpatnības.

## ***Definīcijas.***

Pašnāvnieciska (suicidāla) uzvedība ir process no domām par pašnāvību līdz pašnāvības mēģinājumam un pabeigtai pašnāvībai.

Pašnāvība (suicīds) ir tīša sevis nonāvēšana, ko veikusi persona ar pilnu izpratni par savas rīcības neatgriezeniskām sekām.

Pašnāvības mēģinājums ir dažāda veida, dažādu motīvu un smaguma rīcība ar mērķi mirt.

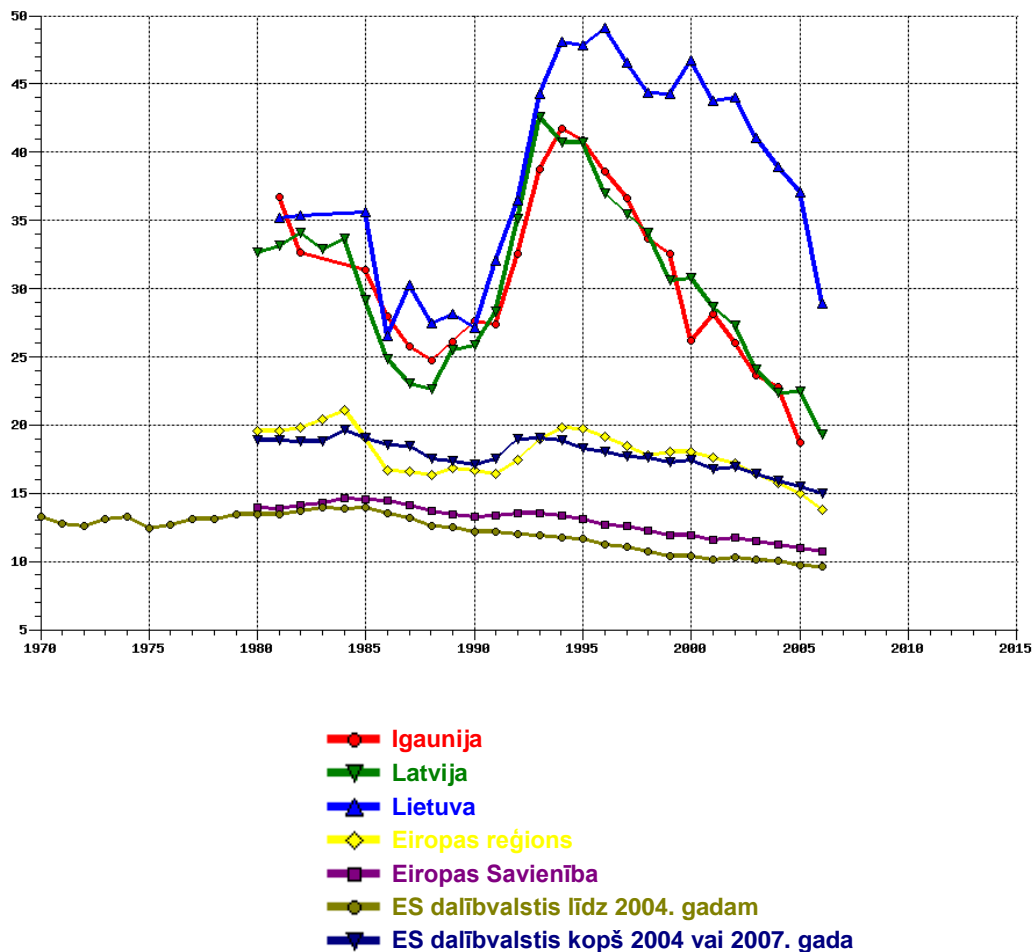
Parasuicīds ir indivīda tīši uzsākta neraksturīga uzvedība bez nāvējošām sekām, kuras rezultāts bez iejaukšanās var beigties ar paškaitējumu, vai arī tīša vielu lietošana lielākās kā rekomendēts vai vispārēji pieņemtās devās ar mērķi panākt izmaiņas kāda subjekta vēlmēs caur esošām vai paredzamām fiziskām sekām.<sup>1</sup>

Pašnāvības, līdzīgi kā psihiskās saslimšanas, ir uzskatāmas par bioloģisku, sociālu un psiholoģisku fenomenu<sup>2</sup>.

## ***Pašnāvību problēmas aktualitāte pasaulē un Eiropā***

Pašnāvība šobrīd pasaulē netiek uzskatīta par kāda cilvēka individuālu, bet gan par būtiskāko sabiedrības veselības problēmu, jo skar dažādu profesiju, sociālo slāņu, vecumu, dzimumu cilvēkus. Pašnāvības rada būtisku negatīvu ietekmi uz sabiedrību, jo skar darbaspējīgos iedzīvotājus, radot zaudējumus ģimenēm un valsts ekonomikai. Eiropas reģiona 53 valstīs 1998. gadā pašnāvības bija otrais biežākais nāves cēlonis aiz transporta negadījumiem ārējo nāves cēloņu vidū, bet, piemēram, Ķīnā – biežākais. No visiem invaliditātes dēļ zaudētiem gadiem (DALYs – disability-adjusted life years) paškaitējums, ieskaitot pašnāvības, sastāda 1,3%<sup>3</sup>. 2006. gadā Eiropas Savienības 27 valstīs apmēram 59 000 cilvēku izdarīja pašnāvības, no tiem 45 000 bija vīrieši, bet 14 000 sievietes. Tādējādi pašnāvībās 2006. gadā Eiropas Savienībā mira vairāk cilvēku nekā ceļu satiksmes negadījumos<sup>4</sup>. Pašnāvībās mirušo cilvēku skaits Eiropas Savienībā 2006. gadā bija desmit reizes lielāks kā mirušo skaits no HIV/AIDS<sup>5</sup>.

**Grafiks nr. 1. Pašnāvību skaits uz 100 000 iedzīvotājiem 1970–2006 (Pasaules Veselības organizācijas datu bāze Veselība visiem (HFA), 2008. gada jūlijs)**



Analizējot Latvijas situāciju citu valstu kontekstā, jāatzīmē samērā līdzīga pašnāvību rādītāju dinamika jaunajās Eiropas Savienības valstīs, kuras iestājušās organizācijā pēc 2004. gada<sup>6</sup>. Līdzīga situācija pašnāvību jomā kā Latvijā, ar pacēlumu 20. gadsimta 90. gados, atzīmējama arī kaimiņvalstīs – Lietuvā un Igaunijā<sup>7</sup>. Līdzīga ir arī situācijas attīstība un kopējās pozitīvās tendences kopš 1993. gada. Tas varētu liecināt par sociāli ekonomiskās situācijas attīstības ietekmi uz valstu pašnāvību rādītājiem, jo visas Baltijas valstis ģeopolitiski ir saistītas un to attīstības vēsture ir līdzīga.

## *Pašnāvību epidemioloģija pasaulē*

Šajā sadaļā ir aplūkoti pašnāvības ietekmējošie apstākļi pasaulē, jo turpmāk ziņojumā, aplūkojot Latvijas situāciju, būs iespējams salīdzināt mūsu valsts situāciju ar pasaules un Eiropas tendencēm, kā arī novērtēt Latvijas īpatnības un specifiskās problēmas.

Vīrieši izdara pašnāvības trīs reizes biežāk nekā sievietes, biežāk izmantotās metodes pašnāvību veikšanai ir nošaušanās, pakāršanās, lēkšana no augstuma, psihoaktīvu vielu, medikamentu lietošana. Biežāk pašnāvības veic cilvēki vidējos gados, kas nereti saistāms ar pusmūža krīzi, vīrieši biežāk pašnāvības veic ap 45 gadiem, sievietes vēlāk – ap 55 gadiem. Būtiska problēma ir vecu ļaužu pašnāvības, kas nereti saistītas ar vientulību, savas vērtības un nozīmīguma zaudēšanu sabiedrībā, fiziskās veselības traucējumiem. Satraucoša problēma ir jauniešu pašnāvību skaita pieaugums pēdējo gadu laikā.

Vēsturiski Romas katoļu vidū ir retāk konstatētas pašnāvības kā citu reliģiju pārstāvjiem, kaut šobrīd šo pieņēmumu apgāž tradicionālas katoļu valsts Lietuvas piemērs, kurā ir augstākie pašnāvību rādītāji pasaulē.

Retāk pašnāvības veic cilvēki, kuri ir precējušies, dzīvo ģimenē un kuriem ir bērni, būtiski biežāk pašnāvības veic neprecētie vai šķirteni.

Pašnāvību biežumu ietekmē arī sociālais stāvoklis. Jo cilvēka sociālais stāvoklis sabiedrībā ir augstāks, jo augstāks ir pašnāvības risks, kaut arī sociālā stāvokļa zaudēšana palielina pašnāvības izdarīšanas risku. Ja cilvēks ir strādājošs, viņam ir darbs, tas mazina pašnāvības risku. Izvērtējot profesijas, tradicionāli pašnāvības izdarīšanas riskam visvairāk pakļauti ir ārsti, kas, visticamāk, saistīts ar lielo psihoemocionālo slodzi, psihiskām saslimšanām ārstu vidū, kā arī salīdzinoši vieglāko piekļuvi medikamentiem, kas atvieglo pašnāvības izdarīšanu<sup>2</sup>.

Būtiska ir pašnāvību saistība ar somatiskām slimībām. No 25 līdz 75% cilvēku, kas veikuši pašnāvības, slimojuši ar kādu citu slimību, piemēram, ļaundabīgu audzēju. Lielāks risks veikt pašnāvību ir cilvēkiem, kas sirgst ar slimībām kuru cēlonis ir alkohola lietošana, smagu, hronisku slimību pacientiem, kā arī tiem, kam regulāri jālieto medikamenti, jo viņiem vieglāk ir realizēt pašnāvību.

Ļoti nozīmīgs apstāklis, kas palielina pašnāvību risku, ir garīgās veselības traucējumi. Tiek lēsts, ka ap 95% no tiem, kas izdara pašnāvības, ir diagnosticēti garīgās veselības traucējumi. Sadalot šos 95% sīkāk – 80% gadījumu tiek diagnosticēta depresija, 10% – šizofrēnija, demence vai delīrijs – atlikušajos piecos procentos. Apmēram ceturtajai daļai vai vairāk no pašnāvību veikušajiem ir bijušas alkohola problēmas, duālas diagnozes – alkoholisms un psihiatriska saslimšana<sup>2</sup>. Psiholoģisko autopsiju pētījums Igaunijā parādīja, ka 60% pašnāvību veikušo personu vidū bija alkohola ļaunprātīgi lietotāji vai alkohola atkarīgie<sup>31</sup>. Šie minētie fakti ir ļoti nozīmīgi, plānojot un organizējot palīdzību – profilaktiskos pasākumu pašnāvību novēršanai un to skaita



mazināšanai. Pamatota ir īpašas uzmanības pievēršana depresijas simptomu atpazīšanai, laicīgas palīdzības organizēšanai.

Īpaša uzmanība ir jāpievērš psihiatrijas dienesta pacientiem, jo viņi pašnāvības veic 3 līdz 12 reizes biežāk kā cilvēki, kas nav psihiatrijas dienesta pacienti. Visvairāk tas, protams, saistīts ar to, ka psihiatrijas dienesta redzes lokā nonāk pacienti ar smagākas norises slimībām – smagām, atkārtotām depresijas epizodēm, nelabvēlīgas norises šizofrēniju, hronisku alkoholismu. Pašnāvības pacienti veic psihiatrisko stacionāro ārstniecības iestāžu telpās – nodaļās, koplietošanas telpās, arī atrodoties nedēļas nogalēs ārpus nodaļas, mājās, kas saistīts gan ar slimību smagumu un norises īpatnībām, gan ar iestāžu darba organizāciju un piedāvātajiem palīdzības veidiem, gan arī ar apstākli, ka, pacienta stāvoklim uzlabojoties, viņš kļūst fiziski aktīvāks, spējīgs veikt pašnāvību, kaut arī psihiski pacients nav pilnībā izveseļojies, pašnāvības domas vēl saglabājas. Diemžēl, psihiatrijas dienesta darbs vienmēr būs saistīts ar pašnāvībām, tās pilnībā novērst nebūs iespējams, bet var samazināt risku. Neliela, bet nozīmīga daļa pašnāvību tiek veiktas tādēļ, ka cilvēkam nav pieņemama atrašanās slimnīcā, reizēm būtiski ir pirmajā acu mirklī tādi nesvarīgi aspekti kā, piemēram, darbinieku rotācija psihiatriskā nodaļā, jo tieši šajā periodā pieaug pašnāvību skaits.

### ***Pašnāvību cēloņi***

Pašnāvību cēloņus var nosacīti iedalīt:

- socioloģiskos,
- psiholoģiskos,
- fizioloģiskos.

Kā socioloģiskie faktori tiek aplūkoti cilvēka mijiedarbība ar sabiedrību, iekļaušanās tajā. Sociālā atsvešināšanās, norobežošanās, izolēšanās ekonomisku u.c. iemeslu dēļ var būt pašnāvības cēlonis.

Psiholoģisko cēloņu vidū dominē Freida un viņa sekotāju uzskati par pašnāvību kā agresiju pret sevi, agresiju, kas vērsta uz citiem, pārnesi uz sevi, narcistisku krīzi, fantāzijām par pašnāvību, kā arī cerību zaudēšanu (īpaši depresijas pacientiem). Kā atzīmē pētnieki, pašnāvības un pašnāvību mēģinājumus veic cilvēki ar specifiskām personības iezīmēm: polarizēšanu, dihotomisko domāšanu (kategorijās „balts-melns”), impulsivitāti, kas kombinējas ar dusmām un naidīgumu, uzskatu neelastīgumu, sava veida iestrēgšanu pārdzīvojumos un domās, apgrūtinātu problēmu risināšanu, pārspīlētām prasībām un gaidām attiecībā pret citiem, nepārtrauktu sevis salīdzināšanu ar citiem.

Bioloģisko cēloņu vidū prevalē ģenētisko faktoru, iedzimtības nozīme, kas apstiprinās gan pētījumos, gan pašnāvnieku ģimenēs veiktajā izpētē, kā arī neiroķīmisko procesu nozīme, akcentējot neiromediatoru, piemēram, serotonīna lomu.

### ***Pašnāvību riska faktori***

Būtiski augstāks risks izdarīt pašnāvību ir:

- vecumā virs 45 gadiem,
- vīriešiem,
- bezdarbniekiem,
- vientuļiem, šķirteņiem,
- cilvēkiem ar tieksmi uz konfliktiem,
- pacientiem ar hroniskām slimībām,
- alkoholu un atkarību izraisošu vielu lietotājiem,
- pacientiem ar depresiju, personības traucējumiem,
- bezpajumtniekiem,
- tiem, kas ilgstoši, intensīvi domā par pašnāvību,
- atkārtoti veikušiem pašnāvības mēģinājumiem,
- tiem, kas rūpīgi plānojuši pašnāvību,
- pacientiem, kas nav meklējuši palīdzību,
- tiem, kas izvēlējušies nopietnas, nāvējošas pašnāvības metodes,
- tiem, kas sociāli izolējušies vai izolēti,
- cilvēkiem, kas nerod atsaucības ģimenē,
- tiem, kas nespēj kontrolēt savas garastāvokļa svārstības.

Kā jau iepriekš minēts, īpaša uzmanība būtu jāpievērš tiem pacientiem, kam jau bijušas domas par pašnāvību, pašnāvības mēģinājumi. Svarīgi ir saprast veiktā pašnāvības mēģinājuma nopietnību.

### ***Pašnāvības mēģinājuma nopietnības kritēriji***

Izvērtējot veiktā pašnāvības mēģinājuma nopietnību, jāņem vērā šādi pašnāvības mēģinājuma izdarīšanas apstākļi, kā arī pacienta izteikumi<sup>8</sup>:

Izolēšanās. Ja pacients pašnāvību plāno tā, ka neviens nevar paspēt palīdzēt, neatrodas tuvumā, tā jāvērtē kā ļoti nopietna;

Laika izvēle. Ja cilvēks pašnāvības laiku plāno tad, kad neviens nav mājās, neviens nevarēs pārnākt un izglābt, tad pašnāvības mēģinājums ir nopietns;

Nodrošināšanās pret nodomu atklāšanu, iejaukšanos. Ja cilvēks aktīvi veic pasākumus, lai viņa pašnāvības nodomu neviens neizjauktu, piemēram, aizslēdz durvis, uzvedas klusu – mēģinājums ir nopietns;

Rīcība, lai pašnāvības laikā būtu sasniedzama palīdzība. Ja pacients nevienam nav neko teicis, izslēdzis iespēju, ka viņam palīdzēs, nav laicīgi un pieejamā vietā atstājis pēcnāves vēstuli – risks realizēt pašnāvības nodomu ir augsts;

Pēdējā rīcība pirms pašnāvības mēģinājuma. Jo detalizētāka un plānotāka ir rīcība, vairāk veltīts laiks, lai sagatavotos pašnāvības mēģinājumam, rūpīgāk veikti priekšdarbi (pašnāvības līdzekļi sagatavoti, piemēram, sakrāti medikamenti, sagatavots testaments, pabeigti iesākie darbi u.c.), jo pašnāvības mēģinājums nopietnāks;

Vēstule par pašnāvību. Ja vēstule ir uzrakstīta, tad risks ir lielāks, jo liecina par pārdomātu, izsvērtu apņemšanos mirt;

Domas, ka pašnāvības mēģinājums izdosies. Jo skaidrāka apņemšanās, domas, ka izdosies, jo nopietnāk vērtējama rīcība;

Vēlēšanās mirt, izdarot pašnāvības mēģinājumu. Ja bija skaidra vēlme nomirt, tad mēģinājums nopietns;

Nodoms. Ja pacients ir apsvēris pašnāvības veikšanas iespējamību ilgāk par vienu dienu, tad nodoms bija skaidrs un risks realizēt savu mērķi augsts;

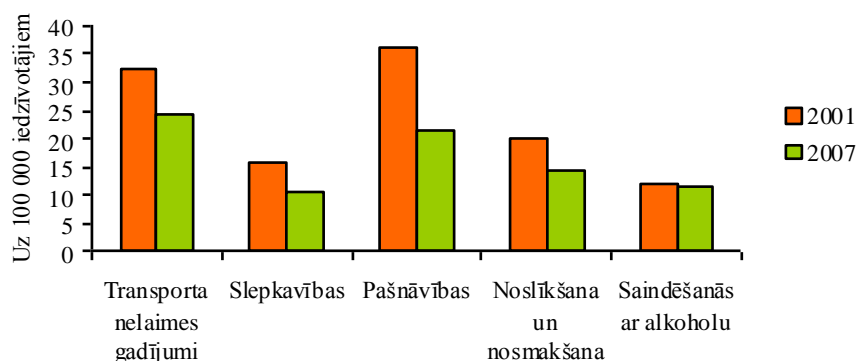
Reakcija uz pašnāvības mēģinājumu. Ja pacients nožēlo, ka izdzīvojis, tad pašnāvības mēģinājums nopietns, saglabājas augsts risks realizēt savu ieceri.

### ***Situācija pašnāvību jomā Latvijā***

Neskatoties uz to, ka kopš 1993. gada pašnāvību skaits Latvijā konsekventi samazinās<sup>9</sup>, pašnāvību skaits joprojām ir ļoti augsts, vairāk pašnāvības no Eiropas Savienības valstīm izdara tikai Lietuvā, Ungārijā un Slovēnijā<sup>5</sup>.

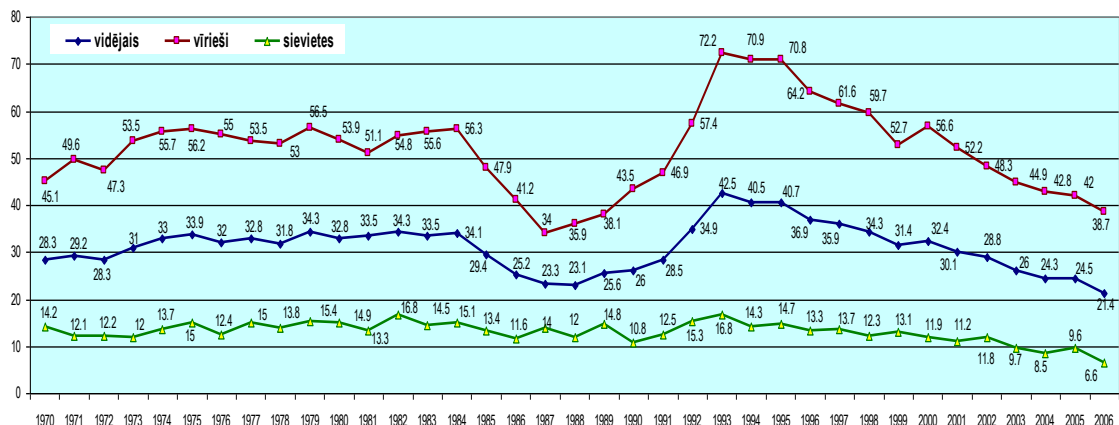
Pašnāvības Latvijas iedzīvotāju ārējo cēloņu mirstības struktūrā ilgstoši ieņēma pirmo vietu. Pašnāvībās ik gadu mira vairāk cilvēku kā ceļu satiksmes negadījumos. 2007. gads bija pirmais, kad ceļu satiksmes negadījumi apsteidza pašnāvības.

**Grafiks nr. 2 Mirstība ārējo cēloņu dēļ, vecuma grupā 15-64 gadi, uz 100 000 iedzīvotājiem (VSMTVA dati)**



ANO Ekonomikas, sociālo un kultūras tiesību komiteja 2007. gada 22. maija atzinumā izsaka satraukumu par lielo pašnāvību skaitu Latvijā. Diemžēl, pozitīvā pašnāvību rādītāju dinamika vairs neturpinājās 2008. gadā, kad jau 11 mēnešos veikto pašnāvību skaits bija lielāks kā visā 2007. gadā kopā. Kopumā izdarīto pašnāvību skaits ir lielāks Austrumeiropas valstīs, zemāks – Vidusjūras valstīs. Šāds valstu sadalījums ļauj izvirzīt pieņēmumu, ka būtiskākie iemesli varētu būt sliktā sociāli ekonomiskā situācija, alkohola lietošanas apmēri, cilvēku nepietiekamā gatavība un nespēja pārvarēt sociāli ekonomiskās vides izmaiņas, satricinājumus<sup>10,11,12</sup>. Pašnāvību rādītāji Latvijā, kad tā vēl atradās Padomju Savienības sastāvā bija augsti, bet būtiski nemainījās gadu no gada. Situācija uzlabojās 20. gadsimta 80. gadu sākumā, kas varētu būt saistīts ar Gorbačova pretalkohola kampaņu<sup>11</sup>. Diemžēl pašnāvību skaits strauji pieauga laika posmā līdz 1993. gadam. Ļoti ticams, ka straujo pacēlumu izraisīja gan grūtais sociāli ekonomiskais stāvoklis, jaunās Latvijas valsts atjaunošanas perioda problēmas – rūpniecības sabrukums, valsts politiskā un ekonomiskā nestabilitāte, finanšu reformas, bezdarbs, kā arī grūtības cilvēkiem īsā laika periodā pielāgoties jaunajiem apstākļiem. Būtiska loma noteikti bija arī ilūziju sagrūvumam – gaidītā labklājība netika uzreiz sagaidīta. Īpaši uzskatāms un Latvijai raksturīgs ir augstais vīriešu pašnāvību rādītājs, kas ievērojami pārsniedz sieviešu izdarīto pašnāvību rādītāju, kā arī vairāk pakļauts jau aprakstītajām svārstībām atjaunotās Latvijas valsts veidošanās posmā<sup>13</sup>. Vīrieši pašnāvību rezultātā visvairāk mirst darba spējīgā vecumā – 40–49 gadu vecumā, savukārt sievietes – 50–59 gadu vecumā.

**Grafiks nr.3. Pašnāvību skaita dinamika Latvijā 1970.–2006. gadā**



gadi	kopā (absolūtos skaitļos)	tajā skaitā		uz 100 000 iedzīvotājiem		
		vīrieši	sievietes	vidēji	vīrieši	sievietes
1970	668	486	182	28.3	45.1	14.2
1971	695	539	156	29.2	49.6	12.1
1972	678	520	158	28.3	47.3	12.2
1973	750	593	157	31.0	53.5	12.0
1974	804	624	180	33.0	55.7	13.7
1975	833	634	199	33.9	56.2	15.0
1976	791	625	166	32.0	55.0	12.4
1977	814	612	202	32.8	53.5	15.0
1978	795	609	186	31.8	53.0	13.8
1979	861	652	209	34.3	56.5	15.4
1980	825	623	202	32.8	53.9	14.9
1981	844	663	181	33.5	51.1	13.3
1982	868	639	229	34.3	54.8	16.8
1983	852	653	199	33.5	55.6	14.5
1984	874	666	208	34.1	56.3	15.1
1985	757	571	186	29.4	47.9	13.4
1986	657	495	162	25.2	41.2	11.6
1987	611	414	197	23.3	34.0	14.0
1988	613	442	171	23.1	35.9	12.0
1989	685	473	212	25.6	38.1	14.8
1990	695	541	154	26.0	43.5	10.8
1991	759	581	178	28.5	46.9	12.5
1992	919	703	216	34.9	57.4	15.3
1993	1100	867	233	42.5	72.2	16.8

1994	1033	838	195	40.5	70.9	14.3
1995	1024	825	199	40.7	70.8	14.7
1996	918	740	178	36.9	64.2	13.3
1997	886	704	182	35.9	61.6	13.7
1998	839	677	162	34.3	59.7	12.3
1999	764	593	171	31.4	52.7	13.1
2000	770	618	152	32.4	56.6	11.9
2001	708	566	142	30.1	52.2	11.2
2002	672	522	150	28.8	48.3	11.8
2003	605	483	122	26.0	44.9	9.7
2004	562	456	106	24.3	42.8	8.5
2005	564	445	119	24.5	42.0	9.6
2006	489	408	81	21.3	38.6	6.5
2007	453	358	95	19.9	34.1	7.7

**Tabula nr. 1 Pašnāvību skaita dinamika Latvijā 1970.–2007. gadā**

Pašnāvību skaita pieaugumu 20. gadsimta 80. gadu beigās un 90. gadu sākumā saistībā ar sociāli ekonomiskām izmaiņām var pamatot arī teorētiski, analizējot informāciju par pašnāvību biežākajiem cēloņiem un riska faktoriem – depresiju, alkohola lietošanu, bezdarbu. Ja dažādi depresijas veidi biežāk sastopami sievietēm, tad alkohola problēmas, sociālās lomas zaudēšana bezdarba dēļ vairāk skar vīriešus. Domājams, ka arī vīriešu tradicionālā sociālā loma – apgādnieks, materiāli nodrošināts stabilitātes garants – uzliek papildus slogu, kas var izrādīties par smagu. Iespējams, vīriešu nespēja izreaģēt savas problēmas, izrunāt tās, veicina reālu pašnāvību veikšanu. Nevar izslēgt arī psihisko slimību (depresijas, šizofrēnijas) slēpto, latentu formu manifestēšanos, ko izraisīja sociāli ekonomiskie satricinājumi.

Lai varētu plānot turpmāko rīcību un prognozēt situācijas attīstību Latvijā, būtiski ir izvērtēt apstākļus, kas sekmē pašnāvību rādītāja samazināšanos kopš 1993. gada. Skaidras atbildes un precīza skaidrojuma nav. Latvijā nav līdz šim bijusi skaidra politika, programma, kas vērsta uz pašnāvību samazināšanos, tomēr citos politiskajos un rīcības dokumentos bija ietvertas, kā arī praktiski tika veiktas aktivitātes, kas varēja ietekmēt un uzlabot situāciju pašnāvību jomā.

Pašnāvību rādītāju samazināšanos varēja sekmēt:

- Kopējā sociāli ekonomiskās situācijas stabilizēšanās, uzlabošanās. Ne visu iedzīvotāju sociāli ekonomiskā situācija uzlabojās, valstij attīstoties un funkcionējot pēc brīvā tirgus un konkurences principiem, daļai cilvēku bija un ir problēmas pielāgoties un justies komfortabli. Tomēr valsts makroekonomiskā attīstība, galvenie politiskie attīstības principi un mērķi radīt demokrātisku Eiropas Savienības pilntiesīgu dalībvalsti cilvēkos radīja stabilitātes sajūtu. Nozīmīga noteikti bija arī sociālās sfēras attīstība, sociālās

drošības jautājumu risināšana, kas dzīves krīzes situācijās (slimība, invaliditāte, darba, ģimenes zaudēšana u.c.) nodrošina zināmu atbalstu (invaliditātes pensijas, bezdarbnieka pabalsti, darbā iekārtošanas pakalpojumi u.c.);

- Jaunu ārstniecības līdzekļu, medikamentu (antidepresantu) pieejamība – jaunu zāļu parādīšanās Latvijas tirgū, speciālistu (psihiatru, ģimenes ārstu) zināšanu paaugstināšanās, valsts medikamentu kompensācijas sistēmā iekļauto medikamentu klāsta sistemātiska papildināšana, kā arī iespēja ar depresiju slimojošiem cilvēkiem saņemt medikamentus, kurus 75 % apmērā kompensēja valsts<sup>14,15</sup>;
- Stingrāka medikamentu, kurus var izmantot pašnāvību veikšanai, piemēram, trankvilizatoru, aprites, izrakstīšanas nosacījumu reglamentēšana un kontrole<sup>16</sup>;
- Atsevišķu pašnāvību mazināšanas aktivitāšu realizācija – psihologu konsultācijas pēc pašnāvības mēģinājumiem psihiatriskajās un vispārēja profila slimnīcās, informatīvas kampaņas par depresiju simptomu atpazīšanu<sup>17</sup>,
- Rīgā iespēja operatīvi saņemt kvalificētu psihiatrisko palīdzību pirmsstacionārā neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas līmenī, jo strādā specializētās neatliekamās psihiatriskās palīdzības brigādes,
- Bezmaksas medicīniskā palīdzība, paredzot psihiski slimām personām iespēju saņemt psihiatrisko palīdzību par brīvu, nemaksājot pat pacienta iemaksu<sup>18</sup>;
- Krīžu centra „Skalbes” nodrošinātā krīžu tālruņa darbība;
- Pacientu psiholoģiskā konsultācija pēc pašnāvības mēģinājumiem vispārēja profila stacionāros Sorosa fonda atbalstītu projektu ietvaros.

Informatīvs un praktiski izmantojams pašnāvību skaita prognozēšanai nākotnē praksē var būt pašnāvību mēģinājumu rādītājs. Tomēr tā izmantošanu apgrūtina katra konkrētā gadījuma izvērtēšanas nepieciešamība. Nereti kā pašnāvības mēģinājums vienlīdz tiek klasificēts gan īsts, mērķtiecīgs mēģinājums, gan parasuicīds, kad cilvēkam nemaz nav bijusi vēlme nomirt, citiem vārdiem sakot, rīcība tikusi klasificēta kā potenciāli letāla. Būtu nepieciešama katra gadījuma individuāla izvērtēšana, detalizēta intervija ar pacientu, rūpīga pašnāvības apstākļu dokumentēšana, kas ne vienmēr ir izdarāms un tiek veikts. Vieglāk šādu objektīvāku vērtējumu ir veikt stacionāra apstākļos, piemēram, Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā. Rīgas pilsētā, ņemot vērā apstākli, ka neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā strādā psihiatrijas speciālisti, ir specializētas psihiatriskās neatliekamās palīdzības brigādes, kā arī ir prakse pacientus pēc pašnāvības mēģinājumiem stacionēt

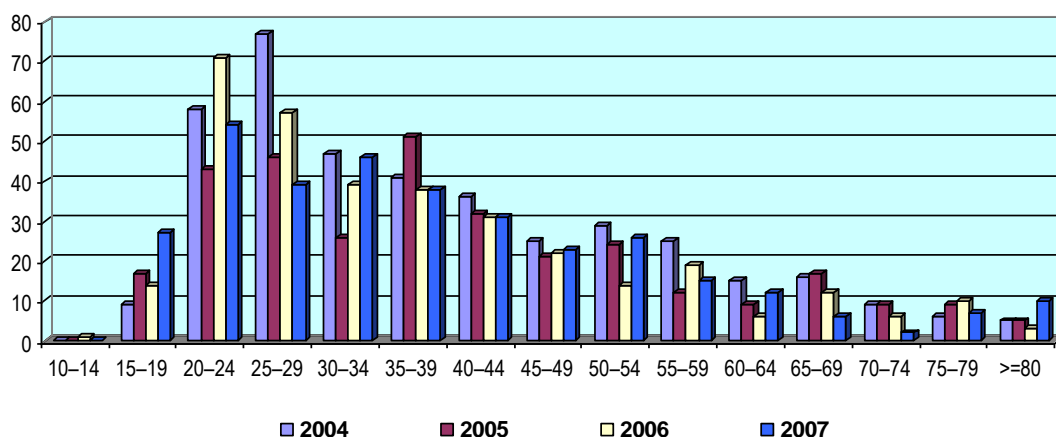
situācijas izvērtēšanai, ir iespējams kvalitatīvi analizēt pašnāvības mēģinājumu situāciju.

Vecums	Kopā						tajā skaitā											
							Vīrieši						Sievietes					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>05–14</b>	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
<b>15–19</b>	41	29	9	17	14	27	20	18	3	10	4	11	21	11	6	7	10	16
<b>20–24</b>	79	33	58	43	71	54	50	22	30	20	46	33	29	11	28	23	25	21
<b>25–29</b>	74	47	77	46	57	39	55	35	60	28	34	26	19	12	17	18	23	13
<b>30–34</b>	62	45	47	26	39	46	38	26	37	18	26	31	24	19	10	8	13	15
<b>35–39</b>	42	21	41	51	38	38	27	9	21	22	20	24	15	12	20	29	18	14
<b>40–44</b>	46	33	36	32	31	31	22	20	20	21	17	13	24	13	16	11	14	18
<b>45–49</b>	30	39	25	21	22	23	6	18	13	9	9	15	24	21	12	12	13	8
<b>50–54</b>	23	22	29	24	14	26	10	6	10	9	4	10	13	16	19	15	10	16
<b>55–59</b>	19	8	25	12	19	15	9	5	8	6	7	4	10	3	17	6	12	11
<b>60–64</b>	14	12	15	9	6	12	6	3	8	2	0	0	8	9	7	7	6	12
<b>65–69</b>	5	7	16	17	12	6	1	3	2	4	5	3	4	4	14	13	7	3
<b>70–74</b>	8	5	9	9	6	2	4	0	2	3	4	0	4	5	7	6	2	2
<b>75–79</b>	4	6	6	9	10	7	2	2	2	3	2	2	2	4	4	6	8	5
<b>&gt;=80</b>	3	0	5	5	3	10	1	0	1	0	0	4	2	0	4	5	3	6
<b>Kopā</b>	<b>453</b>	<b>307</b>	<b>398</b>	<b>321</b>	<b>343</b>	<b>336</b>	<b>252</b>	<b>167</b>	<b>217</b>	<b>155</b>	<b>178</b>	<b>176</b>	<b>201</b>	<b>140</b>	<b>181</b>	<b>166</b>	<b>165</b>	<b>160</b>

**Tabula nr. 2 Medicīnisko palīdzību saņēmušo pacientu pēc pašnāvības mēģinājumiem Rīgā pa vecumiem un dzimumiem 2002. – 2007. gadā<sup>19</sup>**



**Grafiks nr. 3 pašnāvības mēģinājumu sadalījums pa vecuma grupām 2004.–2007. gadā**



Pieejamie dati par pašnāvību mēģinājumiem nav pilnīgi, taču zināmas sakarības var novērot. Pašnāvības mēģinājumu kopējais fiksētais skaits ir neliels. Tas saistīts ar to, ka ne visi pacienti pēc pašnāvības mēģinājumiem nonāk psihiatriskajos stacionāros. Dati rāda, ka pašnāvības mēģinājumus veic vienlīdz bieži vīrieši un sievietes, kaut pašnāvības būtiski biežāk veic vīrieši. Tas varētu norādīt, ka vīrieši vairāk izvēlas nāvējošas metodes, savukārt sieviešu veiktie pašnāvības mēģinājumi ir vairāk ar vēlmi pievērst uzmanību, tie ir „k dziedieni pēc palīdzības”.

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	absolūtos skaitļos	% no kopskaita	absolūtos skaitļos	% no kopskaita	absolūtos skaitļos	% no kopskaita	absolūtos skaitļos	% no kopskaita	absolūtos skaitļos	% no kopskaita	absolūtos skaitļos	% no kopskaita
<b>KOPĒJAIS PAŠNĀVĪBU MĒĢINĀJUMU SKAITS</b>												
	453	100.0	307	100.0	398	100.0	321	100.0	343	100.0	336	100.0
no tiem												
Saindēšanās ar medikament iem	122	26.9	122	39.7	132	35.7	113	35.2	120	35.0	99	29.5
Citas saindēšanās	27	6.0	10	3.3	10	2.5	6	1.9	8	2.3	7	2.1
Kāršanās	38	8.4	21	6.8	37	9.3	27	8.4	22	6.4	28	8.3
Slīcināšanās	4	0.9	2	0.6	8	2.3	3	0.9	3	0.9	5	1.5
Ieroči	1	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0.0	2	0.6
Asa priekšmeta lietošana	244	53.9	145	47.2	202	50.8	157	48.9	178	51.9	178	53.0

Lekšana no augstuma	12	2.6	6	2.0	8	2.0	6	1.9	8	2.3	8	2.4
Citi	5	1.1	1	0.3	1	0.3	9	2.8	4	1.2	9	2.7
tajā skaitā												
Atkārtotie pašnāvības mēģinājumi (skaits un % no visiem pašnāvības mēģinājumiem)												
	<b>131</b>	<b>28.9</b>	<b>91</b>	<b>29.6</b>	<b>102</b>	<b>25.6</b>	<b>93</b>	<b>29.0</b>	<b>99</b>	<b>28.9</b>	<b>81</b>	<b>24.1</b>
no atkārtotiem pašnāvības mēģinājumiem:												
Saindēšanās ar medikamentiem	36	27.5	32	35.2	39	36.3	31	33.3	37	10.8	24	7.1
Citas saindēšanās	8	6.1	0	0	5	4.9	4	4.3	0	0.0	2	0.6
Kāršanās	4	3.0	3	3.3	6	5.9	7	7.5	7	2.0	3	0.9
Slīcināšanās	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0.0	1	0.3
Ieroči	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	2	0.6
Asa priekšmeta lietošana	78	59.6	55	60.5	52	51.0	49	52.7	48	14.0	44	13.1
Lekšana no augstuma	2	1.5	0	0	1	1.0	0	0	6	1.7	2	0.6
Citi	3	2.4	0	0	1	1.0	2	2.2	1	0.3	3	0.9

**Tabula nr. 3 Biežāk lietotās pašnāvības mēģinājumu metodes Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā**

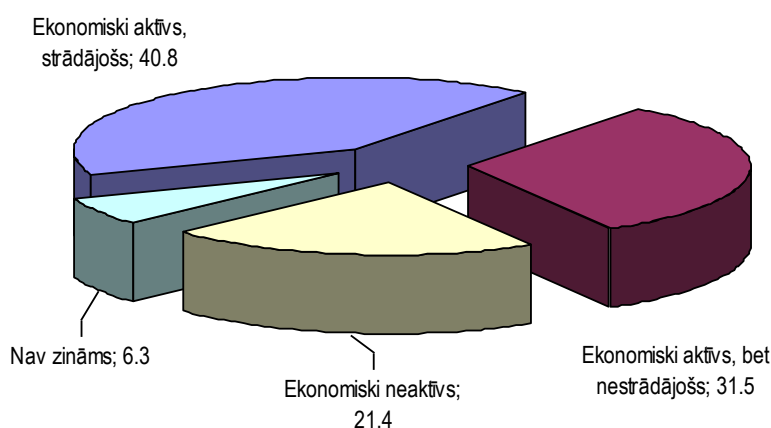
Izvērtējot pašnāvības mēģinājumos izmantotās metodes, jāsecina, ka prevalē asa priekšmeta un medikamentu lietošana. Tas varētu nozīmēt, ka tomēr vairumā gadījumu šeit ir runa par parasuicīdiem, kad nav bijusi vēlme mirt, bet savas dzīvības apdraudējums ir ekstrēms komunikācijas veids problēmu risināšanai.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Analfabēts	0	1	0	1	1	0	0	0
Nav mācījies	1	0	0	0	1	1	0	1
Speciālā skola garīgi atpalikušajiem	3	14	15	13	3	10	6	7
Sākumskola	10	17	18	13	15	9	18	19
Pamatskola	73	90	98	98	100	63	98	87
Vidējā izglītība	31	41	32	31	14	15	12	16
Vidējā speciālā izglītība	127	158	149	131	140	110	90	99
Augstākā izglītība	114	122	97	86	95	79	79	80

Apguvis kādu amatu	41	28	38	37	31	30	40	27
<b>Kopā</b>	<b>400</b>	<b>471</b>	<b>447</b>	<b>410</b>	<b>400</b>	<b>317</b>	<b>343</b>	<b>336</b>

**Tabula nr. 4 Pašnāvību mēģinājumu sadalījums pēc izglītības**

**Grafiks nr. 4 Pašnāvības mēģinājumu veikušo sadalījums pēc ekonomiskās aktivitātes Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrā 2007. gadā (%)**



Ieskatu par pašnāvību situāciju valstī var sniegt arī citu iestāžu, kuras iesaistītas pašnāvību gadījumu uzskaitē un izvērtēšanā, dati.

2007. gadā Rīgā neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes fiksēja 38 pašnāvības un 1011 pašnāvības mēģinājumus.

Pēc Ieslodzījumu vietas pārvaldes sniegtās informācijas, 2007. gadā no apcietinātajām personām pašnāvības mēģinājumus veikušas 32, savukārt mirušas pašnāvībā – 4 personas. No notiesātajām personām pašnāvības mēģinājumus 2007. gadā veikušas 10 personas, savukārt miris pašnāvībā viens cilvēks.

Nevalstiskajā organizācijā „Krīžu un konsultāciju centrs „Skalbes”” 2007. gadā no klātienē 543 konsultētiem klientiem 6 atzina, ka ir mēģinājuši veikt pašnāvības, savukārt 38 atklāja pašnāvības domas. 2008. gadā no 2286 zvaniem uz krīžu un konsultāciju centra palīdzības tālruni par pašnāvībām runāja 204 cilvēki.

Pa Bērnu, ģimenes un sabiedrības integrācijas lietu ministrijas bērnu uzticības tālruni 2008. gadā tika saņemti 111 zvani, kas bija saistīti ar pašnāvības domām.

2007. gadā pašnāvības no 10978 Valsts probācijas dienesta klientiem izdarīja trīs.

### ***Bērnu un pusaudžu garīgā veselība un suicidalitāte Latvijā***

Īpaša vērība, analizējot pašnāvību situāciju Latvijā, būtu jāpievērš bērniem un jauniešiem, cenšoties izvērtēt esošo situāciju un iezīmējot būtiskākos riskus. Pašnāvību skaits bērnu un pusaudžu vidū nav liels, bet, protams, katra nāve ir milzīga traģēdija ģimenei, tuviniekiem, visai sabiedrībai. 2007. gadā 10 līdz 14 gadu vecuma grupā pašnāvību rādītājs uz 100 000 attiecīgā vecuma iedzīvotājiem Latvijā bija 2,8, savukārt 15–19 gadu vecuma grupā – 9 uz 100 000 attiecīgā vecuma iedzīvotājiem<sup>20</sup>.

Bērnu un pusaudžu garīgo veselību, iespējamās pašnāvību draudus atklāj virkne pētījumu rezultātu. Suicidālās tieksmes un pieredzi atklāj Latvijas skolu aptauja par alkoholu un citām narkotiskām vielām, kurā respondentiem tika uzdoti jautājumi arī par garīgo veselību<sup>21</sup>.

	13-14 gadi	15-16 gadi	17-18 gadi
Respondents domājis par pašnāvību	21	27	31
Respondents dzīves laikā mēģinājis izdarīt pašnāvību	8	12	12
Respondents šajā mācību gadā ir mēģinājis izdarīt pašnāvību	6	7	6

**Tabula nr. 5 Suicidālas tieksmes un pieredze saistībā ar skolēnu vecumu (% no atbildējušiem)**

Pētījuma rezultāti uzrāda satraucošus datus par lielo bērnu un jauniešu skaitu, kuri domājuši par pašnāvību un jau reāli mēģinājuši dzīves laikā vai mācību gada laikā veikt pašnāvību. Būtu nepieciešams papildus pētīt iemeslus, taču, iespējams, nozīmīgu vietu ieņemtu gan savstarpējās cietsirdīgās attiecības skolā, vardarbība, ieskaitot tādu vardarbības veidu kā bērnu pamestība, nepietiekama uzmanība, īpaši gadījumos, kad vecāki pārcēlušies uz citu valsti pelņas nolūkos<sup>22</sup>.

### ***Politikas iniciatīvas pašnāvību mazināšanas jomā Latvijā***

Latvijā nav atsevišķas politikas pašnāvību novēršanai, kaut Pasaules Veselības organizācija to iesaka. Garīgās veselības aizsardzība un veicināšana Eiropas reģionā ir atzīta kā viena no veselības prioritātēm. PVO ir izstrādājusi politikas pamatnostādnes Eiropas reģionam „Veselība-21. Veselība visiem 21.gadsimtā”<sup>23</sup>, kuras 6. mērķis nosaka, nepieciešamību „līdz 2020. gadam jāuzlabo iedzīvotāju psiholoģiskā labklājība, un cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām jābūt iespējamiem un pieejamiem kvalitatīvākiem kompleksiem dienestiem”. Šīs pamatnostādnes tika izmantotas par pamatu 2001. gadā Latvijā akceptētajai „Sabiedrības veselības stratēģijai”<sup>24</sup>, kuras 6. mērķis paredz garīgās veselības uzlabošanu – „līdz 2010. gadam jāuzlabo Latvijas iedzīvotāju garīgo veselību, kā arī visiem iedzīvotājiem jānodrošina pieeja kvalitatīviem garīgās veselības aprūpes pakalpojumiem”. Abos minētajos politikas plānošanas dokumentos tiek uzsvērta nepieciešamība samazināt

pašnāvību līmeni valstī. Sabiedrības veselības stratēģijā noteiktais mērķis ir samazinājums par 25 % līdz 2010. gadam. Jāatzīmē, ka notikusi pozitīva virzība minētā mērķa sasniegšanai. Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanu konkretizē „Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programma 2004.–2010. gadam”<sup>25</sup>. Izvēlētās aktivitātes bija plānots vērst uz ambulatorā psihiatriskās palīdzības dienesta attīstību, informācijas sistēmu attīstībai, darbam ar Nacionālo bruņoto spēku kareivjiem, skolēniem. Kopumā izvēlētie darbības virzieni bija pareizi, taču, diemžēl, mērķtiecīga, saskaņota rīcība nav notikusi.

2008. gada tika apstiprinātas Ministru kabinetā pamatnostādnes „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014. gadā”<sup>26</sup>. Šajā dokumentā būtisks akcents ir likts uz psihiatriskās palīdzības dienesta attīstīšanu, pieejamības nodrošināšanu, kā arī darbu ar ģimenes ārstiem un sabiedrību. Visas šīs aktivitātes iespējams precizēt politikas dokumenta ieviešanas plānā, īpaši pievēršoties pašnāvību mazināšanai.

Ņemot vērā alkohola lietošanas būtisko negatīvo ietekmi, jāatzīmē arī Alkohola patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas programma 2005.–2008. gadam<sup>27</sup>. Diemžēl būtisks uzlabojums alkohola lietošanas izplatības samazināšanā nav noticis.

### ***Starpsektoru sadarbība un iesaistīto institūciju viedoklis***

2009. gada 14. janvārī notika diskusija ar mērķi noskaidrot pašnāvību un pašnāvību mēģinājumu uzskaiti dažādās institūcijās, kā arī uzklaut institūciju pārstāvju viedokli par pasākumiem situācijas uzlabošanai.

#### Aktuālākās problēmas Latvijā un to risinājumi diskusijas dalībnieku skatījumā:

- Terminoloģijas problēmas Latvijā. Tiek lietoti termini „pašnāvība”, „suicīds”, „tīšs paškaitējums”, būtu nepieciešams vienoties par vienotu, visiem saprotamu terminu lietošanu;
- Pašnāvību gadījumu uzskaitē valstī ir laba, bet mēģinājumu uzskaitē nav precīza, netiek diferencēti pašnāvību mēģinājumi un parasuicīdi gan statistiskās uzskaites dokumentos, gan klīniskajā praksē. Kopš 2005. gada pašnāvību mēģinājumu uzskaiti varētu atvieglot „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuriem bijušas traumas vai ievainojumi”, bet, diemžēl, ne visas ārstniecības iestādes sniedz informāciju. Daļa iestāžu (ārstniecības u.c. iestādes) fiksē pašnāvības mēģinājumus tikai primārajā medicīniskajā vai lokāla rakstura dokumentācijā, daļa veic tikai vietēju datu apkopošanu bez tālākas izmantošanas. Informācija no speciālistiem nesasniedz ģimenes ārstus;
- Profilaktiskie pasākumi un laicīga pašnāvības risku novērtēšana, apmācība depresiju simptomu atpazīšanā tiek realizēta gan skolās, gan sociālās aprūpes

institūcijās, gan Aizsardzības ministrijas struktūrās, bet pasākumu realizācija varētu būt labāka. Labs piemērs rekomendāciju izstrādē ir Ieslodzījumu vietu pārvalde, kurai no 2005. gada ir ieviestas praksē „Rekomendācijas ieslodzījumu vietu darbiniekiem darbam ar ieslodzītajiem, kuriem ir nosliece uz pašnāvību”;

- Būtiska problēma ir ņirgāšanās skolā, bērniem nedraudzīga skolu vide, ko sekmē sliktās skolēnu savstarpējās attiecības;
- Aizspriedumu mazināšana pret cilvēkiem ar garīga rakstura problēmām, kā arī pret cilvēkiem ar pašnāvniecisku uzvedību, ir būtiska Latvijas problēma;
- Psiholoģiskā atbalsta trūkums pašiem medicīnas u.c. paaugstināta riska un spriedzes profesiju pārstāvjiem (Katastrofu medicīnas centra speciālisti, policisti, militārpersonas u.c.);
- Alkohola, azartspēļu u.c. atkarības problēmu aktualitāte Latvijā;
- Būtu nepieciešama papildus izpēte un informācija par robežgadījumiem. Piemēram, kritiens no augstuma prasa rūpīgāku izvērtējumu saistībā ar pašnāvības iespējamību. Šie precizējumi varētu ietekmēt pabeigto pašnāvību skaitu, gan palielinot, gan samazinot rādītāju;
- Nepietiekamās palīdzības iespējas un vājā dienesta pielāgotība palīdzības sniegšanai pacientiem pašnāvības domu, mēģinājumu gadījumos:
  1. Psihiatrisko stacionāro iestāžu vides nepiemērotība un sniegto ārstniecības pakalpojumu ierobežotais piedāvājums, kas var pat pasliktināt pacientu stāvokli. Stacionāru un arī sociālās aprūpes institūciju vājā specializācija – dažādu smaguma pakāpju un saslimšanu veidu pacientu kopēja atrašanās vienā nodaļā, sociālās aprūpes iestāžu klientu nediferencēšana;
  2. Psihologu, sociālo darbinieku, citu terapeitiskās komandas locekļu iesaistes problēmas ārstniecības procesā – normatīvo aktu ierobežojumu un finanšu iespēju dēļ;
  3. Sistemātiskas krīžu tālruņa darbības nodrošināšanas, finansēšanas problēmas;
  4. Psiholoģiskās palīdzības nozīmes nepietiekamā novērtēšana un izmantošana darbā ar pašnāvību pacientiem;
  5. Juridiskas problēmas iesaistīt psihiatru nevalstisko organizāciju darbā – netiek apmaksāts pakalpojums.

### ***Turpmākā rīcība situācijas uzlabošanai Latvijā***

Pašnāvību mazināšanas politikas jomā reālus ieteikumus ir izstrādājusi Pasaules Veselības organizācija. Būtiskākie Pasaules Veselības organizācijas ieteiktie rīcības virzieni pašnāvību mazināšanas jomā ir sadzīves un auto izplūdes gāzu detoksikācija, toksisko vielu kontrole, pietiekamas medicīniskas palīdzības nodrošināšana pacientiem ar garīgās veselības problēmām, ieroču kontrole, ierobežojumi vietās, kur iespējams veikt pašnāvības, kā arī atbildīga mediju informācija par pašnāvību faktu<sup>28,29</sup>. Pasaules Veselības organizācija arī ir izstrādājusi konkrētas rekomendācijas dažādiem speciālistiem un dažādām dzīves jomām, kas būtu izmantojami Latvijas situācijā<sup>30,31</sup>.

- **Nacionālās politikas, rīcības plāna izstrāde<sup>32</sup>.**

Politikas veidošanā ļoti būtiski ir atcerēties, ka pašnāvību mazināšana nav tikai veselības jomas problēma, ļoti nozīmīga ir citu institūciju iesaistīšanās. Pasaules Veselības organizācija un Eiropas Komisija aicina uz rīcību, kas būtu vērsta pret depresiju kā vienu no pašnāvību biežāko iemeslu. Rīcībai būtu jābūt vērstai gan uz katru cilvēku individuāli, ieverot dažādus viņa dzīves posmus – bērnību, skolu, darba vietu, pensijas laiku, gan uz sabiedrību kopumā<sup>28,29,33</sup>. Viens no aktuālākiem politikas dokumentiem, kurā Latvijā būtu akcentējama pašnāvību problēma un risinājumi ir pamatnostādnes „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014. gadā” un to ieviešanas plāns. Cits būtisks dokuments, kas šobrīd ir izstrādes stadijā, ir Sabiedrības veselības stratēģija. Minētā dokumenta jēga ir akcentēt veselības veicināšanas un slimību profilakses jautājumus, konsolidēt dažādu jomu aktivitātes veselākas sabiedrības radīšanai. Gan garīgās veselības uzlabošanas pamatnostādņu izstrādes procesā piedalījās, gan arī Sabiedrības veselības stratēģijas izstrādē aktīvi iesaistījusies Pasaules Veselības organizācija, sniedzot ekspertu atzinumus un atbalstu.

Politikā būtu lietderīgi akcentēt konkrētas Latvijai aktuālas problēmas, piemēram, līdzīgi kā Dānijas pašnāvību mazināšanas programmā<sup>2</sup> uzlabot pieeju kvalitatīvai aprūpei un ārstniecībai, iekļaut rīcību alkohola, medikamentu, narkotiku lietošanas mazināšanai u. c.

- **Alkohola lietošanas ierobežošana<sup>34</sup>**

Reāla rīcība alkohola pieejamības mazināšanai var sekmēt pašnāvību skaita turpmāku samazināšanos. Efektīva rīcība alkohola patēriņa mazināšanai, īpaši jauniešu vidū, var būt nodokļu palielināšana, palielinot produktu cenas, līdz ar to mazinot iespēju tos iegādāties, nosakot reklāmu ierobežojumus, tirdzniecības ierobežojumus, būtiskus sodus par alkohola tirdzniecību nepilngadīgajiem u.c. līdzīgas aktivitātes. Būtiski ņemt vērā, ka alkohola lietošana var pieaugt, pasliktinoties sociāli – ekonomiskai situācijai valstī. Pozitīvi, ka pieminētie alkohola pieejamību mazinošie pasākumi neprasa papildus finanšu ieguldījumus no valsts, īpaši situācijā, kad valsts budžeta

līdzekļi ir nepietiekami. Alkohola ierobežošanas pasākumi var tikt ietverti alkohola kaitējuma mazināšanas politikas dokumentā, kurš šobrīd ir izstrādes procesā.

- **Sociāli ekonomiskās drošības garantija, palīdzība riska grupu iedzīvotājiem**

Pasliktinoties sociāli ekonomiskai situācijai valstī, diemžēl, līdzīgi kā 20. gadsimta 90. gados, var prognozēt pašnāvību skaita samazināšanās tendences apstāšanos vai pat pašnāvību skaita pieaugumu. Jācer, ka, atšķirībā no 1993. gada situācijas, Latvijā šobrīd ir izveidota pietiekami droša atbalsta sistēma cilvēkiem, kas zaudē darbu, mājvietu, saslimst, ilgstoši nevar atrast darbu, nav pietiekami izglītoti u.c. Būtiski jauns un vēsturiski nepieredzēts aspekts ir cilvēki, pārsvarā jauni vīrieši, ar lielām kredītsaistībām, kuras šodienas ekonomiskās krīzes apstākļos nav iespējams atmaksāt. Šī grupa ir īpaša riska grupa pašnāvībām.

Īpaša uzmanība būtu jāvelta ieslodzījuma vietām, cietumiem, jo šeit apvienojas virkne sabiedrības locekļu problēmu – psihiskie traucējumi (antisociāli personības traucējumi, depresija), atkarību problēmas, sociālas problēmas u.c. Cietumu videi pievērsušās un atzīstamu darbu veikušas Latvijas atbildīgās institūcijas, izstrādājot sistēmu darbam ar ieslodzītajiem, kam ir suicidāla uzvedība. Lietderīgas ir arī Pasaules Veselības organizācijas izstrādātās rekomendācijas darbam pašnāvību profilakses jomā aizturēšanas vietās un cietumos<sup>35</sup>. Būtiski cietumos ir pievērst uzmanību darbinieku apmācības programmām, lai varētu atpazīt pašnāvniecisku uzvedību, cietumu vides uzlabošanai, ietverot gan telpas, gan savstarpējās ieslodzīto, personāla komunikācijas formas. Svarīgi ir nodrošināt ārstniecības iespējas cietumos, kā arī attīstīt ziņošanas sistēmu un uzskaiti par pašnāvniecisku uzvedību.

Būtiska riska grupa, kam raksturīgs augstāks pašnāvību risks, ir personas pēc pašnāvības mēģinājumiem. Šajā virzienā atsevišķu Sorosa fonda atbalstītu projektu ietvaros notikušas aktivitātes, piemēram, konsultācijas psihiatriskajās slimnīcās pēc pašnāvības mēģinājumiem, taču tās nav bijušas regulāras. Ļoti būtiski ir attīstīt palīdzības grupu darbu cilvēkiem, kas izdzīvojuši pēc pašnāvības mēģinājuma. Šeit īpaši noderīgas var būt Pasaules Veselības organizācijas rekomendācijas par atbalsta grupu veidošanu<sup>36</sup>. Šeit ir aprakstīti gan tehniski grupas organizēšanas un darbības principi, gan arī saturiskās iespējas palīdzības nodrošināšanai dažādos finansiālos un strukturālos apstākļos.

- **Pieejas ierobežošana pašnāvību veikšanas līdzekļiem**

Šāda stratēģija, ierobežojot iespējas veikt pašnāvību, ir bijusi efektīva vairākās valstīs. Latvijas apstākļos rīcība varētu būt:

1. Turpināt stingru ieroču iegādes kontroli, uzskaiti, reģistrāciju, regulāras pārbaudes, īpaši pievēršot uzmanību speciālo profesiju pārstāvjiem (policisti, Nacionālo bruņoto spēku karavīri u.c.).



2. Saglabāt un pilnveidot medikamentu iegādes nosacījumus, kas ierobežo brīvi iegādāties medikamentus ar potenciālu letālu iedarbību (trankvilizatori, paracetamols – piemēram, ierobežot vienai personai pārdodamo iepakojumu skaitu), kontrolēt ārstu izrakstīto medikamentu apjomu un indikācijas.
3. Potenciāli bīstamāko pašnāvību veikšanas vietu apzināšana un vides pielāgošana (tiltu, dzelzceļa, autoceļu, augstceltņu drošība)<sup>37,38</sup>, mājāsaimniecības gāzes sastāva regulēšana.

- **Plašsaziņas līdzekļu lomas pilnveidošana aizspriedumu mazināšanai pret depresiju pacientiem, simptomu atpazīšanai un pašnāvību novēršanai**<sup>39,40</sup>.

Plašsaziņas līdzekļu (preses, televīzijas, internet) loma ir būtiska vairākos aspektos. Viens no tiem ir dalība informatīvās kampaņās un akcijās ar mērķi veicināt sabiedrībā izpratni par depresijas kā biežākā pašnāvību iemesla pazīmēm. Būtiska mēdiju loma ir arī aizspriedumu mazināšanai, jo sabiedrībā ir dziļi iesakņojusies doma, ka jebkura psihiska saslimšana, neatkarīgi no smaguma un izpausmēm, ir kauns, kas jāslēpj un palīdzības meklēšana ir sava vājuma izpausme. Pasaules Veselības organizācija ir pievērsusi īpašu uzmanību arī žurnālistu pieejai pašnāvību atspoguļošanai sabiedrībai, izstrādājot ieteikumus<sup>41</sup>. Žurnālistiem būtu jābūt maksimāli profesionāliem sniedzot sabiedrībai informāciju par pašnāvībām, nepasniedzot to kā galveno tēmu, izvairoties no īpašas problēmas saasināšanas un pārspīlēšanas, nerādīt pašnāvību izdarīšanas vietas, neslavināt pašnāvības un neaizmirst norādīt uz palīdzības iespējām. Žurnālistu izglītošanai būtu jāvelta atsevišķas aktivitātes – semināri, apmācības.

- **Psihiskās veselības palīdzības pilnveidošana un uzlabošana**<sup>42,43,44,45</sup>:

1. Pašnāvības riska pazīmju un depresijas simptomu atpazīšanas uzlabošana, primārās aprūpes speciālistu (ģimenes ārstu)<sup>46</sup>, stacionāros un ambulatori strādājošu dažādu medicīnas disciplīnu speciālistu izglītošana. Pasaules Veselības organizācija ir izstrādājusi ieteikumus darbam ar pašnāvības riska pacientiem, kas domāti vispārējās prakses ārstiem, kā arī īpašus ieteikumus primārās aprūpes speciālistiem<sup>47,48</sup>. Primārās aprūpes speciālisti nereti ir pirmais un biežākais saskarsmes punkta ar potenciālo pašnāvnieku, tādēļ ļoti būtiska ir pašnāvības tendenču atpazīšana un palīdzības sniegšanas uzsākšana. Dažādas somatiskas slimības arī ir būtiskas riska faktors pašnāvību izdarīšanai, tādēļ svarīgi ir vispārējās prakses ārstiem atpazīt pašnāvniecisku uzvedību un izvērtēt riskus.
2. Ambulatori konsultatīvā psihiatrijas dienesta attīstīšana, pieejamības uzlabošana reģionos, lai būtu iespējams saņemt palīdzību pēc simptomu atpazīšanas. Būtiski, lai dienests būtu patīkams klientiem,

būtu pieņemams un mazinātu aizspriedumus par psihiatriju kā mītisku, noslēgtu sistēmu, „trako māju”;

3. Dažādu speciālistu maksimāla iesaiste dabā, veidojot multidisciplināru palīdzības modeli (ģimenes ārsts, psihiatrs, psihologs, sociālais darbinieks u.c.). Būtiski ir atbalstīt veselības aprūpes, profilakses un veselības veicināšanas jomu personāla resursu attīstību;
4. Krīžu dienestu (krīžu tālrunis u.c.) atbalsts un uzturēšana pirmsstacionārās palīdzības nodrošināšanai un krīzes intervences nodrošināšana vispārēja profila slimnīcās.

- **Darbs ar specifiskām grupām – ģimenēm un bērniem, skolēniem<sup>49</sup>, strādājošiem, veciem ļaudīm.**

Psiholoģiski veselīgas skolas, darba vides radīšana, kā arī komforts ģimenē var būtiski mazināt pašnāvību risku. Vecu ļaužu problēma nereti ir sociāla izolēšanās, mazvērtības sajūta, motivācijas trūkums sevis pilnveidošanai un turpmākai dzīvei, kā arī alkoholizācija. Būtisks aspekts ir arī psihotraumējošu situāciju atpazīšana, novēršana, laicīga iejaukšanās (ņirgāšanās skolā, sociāla izslēgšana u.c. problēmas darba vietā).

Būtiski noderīgi var būt Pasaules Veselības organizācijas izstrādātie ieteikumi pašnāvību mazināšanai darba vietās, kas ietver gan darba vides uzlabošanu, gan saiknes nodrošināšanu ar palīdzības sniedzējiem sabiedrībā, gan aizspriedumu mazināšanu pret personām ar garīgā veselības problēmām darba vidē, gan palīdzības sniegšanu<sup>50</sup>.

Ļoti nozīmīga ir skolas vide un centieni samazināt un novērst pašnāvības tajā. Pasaules Veselības organizācijas ieteikumi šajā jomā var būt ļoti noderīgi Latvijai<sup>51</sup>. Minētie ieteikumi akcentē gan riska faktorus un to atpazīšanu, gan nepieciešamību pedagogiem saglabāt garīgo veselību, gan savstarpējās komunikācijas un skolas vides veidošanas nosacījumus. Latvijā pozitīvi būtu vērtējama Pasaules Veselības organizācijas atbalstītā veselību veicinošo skolu kustība, kas būtu jāattīsta<sup>52</sup>.

- **Sadzīves un automašīnu izplūdes gāzu toksicitātes samazināšana**

Latvijā būtu ieteicams ņemt vērā šo Pasaules Veselības organizācijas ieteikumu un atbalstīt citu iesaistīto partneru iniciatīvas. Šis būtu labs piemērs starpinstitucionālai sadarbībai, jo gāzu toksicitātes samazināšana ir nozīmīga sabiedrības veselības, vides saglabāšanai. Būtu atbalstāmas auto ražotāju iniciatīvas vides saglabāšanas jomā.

- **Pētniecība par pašnāvībām un datu apkopošana**

Būtiski precīzi apzināties problēmas apmērus, apkopojot maksimāli pieejamos datus no dažādām jomām (mēģinājumu skaits specifiskās grupās, vietas, kur biežāk tiek

veiktas pašnāvības, pētījumi darba vietās, sabiedrībā par depresijas simptomu izplatību).

### *Atsauces*

---

<sup>1</sup> Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof AD, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet T, et al. Parasuicide in Europe: The WHO/Euro multicentre study on parasuicide. I: Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85:97-104

<sup>2</sup> Kaplan & Sadocks. *Synopsis of Psychiatry*, Editors B.J.Sadock, V.A.Sadock. – 9th ed. – Philadelphia; Williams & Wilkins, 2003

<sup>3</sup> World Health Organization. *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*, WHO, Geneva, 2002

<sup>4</sup> Wahlbeck K. & Mäkinen M (Eds). *Prevention of depression and suicide. Consensus paper*, Luxemburg: European Communities, 2008

<sup>5</sup> McCollam A et al. *Mental Health in the EU, Key Facts, Figures, and Activities. A Background Paper*, Luxemburg: European Communities, 2008

<sup>6</sup> Health for All Data base, World Health Organization

<sup>7</sup> Tooding L-M, Värnik A, Wasserman D. Gender and age-specific dynamics of Suicides in the Baltic States during the Transition Period, *Trames*, 2004, 8(58/53), 3, 299–308

<sup>8</sup> Möller H.J. *Psychiatrie: ein Leitfaden für Klinik und Praxis*, Stuttgart, Kohlhammer, 1997

<sup>9</sup> Taube M, Krievkalna R, Klotiņa R, Kišuro A, Līce V, Šlosberga I. *Psihiatriskās veselības aprūpe Latvijā 2006*, Statistikas gadagrāmata, Rīga, Sabiedrības veselības aģentūra, 2007

<sup>10</sup> Rancāns E, Salander Renberg E, Jacobsson L. Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980 – 1998. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001: 103:275-281

<sup>11</sup> Värnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries, 1968-90. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 22:(3): 166-169

<sup>12</sup> Pasaules Veselības Organizācija, PVO-AIMS ziņojums par garīgās veselības aprūpes sistēmu Latvijā, 2006

<sup>13</sup> Rancans E. *Social behaviors in Latvia 1980-2000*, Medical Dissertation, Umeå, 2001

<sup>14</sup> Latvijas Republikas Ministru kabineta 2006. gada 31. oktobra noteikumi nr. 899 „Ambulatorai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” (ar 2007. gada 27. marta grozījumiem nr. 219)

<sup>15</sup> Zāļu cenu valsts aģentūra, [www.zca.gov.lv](http://www.zca.gov.lv)

<sup>16</sup> Latvijas Republikas Ministru kabineta 2008. gada 17. jūnija noteikumi „Narkotisko un psihotropo vielu un zāļu iepirkšanas, saņemšanas, uzglabāšanas, izplatīšanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība zāļu un veterināro zāļu ražošanā, zāļu un veterināro zāļu lieltirgotavās un aptiekās”

- 
- <sup>17</sup> Kampana „Telefona grāmata”, [www.sva.gov.lv](http://www.sva.gov.lv)
- <sup>18</sup> Latvijas Republikas Ministru kabineta 2006. gada 19. decembra noteikumi nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”
- <sup>19</sup> VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” dati
- <sup>20</sup> Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2007, Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra, 2008
- <sup>21</sup> Latvijas skolu aptauja par alkoholu un citām narkotiskām vielām (LaSPAD) 2006/2007. gadā, Sabiedrības veselības aģentūra, 2008
- <sup>22</sup> Putniņa A. u.c., Vardarbība un veselība, Ziņojums par situāciju Latvijā, Rīga, 2007
- <sup>23</sup> Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģionālais birojs, Veselība 21 – veselība visiem 21. gadsimtā, sērija nr.5, Kopenhāgena, 1999
- <sup>24</sup> Sabiedrības veselības stratēģija. MK 06.03.2001. sēdes protokols Nr.43
- <sup>25</sup> Ministru Kabineta 2004. gada 9. marta rīkojums nr. 150 „Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programma 2004. – 2010. gadam”
- <sup>26</sup> MK 2008. gada 6. augusta rīkojums nr. 468 „Par pamatnostādņēm „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009. – 2014. gadā””
- <sup>27</sup> Ministru kabineta 2005. gada 19. janvāra rīkojums nr. 40 „Par alkohola patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas programmu 2005.–2008. gadā”
- <sup>28</sup> World Health Organization, Primary prevention of Mental, Neurological and Psychosocial disorders, Geneva, 1998
- <sup>29</sup> World Health Organization, Division of Mental Health, Guidelines for the Primary prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders, Suicide, Geneva
- <sup>30</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/resources/suicide/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/)
- <sup>31</sup> WHO European Pact for Mental Health and Well-being [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)
- <sup>32</sup> World Health Organization, Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges, WHO, 2008
- <sup>33</sup> European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General, Action against depression, Improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression, European Communities, 2004
- <sup>34</sup> Kølves K, Värnik A, Tooding L-M, Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study, Psychological medicine, 2006, 36, 923–930
- <sup>35</sup> World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Preventing Suicide in Jails and Prisons, WHO, 2007
- <sup>36</sup> World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, International Association for Suicide Prevention, Preventing Suicide, How to Start a Survivors’ Group, WHO, 2008

- 
- <sup>37</sup> Care Services Improvement Partnership, National Institute for Mental Health in England, National Suicide Prevention Strategy for England, Annual Report 2007”
- <sup>38</sup> Care Services Improvement Partnership, National Institute for Mental Health in England, Guidance on action to be taken at suicide hotspots
- <sup>39</sup> European Communities, Mental Health promotion and mental disorder prevention across European member States: a collection of country stories, European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection, 2005
- <sup>40</sup> Sisak M, Värnik A, Wasseman D. Internet Comments on media Reporting of Two Adolescents’ Collective Suicide Attempt, Archives of Suicide Research, 9:87–98, 2005
- <sup>41</sup> World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, International Association for Suicide Prevention, Preventing Suicide, A Resource for Media Professionals, WHO, 2008
- <sup>42</sup> Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Mental health policy and practice across Europe, WHO, 2007
- <sup>43</sup> Dawson A, Tylee A. Depression: social and economic timebomb. Strategies for quality of care. Proceeding of an international meeting, BMG Books, 2001
- <sup>44</sup> European Alliance Against Depression, [www.eaad.net](http://www.eaad.net)
- <sup>45</sup> World Health Organization, Mental Health Atlas, 2005
- <sup>46</sup> World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca), Integrating mental health into primary care: a global perspective, WHO, 2008
- <sup>47</sup> World Health Organization, Department of Mental Health, Preventing suicide, A Resource for Primary Health Care Workers, WHO, Geneva, 2000
- <sup>48</sup> World Health Organization, Department of mental Health, Preventing Suicide, A Resource for Primary Health Care Workers, Geneva, 2000
- <sup>49</sup> Clift S, Jensen B.B (Ed.). The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice, Danish University of Education Press, 2005
- <sup>50</sup> World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Preventing suicide, A Resource at Work, WHO, Geneva, 2006
- <sup>51</sup> World Health Organization, Department of mental Health, Preventing Suicide, A Resource for Teachers and other School staff, Geneva, 2000
- <sup>52</sup> Izglītības satura un eksaminācijas centrs, <http://www.isec.gov.lv/isec/projekti/vesveicproj.shtml>