

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

Mokslinio tyrimo
„Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2016 m. lapkričio – 2017 m. spalio
mėnesiais Vilniaus mieste analizė“
ATASKAITA

Mokslinio tyrimo vadovas: doc. dr. Paulius Skruibis
Mokslinio tyrimo vykdytojai – tyrėjai: prof. habil. dr. Danutė Gailienė, dr. Jurgita
Rimkevičienė, dr. Eglė Mažulytė-Rašytinė, Odeta Geležėlytė, Jolanta Latakienė,
Andrius Lošakevičius

2018 m. sausio 8 d.

Vilnius

TURINYS

MOKSLINIO TYRIMO TIKSLAS	3
MOKSLINIO TYRIMO EIGA	3
Tyrimo metodologijos atnaujinimas	3
Tyrimo atlikimas	4
Surinktų duomenų analizavimas	9
Apibendrintų tyrimo rezultatų, išvadų ir rekomendacijų parengimas	10
TYRIMO REZULTATAI	10
Tyrimo dalyviai	10
Nusižudžiusių asmenų demografiniai rodikliai	10
Nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai rodikliai	11
Savižudybės aplinkybės	11
Artimųjų išskirtos savižudybės priežastys	12
Netikėtumas	14
Ankstesni mėginimai nusižudyti	15
Sveikatos būklė ir sutrikimai	16
Fizinė sveikata	16
Psichikos sveikata	16
Alkoholio vartojimas	17
Gautos sveikatos priežiūros paslaugos	17
Susidūrimas su teisėsauga ir socialinė pagalba	18
Pagalba ketinantiems nusižudyti: tyrimo dalyvių siūlymai	19
Policijos darbas įvykio metu	19
Pagalba po artimojo savižudybės	20
TYRIMO IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	21
Rezultatų apibendrinimas ir palyginimas su 2016 m. atlikto tyrimo rezultatais	21
Rekomendacijos savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui	24

MOKSLINIO TYRIMO TIKSLAS

Mokslinio tyrimo tikslas – atlikti vaikų ir suaugusiųjų savižudybių, įvykusių 2016 m. lapkričio – 2017 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizę: apklausti nusižudžiusių artimuosius, nustatyti ar buvo gauta reikalinga sisteminė pagalba, įvertinti savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą, palyginti gautus rezultatus su 2016 m. analizės rezultatais ir pateikti rekomendacijas bei išvadas sistemos tobulinimui.

MOKSLINIO TYRIMO EIGA

Mokslinis tyrimas buvo vykdomas 2017 m. rugsėjo – gruodžio mėnesiais šiais etapais:

1. Tyrimo metodologijos atnaujinimas
2. Tyrimo atlikimas
3. Surinktų duomenų analizavimas
4. Apibendrintų tyrimo rezultatų, išvadų ir rekomendacijų parengimas.

Tyrimo metodologijos atnaujinimas

Šio etapo metu, atsižvelgiant į 2016 m. vykdyto mokslinio tyrimo „Suaugusiųjų ir vaikų savižudybių atvejų 2016 m. Vilniaus mieste analizė“ patirtį, buvo atnaujintos tyrimo atlikimo procedūros bei tyrimo metodologija.

Tyrimo metu taikytos šios procedūros:

1. Pirminis kontaktas su nusižudžiusių artimaisiais vykdomas šio mokslinio tyrimo grupės tyrėjo Andriaus Lošakevičiaus, kuris yra policijos darbuotojas. Pirminio kontakto telefonu metu buvo trumpai pristatomas vykdomas tyrimas ir jo tikslas, pasiteiraujama, ar artimieji sutiktų dalyvauti tyrime ir ar jų kontaktiniai telefono numeriai gali būti perduodami kitiems šio mokslinio tyrimo grupės tyrėjams. Visi nuasmeninti tyrimo dalyvių duomenys apie sutikimą arba atsisakymą dalyvauti tyrime fiksuojami duomenų bazėje. Tik sutikusių dalyvauti tyrime asmenų kontaktai užfiksuojami ir perduodami kitiems tyrėjams.
2. Antrinis kontaktas su nusižudžiusių artimaisiais vykdomas kitų šio mokslinio tyrimo tyrėjų. Susisiekus su sutikusiais dalyvauti tyrime asmenimis telefonu dar kartą pristatomas vykdomas tyrimas, atsakoma į tyrimo dalyviams iškylančius klausimus ir suderinamas interviu laikas.

3. Nepavykus susisiekti su tyrimo dalyviais telefonu, išsiunčiamos trumposios SMS žinutės su pagrindine informacija apie vykdomą tyrimą ir prašoma tyrimo dalyvių susisiekti, jei jie vis dar sutiktų dalyvauti tyrime.
4. Interviu atliekamas telefonu arba, tyrimo dalyviams pageidaujant, susitikus gyvai Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto patalpose.
5. Prieš atliekant interviu, dar kartą pristatomas tyrimo tikslas ir paaiškinamos duomenų konfidencialumo sąlygos: duomenys laikomi konfidencialiai ir yra prieinami tik šio mokslinio tyrimo grupės tyrėjams, analizės metu duomenys yra nuasmeninami ir apibendrinami taip, kad asmeninių istorijų nebūtų įmanoma tiesiogiai atpažinti.
6. Tyrimas atliekamas pusiau struktūruoto interviu principu, pagal iš anksto numatytus tyrimo klausimus, naudojant specialiai šiam tyrimui parengtą tyrimo protokolą (anketą).
7. Interviu pradedamas pirmuoju atviru klausimu („*Papasakokite, prašau, kokios buvo mirties aplinkybės? Kas atsitiko?*“). Tyrimo dalyviui atsakant pildomi visi tyrimo anketos klausimai, į kuriuos jis/ji atsako. Toliau užduodami tik tie klausimai, į kuriuos tyrimo dalyvis neatsakė. Klausimų tvarka pritaikoma pagal pokalbio eigą. Esant poreikiui, užduodami papildomi klausimai pasitikslinti įvykių detalėms, aplinkybėms.

Specialiai paruoštame pusiau struktūruotame interviu buvo numatytos šios pagrindinės klausimų grupės: mirties aplinkybės, tyrimo dalyvių numanomos mirties priežastys, ankstesni mėginimai nusižudyti, sveikatos problemos ir kiti galimi sunkumai (alkoholio vartojimas, susidūrimas su teisėsauga ir kt.), iki savižudybės gauta medicininė, psichologinė, socialinė pagalba ir jos kokybė, pagalbos trūkumas, policijos pareigūnų darbas fiksuojant mirtį ir tiriant mirties aplinkybes, pagalba artimiesiems ir jos kokybė, pagalbos artimiesiems trūkumas, demografiniai klausimai apie nusižudžiusiuosius ir jų artimuosius. 2017 m. buvo nuspręsta esant galimybei atlikti interviu su keliais iš nusižudžiusiųjų artimųjų, todėl buvo atnaujinta duomenų analizės metodika.

Tyrimo atlikimas

Šio etapo metu buvo kontaktuojama su 2016 m. lapkričio – 2017 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste nusižudžiusiųjų asmenų artimaisiais, gavus jų sutikimą dalyvauti tyrime, buvo atliekamas pusiau struktūruotas interviu – renkami tyrimo duomenys.

Visų pirma, buvo renkami duomenys apie 2016 m. lapkričio – 2017 m. spalio mėnesiais Vilniuje įvykusias savižudybes. Buvo peržiūrimi Policijos registruojamų įvykių registro (PRĮR) duomenys. Šiame registre yra kaupiami duomenys apie policijos įstaigose bet kokia forma gautą informaciją apie nusikalstamas veikas, kitus teisės pažeidimus ir įvykius, kurių tyrimas įstatymais pavestas policijai, jų tyrimo procesą bei rezultatus, taip pat duomenys apie atsisakymą pradėti

ikiteisminius tyrimus (Lietuvos policijos generalinio komisaro 2005 m. lapkričio 30 d. įsakymu Nr. 5-V-766 patvirtinti „Policijos registruojamų įvykių registro nuostatai“). PRĮR registruojami ir žmogaus mirties atvejai, kurie registre išskiriami į dvi kategorijas – kai randamas žmogaus lavonas viešoje vietoje (pvz. gatvėje, mirtis išrinka ligoninėje ir pan.) ir kai randamas lavonas namuose. PRĮR savižudybės kategorija atskirai nėra išskiriama, todėl jame registruotų įvykių paieška buvo vykdoma atsirenkant įvykius pagal požymius „lavonas namuose“ ir „lavonas viešoje vietoje“, bei apibrėžiant teritoriją, kurioje užregistruotas įvykis – Vilniaus miesto 1-ojo, 2-ojo, 3-ojo, 4-ojo, 5-ojo, 6-ojo policijos komisariatai, o taip pat Vilniaus apskrities vyriausiojo policijos komisariato teritorijose. Nors policijos komisariatai dirba pasiskirstę teritoriniu principu, tačiau siekiant greičiau reaguoti į gaunamus iškvietimus, šio principo ne visada laikomasi - dažnai pasitaiko, kad Vilniaus pareigūnai vyksta į iškvietimus už miesto ribų.

Iš viso nuo 2016 m. lapkričio mėn. iki 2017 metų spalio mėn. PRĮR užfiksuota 2724 atvejai, kai rasti mirę žmonės, tačiau į šį skaičių įeina ne tik Vilniaus mieste, bet ir rajone rasti asmenys. Buvo atrinkti 107 atvejai, kai asmuo galimai nusižudė. Palyginimui - vykdant 2016 m. analizę, atrinkti 103 atvejai, Atsižvelgiant į 2016 m. vykdytos analizės patirtį, kuomet dėl tyrimo vykdymo procedūrinių ypatumų į savižudybių atvejų imtį pateko ir Vilniaus raj. gyventojų, šiais metais buvo stengiamasi atlikti kuo detalesnę atranką. Sutikslinus pagal gyvenamąją vietą, nustatyti 67 Vilniaus gyventojų savižudybės atvejai.

Susumavus visus surinktus PRĮR atvejus, kai Vilniaus mieste rastas galimai nusižudęs žmogus ir palyginus su oficialia Higienos instituto (HI) pateikiama statistika, rasta keletas neatitikimų. Oficialios statistikos ir PRĮR užregistruotų atvejų suvestinė pateikiama 1 lentelėje. Lyginant tyrimui atrinktus atvejus su oficialiai skelbiama savižudybių statistika svarbu aptarti atvejų išskyrimo principų skirtumus. Oficialiame mirties priežasčių registre, kurioje registruojama Higienos instituto, atvejai įvardinami kaip savižudybė remiantis teismo medicinos eksperto išvada mirties liudijime. Vis dėlto mirties liudijime pateikiamos informacijos nepakanka identifikuoti nusižudžusių asmenų artimųjų kontaktus, jame dažnai nurodomas laidojimo namų darbuotojo kontaktas. PRĮR, kurio duomenys naudoti identifikuoti savižudybių atvejus šiame tyrime, nėra pateikiama mirties liudijime esanti informacija ir savižudybės kategorija atskirai nėra išskiriama, tačiau identifikuoti mirtį kaip savižudybę galima pagal aprašomas jo aplinkybes, naudojant raktinius žodžius – „pasikorė“, „nusišovė“, „iššoko“, „tyčia prigerė vaistų/nuodų“ ir pan. Tarp atvejų identifikuotų per PRĮR ir mirties priežasčių registre gali būti nesutapimų. PRĮR pateikiama pirminė informacija. Atlikus tyrimą, savižudybės versija gali būti nepatvirtinta, jei nepakanka duomenų, kad žmogus tikrai pats nusižudė (iššoko, ar pasikorė).

1 lentelė. Oficialios statistikos (HI) ir PRĮR surinktų atvejų palyginimas

2016 / 2017 m.	<i>moterys</i>		<i>vyrų</i>		Iš viso	
	<i>HI</i>	<i>PRĮR</i>	<i>HI</i>	<i>PRĮR</i>	<i>HI</i>	<i>PRĮR*</i>
2016 m. lapkritis	0	0	5	7	5	7
2016 m. gruodis	2	2	6	5	8	7
2017 m. sausis	2	0	4	5	6	5
2017 m. vasaris	4	2	9	9	13	11
2017 m. kovas	0	0	2	1	2	1
2017 m. balandis	0	0	5	2	5	2
2017 m. gegužė	4	3	6	4	10	7
2017 m. birželis	7	7	3	3	10	10
2017 m. liepa	3	3	5	2	8	5
2017 m. rugpjūtis	1	1	3	3	4	4
2017 m. rugsėjis	3	2	3	3	6	5
2017 m. spalis	1	0	4	3	5	3
VISO	27	20	55	47	82	67
Tik 2017:	25	18	44	35	69	53

Apibendrinant, galimi keli paaiškinimai dėl neatitinkančios PRĮR surinktų atvejų ir HI oficialiosios statistikos:

1. Paieškos klaidos – PRĮR surasti ne visi atvejai, kai fiksuojamos savižudybės (pvz., 2017 m. sausio ir kt. mėnesius oficialiai fiksuota daugiau savižudybių, nei buvo rasta policijos registre), arba priešingai – remiantis pirmine informacija iš policijos registro, kur dažnai ne visai tiksliai surašoma, surasta daugiau savižudybės atvejų, nei jų pateko į oficialią mirties priežasčių suvestinę (pvz., 2016 m. lapkričio mėnesį).

2. Netikslūs aprašymai registruojant įvykį – pavyzdžiui, sausio mėnesio vyrų savižudybių neatitikimai, kai galimų savižudybių atvejų rasta daugiau (5 atvejai), nei jų oficialiai pripažinta (4 savižudybės).

Šios klaidos visų pirma kyla, kaip jau minėta dėl to, kad buvo naudota skirtinga informacija – į savo tyrimą atvejį traukėme remdamiesi pirminiu įvykio aprašymu, kuris gali iš esmės skirtis nuo vėliau ikiteisminio tyrimo metu nustatytų objektyvių aplinkybių. Taigi čia kyla daug savižudybės, kaip mirties priežasties pripažinimo, metodologinių neaiškumų. Nėra visai aišku, kaip tą pirminę informaciją apdoroja ikiteisminio tyrimo tyrėjai, teismo ekspertizės specialistai ir kokie yra būtini kriterijai, kad mirties priežastimi būtų nurodyta savižudybė.

Lyginant 2016 m. ir 2017 m. oficialiosios statistikos (HI) duomenis per atitinkamą laikotarpį (sausio - spalio mėn., kadangi praėjusių metų analizė apėmė tik šį laikotarpį), matyti, jog bendras savižudybių skaičius yra sumažėjęs 11,5% (nuo 78 savižudybių 2016 m. iki 69 savižudybių 2017 m.). Tai paaiškina ir mažesnę PRĮR užfiksuotų galimų savižudybių atvejų skaičių.

Peržiūrėjus PRĮR atrinktus Vilniaus gyventojų galimų savižudybių atvejus, buvo rasti 36 (53,7%) asmenų artimųjų telefono kontaktai. Šis skaičius yra ženkliai mažesnis nei 2016 m., kuomet buvo rasti 56 kontaktai, tačiau lyginant procentais nuo fiksuotų savižudybių skaičiaus - panašus. Iš jų tyrime dalyvauti sutiko 24 (66,6%) nusižudžiusių asmenų artimieji, kurių kontaktai buvo perduoti tyrėjų grupei, 11 (30,6 %) nesutiko ir 1 asmeniui nepavyko prisiskambinti. Suvestinė pateikiama 2 lentelėje.

Renkant nusižudžiusių asmenų artimųjų kontaktus susidurta su tuo pačiu sunkumu, kaip ir vykdant 2016 m. analizę - PRĮR registruojama pirminė informacija apie įvykį, ir dalies informacijos, tame tarpe ir nusižudžiusių asmenų artimųjų kontaktai ne visada būna prieinami tuo metu, kai yra pildomas įvykio registras. Tokiu atveju kontaktų reikia ieškoti įvykio tyrimo byloje, kur asmeniniai žmonių kontaktai taip pat ne visada yra prieinami. Taip atsitinka dėl dviejų priežasčių:

1. Bylos patenka į archyvą tik baigus tyrimą, įprastai per kelis mėnesius. Naujesni įvykiai dar būna neužbaigti tirti, arba bylos dar nesuarchyvuotos – dėl to norint gauti priėjimą prie duomenų reikia tartis su kiekvieną bylą tiriančiu tyrėju individualiai.
2. Dėl žmogaus asmeninės informacijos saugumo, byloje informacija apie artimųjų kontaktus yra susegama taip, kad būtų neprieinama (pvz. užklijuojama voke). Dėl to reikia gauti papildomus leidimus susipažinti su tokia informacija.

Norint pasiekti nusižudžiusių asmenų artimuosius, būtina sudaryti galimybę specialistams gauti kontaktus tais atvejais, kai nėra abejonių, kad įvykusi savižudybė. Kadangi ši informacija

pirmiausia yra prieinama ikiteisminio tyrimo tyrėjams, sužinoję apie įvykusį savižudybės faktą, jie galėtų artimųjų kontaktus perduoti psichikos sveikatos specialistams.

2 lentelė. PRĮR užregistruotų mirčių, galimų savižudybių atvejų ir gautų sutikimų dalyvauti tyrime pasiskirstymas pagal mėnesius

Mėnuo	Užfiksuoti mirčių atvejai	Galimai savižudybės	Rasti kontaktai	Sutiko dalyvauti tyrime	Nesutiko dalyvauti tyrime	Nepavyko susisiekti
2016 m. Lapkritis	247	7	3	3	0	0
2016 m. Gruodis	248	7	1	1	0	0
2017 m. Sausis	295	5	4	1	3	0
2017 m. Vasaris	246	11	8	5	3	0
2017 m. Kovas	227	1	0	0	0	0
2017 m. Balandis	215	2	2	1	1	0
2017 m. Gegužė	241	7	3	3	0	0
2017 m. Birželis	214	10	7	4	3	0
2017 m. Liepa	187	5	2	0	1	1
2017 m. Rugsjūtis	199	4	4	3	1	0
2017 m. Rugsėjis	186	5	2	2	0	0
2017 m. Spalis	219	3	0	0	0	0
IŠ VISO	2724	67	36	24 (66,6%)	11 (30,6%)	1 (2,8%)

Iš viso buvo gauti 28 asmenų sutikimai dalyvauti tyrime: 24 kontaktai rasti PRĮR, 3 kontaktai gauti viešinant informaciją apie vykdomą tyrimą (per Vilniaus mieste dirbančius psichologus, asociaciją “Artimiems”), 1 kontaktas buvo gautas vykdant 2016 m. tyrimą, tačiau interviu įvyko tik 2017 m., todėl į praėjusių metų analizę nepateko. Du iš gautų kontaktų buvo asmenų, kurių artimieji nusižudė 2016 m. rugsėjo mėn., kadangi šie kontaktai nebuvo gauti atliekant 2016 m. analizę, atlikome interviu 2017 m. ir įtraukėme į šių metų analizę. Dviejų 2016 m. lapkričio mėn. savižudybės atvejų interviu buvo atlikti 2016 m. ir įtraukti į praėjusių metų analizę, todėl pakartotinai šiais metais nebuvo analizuoti. Iš gautų pirminių sutikimų dalyvauti tyrime, 22 artimieji dalyvavo interviu, 6 - atsisakė susisiekti vėliau, arba tyrėjams nebepavyko susisiekti.

Iš viso tyrime dalyvavo 55% artimųjų, kurių kontaktai buvo identifikuoti, 79% davusių pirminį sutikimą. Toks atsako dažnis yra labai panašus į 2016 m. vykdytos analizės atsako dažnį, kuomet dalyvavo 56% artimųjų, 83% davusių pirminį sutikimą. Interviu atlikimo pasiskirstymas

pagal mėnesius pateikiamas 3 lentelėje. Interviu trukmė buvo nuo 12 iki 72 minučių, vidutiniškai apie 40 min.

3 lentelė. Atliktų interviu pasiskirstymas pagal mėnesius

Mėnuo	Sutiko dalyvauti tyrime	Atliko interviu	Neatliko interviu	Pastabos
2016 m. rugsėjis	2	2	0	Interviu atlikti 2017 m. ir įtraukti į šių metų analizę
2016 m. spalio	-	-	-	
2016 m. lapkritis	1 [3]	0 [2]	1	Su 1 nepavyko susisiekti [2 įvykė interviu analizuoti 2016 m.]
2016 m. gruodis	1	1	0	
2017 m. sausis	2	1	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2017 m. vasaris	7	5	2	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2017 m. kovas	0	0	0	
2017 m. balandis	1	0	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2017 m. gegužė	3	3	0	
2017 m. birželis	4	4	0	
2017 m. liepa	0	0	0	
2017 m. rugpjūtis	5	5	0	
2017 m. rugsėjis	2	1	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2017 m. spalio	0	0	0	
<i>IŠ VISO</i>	28	22 (79%)	6 (21%)	

Surinktų duomenų analizavimas

Šiame etape surinkti tyrimo duomenys buvo analizuojami ir apibendrinami, siekiant įvertinti savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą. Surinkti duomenys mokslinio tyrimo grupės tyrėjų buvo koduojami ir suvedami į specialiai tam sukurtą duomenų bazę, leidžiančią lengviau palyginti ir apibendrinti informaciją. Surinkti duomenys buvo pradžioje tyrėjų analizuojami individualiai pasiskirsčius atskiras analizės dalis, o tuomet visų tyrėjų kartu, bendrų susitikimų metu. Kadangi trimis savižudybės atvejais buvo apklausta po 2 artimuosius, atitinkami duomenys apie nusižudžiusįjį (apie savižudybės būdą, buvusius sunkumus ar pan.) buvo analizuojami kartu, o atitinkami duomenys apie artimąjį (pagalbą po savižudybės ar pan.) buvo analizuojami atskirai.

Apibendrintų tyrimo rezultatų, išvadų ir rekomendacijų parengimas

Šio mokslinio tyrimo ataskaitoje pateikiami apibendrinti tyrimo rezultatai apie 2016 m. lapkričio – 2017 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste įvykusias savižudybes, gautą ar negautą, bet buvusią reikalingą, sistemine pagalbą nusižudžiusiems asmenims bei jų artimiesiems, pateikiamos išvados apie savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą, ir rekomendacijos sistemos tobulinimui.

TYRIMO REZULTATAI

Tyrimo dalyviai

Nusižudžiusiųjų asmenų demografiniai rodikliai

Iš viso tyrimo imtį sudarė 19-os asmenų, 12-os vyrų (63%) ir 7-ių moterų (36%), savižudybės. Toks lyčių pasiskirstymas atitinka oficialią statistiką, kurioje nurodoma 67% vyrų ir 33% moterų savižudybių (Higienos instituto pateikti preliminarūs duomenys apie savižudybes Vilniaus mieste nuo 2016 m. lapkričio iki 2017 m. spalio mėn.). Tyrimo imties nusižudžiusiųjų asmenų amžius svyravo nuo 24 iki 88 metų (amžiaus vidurkis 55; standartinis nuokrypis 18,64). Tikslinė tyrimo imtis buvo nusižudę Vilniaus miesto gyventojai. Tyrimo imties nusižudžiusiųjų gyvenamoji situacija, šeimninė padėtis ir užimtumas pateikiami 4-6 lentelėse.

4 lentelė. Nusižudžiusiųjų gyvenamoji situacija

Gyvenamoji situacija	N	Proc.
Gyveno su sutuoktiniu(-e)/partneriu(-e) ir/ar vaikais	9	47,3%
Gyveno vienas(-a)	7	36,8%
Gyveno su tėvais	1	5,3%
Gyveno su kitais artimaisiais	1	5,3%
Gyveno slaugos namuose	1	5,3%

5 lentelė. Nusižudžiusiųjų šeimninė padėtis

Šeimninė padėtis	N	Proc.
Vedęs/ištekėjusi	9	47,3%
Nevedęs/netekėjusi	5	26,3%
Našlys(-ė)	3	15,8%
Išsiskyręs(-usi)	1	5,3%
Vyko skyrybų procesas	1	5,3%

6 lentelė. Nusižudžiusiųjų užimtumas prieš mirtį

Užimtumas	N	Proc.
Pensijoje	7	36,8%
Dirbo	6	31,6%
Turėjo neįgalumą	3	15,8%
Buvo bedarbis(-ė)	2	10,5%
Turėjo neįgalumą ir dirbo	1	5,3%

Nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai rodikliai

Iš tyrimo metu apklaustų 22 nusižudžiusių asmenų artimųjų (trimis savižudybės atvejais buvo apklausta po 2 artimuosius), 11 (50%) buvo moterys ir 11 (50%) vyrai. Apklaustųjų amžius svyravo nuo 19 iki 70 metų, vidurkis 40,5 metų (standartinis nuokrypis 13,4). Septyni (34%) interviu dalyviai nurodė prieš mirtį gyvenę kartu su nusižudžiusiuoju. Platesnė informacija apie interviu dalyvių santykį su mirusiuoju pateikiama 7-10 lentelėse.

7 lentelė. Tyrimo dalyvių ryšys su nusižudžiusiu asmeniu

Ryšys su mirusiuoju (<i>tyrimo dalyvis yra</i>)	<i>N</i>	<i>Proc.</i>
Dukra/sūnus	10	45%
Sutuoktinis(-ė)/partneris(-ė)	4	18%
Mama/tėtis	3	14%
Brolis	2	9%
Kita	3	14%

8 lentelė. Tyrimo dalyvių paskutinio bendravimo prieš savižudybę laikas

Paskutinio bendravimo prieš mirtį laikas	<i>N</i>	<i>Proc.</i>
Prieš 2-7 dienas	9	41%
Prieš kelias valandas iki mirties / tą pačią dieną	7	32%
Dieną prieš	5	23%
Prieš 2 savaites	1	5%

9 lentelė. Tyrimo dalyvių bendravimo su nusižudžiusiu asmeniu iki mirties dažnumas

Bendravimo dažnumas	<i>N</i>	<i>Proc.</i>
Kasdien/beveik kasdien	9	41%
Keletą kartų per savaitę	9	41%
Keletą kartų per mėnesį	4	18%

10 lentelė. Tyrimo dalyvių santykio su nusižudžiusiuoju artumas

Santykio artumas	<i>N</i>	<i>Proc.</i>
Labai artimas	10	45%
Artimas	8	36%
Iš dalies artimas	2	9%
Nelabai artimas	2	9%

Savižudybės aplinkybės

Savižudybės būdas. Didžioji dalis nusižudžiusiųjų – 14 asmenys iš 19 – (74%) pasikorė, 3 asmenys (16%) savižudybei įvykdyti panaudojo vaistus, 1 asmuo (5%) iššoko per balkoną, 1 asmuo (5%) panaudojo peilį.

Savižudybės vieta dažniausiai buvo pasirenkama namuose (16 asmenys, 76%), toje vietoje, kur gyveno (slaugos namuose – 1 asmuo, 5%) arba šalia namų – garaže (1 asmuo, 5%), miškelyje netoli namų (1 asmuo, 5%).

Savižudybių atvejų pasiskirstymas metų bėgyje, palyginant su Higienos instituto duomenimis, pateikiamas 11 lentelėje.

11 lentelė. Tyrimo imties ir oficialios HI statistikos palyginimas

2016 / 2017 m.	Tyrimo imties savižudybių atvejų kiekis	Proc.	Savižudybės 2016 m. Vilniaus mieste Higienos instituto duomenimis	Proc.
2016 m. lapkritis	0 (+2 praėjusių metų analizėje)	0%	5	6%
2016 m. gruodis	1	5%	8	10%
2017 m. sausis	1	5%	6	7%
2017 m. vasaris	5	26%	13	16%
2017 m. kovas	0	0%	2	2%
2017 m. balandis	0	0%	5	6%
2017 m. gegužė	3	16%	10	12%
2017 m. birželis	4	21%	10	12%
2017 m. liepa	0	0%	8	10%
2017 m. rugpjūtis	3	16%	4	5%
2017 m. rugsėjis	1	5%	6	7%
2017 m. spalio	0	0%	5	6%

Artimųjų išskirtos savižudybės priežastys

Ši rezultatų dalis atspindi nusižudžiusiųjų artimųjų nuomonę apie įvykusios savižudybės priežastis. Suprantama, kad tai yra subjektyvi artimųjų perspektyva, kurią veikia jų asmeninė patirtis, supratimas ir jausmai (pvz. dėl jaučiamo kaltės jausmo gali būti nutylimos vienos aplinkybės, o dėl pykčio išryškinamos kitos). Taip pat svarbu pažymėti, kad suicidologijoje savižudybės yra suprantamos kaip daugelio veiksnių nulemtas reiškinys. Kitaip tariant, nėra vienos savižudybės priežasties, visuomet yra skirtingų veiksnių unikalus derinys.

Dažniausios tyrimo dalyvių įvardintos jų artimųjų savižudybių priežastys:

1. Psichikos sveikatos problemos (13 atvejų / 68%)
 - 1.1. *Pagal nustatymo pobūdį:*
 - 1.1.1. Specialistų diagnozuoti sutrikimai (11 atvejų / 58%)
 - 1.1.2. Artimųjų nuomonė (2 atvejai / 10%)

- 1.2. *Pagal sutrikimo pobūdį:*
 - 1.2.1. Depresija (8 atvejai / 36%)
 - 1.2.2. Schizofrenija, schizoafektinis sutrikimas (5 atvejai / 23%)
 - 1.2.3. Kiti sutrikimai: fobijos, nerimas ir kt. (viso: 3 atvejai / 16%).
2. Darbo problemos (7 atvejai / 37%)
 - 2.1. Negalėjimas dirbti ar susirasti darbą (4 atvejai / 21%)
 - 2.2. Darbo praradimas (3 atvejai / 16%)
3. Neefektyvi ar nesuteikta psichikos sveikatos specialistų pagalba (6 atvejai / 32%).
4. Fizinės/somatinės sveikatos problemos (5 atvejai / 26%)
 - 4.1. Prostatos problemos (2 atvejai / 10%)
 - 4.2. Operacijos pasekmės (2 atvejai / 10%)
 - 4.3. Kitos, paminėtos tik po kartą (1 atvejis, 5%).
5. Finansinės problemos (5 atvejai / 26%)
 - 5.1. Skolos (4 atvejai / 21%)
 - 5.2. Paskolos (1 atvejis / 5%)
6. Žalingas psichotropinių vaistų poveikis (4 atvejai / 21%)
7. Alkoholio problemos (3 atvejai / 16%)
 - 7.1. Priklausomybė nuo alkoholio (2 atvejai / 10%)
 - 7.2. Žalingas alkoholio vartojimas (1 atvejis / 5%)
8. Santykių problemos (3 atvejai / 16%)
9. Artimojo netektis (3 atvejai / 16%)
10. Vienišumas (3 atvejai / 16%)
11. Daug nusižudžiusių artimoje aplinkoje (2 atvejai / 10%)
12. Nereguliarus psichotropinių vaistų vartojimas (2 atvejai / 10%)
13. Kitos priežastys, paminėtos tik po kartą (viso: 8 atvejai / 42%): priklausomybė nuo narkotinių medžiagų, sudėtingas skyrybų procesas, apvogti namai, vairuotojo teisių praradimas, slapstymasis nuo kalėjimo bausmės, baimė pakenkti artimiesiems (dėl psichikos sutrikimo), sunki vaikystė, artimųjų problemos.

Tyrimo dalyviai beveik visais atvejais įvardindavo bent po kelias savižudybės priežastis. Šios priežastys paprastai buvo persipynusios, pvz. (1) buvo priklausomas nuo alkoholio, prasidėjo haliucinacijos, po gydymosi ligoninėje nebegalėjo dirbti, jautėsi niekam nereikalingas, visiems našta, turėjo problemų su prostata; pvz. (2) sirgo depresija, atsinaujinus ligai jautė, kad nebegalės dirbti, todėl išėjo iš mėgiamo darbo.

Pavyzdžiai. Trumpos ištraukos iš tyrimo protokolų (tyrėjų perfrazuoti tyrimo dalyvių pasakojimai):

- 1.2.1. *Sirgo depresija, buvo pastebima, bet mes nesitikėjom, kad taip baigsis. Lankėsi privačiai pas psichiatrą, bet buvo skeptiškas - mama vertė lankytis. Buvo paskirti medikamentai, vėliau nustojo juos gerti, nes nepadėjo.*
- 2.2. *Išėjo iš darbo, kuriame pradirbo 10 metų, gerai sekėsi. Kai darbe sužinojo apie ligos atsinaujinimą, kolegos palaikė, bet jis pats sakė, kad jam gėda ir žino, kad negalės taip gerai dirbti.*
3. *Pagalba labai siaura, tik vaistai siūlomi, žinom iš žiniasklaidos, kad tos priemonės nėra labai efektyvios. Reikia psichoterapijos, kažko daugiau. Tik trumpai pabuvo ligoninėje ir išleido, mes nebuvom informuoti, kad yra rizika, nebuvo pasakyta artimiesiems, ką dabar konkrečiai daryti.*
- 4.2. *Prieš tris mėn. iki mirties lūžo koja, sekė operacija, vėliau buvimas slaugos namuose. Be pagalbos negalėjo vaikščioti. Ji gana kovinga, o tokioje situacijoje jaustis bejėge pradėjo.*
- 5.1. *Finansinių sunkumų buvo, paskolų prisiėmusi turėjo, bet ji tuos pinigus tiesiog iššvaistydavo.*
6. *Vartojo vaistus, buvo kaip zombis, o paskui nustojo vartoti.*
- 7.1. *Apie 40 m. daug gėrė – alkoholizmas, atsirado pokyčiai smegenyse: prasidėjo haliucinacijos, buvo prastai su atmintimi, nebegalėjo dirbti, netgi nebeskaitė, nors labai mėgo.*
8. *Santykis su mama visada sunkus buvo, kalbėdavo, kad ar aš našlaitė būčiau, ar mama yra, tai tas pats.*
9. *Prieš 4 mėnesius iki savižudybės mirė žmona. Kol ją slaugė, jautėsi reikalingas.*
10. *Ji turbūt jautė vienatvę, nedaug su kuo bendravo, nes paskutinius maždaug 5 metus neišeidavo iš namų.*
11. *Čia genetiškai turbūt, nes jo tėvas nusižudė, dėdė nusižudė, tokia linija eina tėvo.*
12. *Prieš Velykas buvo paūmėjimas, paguldė šiaip ne taip į ligoninę, ten prabuvo tris savaites, grįžo, vaistų vėl negėrė, po to lyg vėl pagėrė ir nutraukė.*

Netikėtumas

Paklausti, ar savižudybė jiems buvo netikėta, 14 (64%) tyrimo dalyvių atsakė teigiamai, 6 (27%) neigiamai, 2 (9%) dalyviai atsakė, jog iš dalies netikėta. Iš tų, kuriems savižudybė nebuvo netikėta ar buvo netikėta tik iš dalies, 6 tyrimo dalyviai minėjo įvairius ankstesnius ženklus, 2 pasakojo apie ankstesnius bandymus nusižudyti.

Tačiau tik 8 (26%) tyrimo dalyviai jokių ženklų apie gresiančią savižudybę nepastebėjo, o 14 (67%) atvejais interviu metu paminėti įvairūs ženklai. Dažniausiai buvo minima:

- *Kalbėjimas apie savižudybę* (9 atvejai / 41%):
 - Tiesiogiai (pvz. „nusižudysiu“, „savižudybė išsprendžia visas problemas“) (5 atvejų / 23%)
 - Netiesiogiai (pvz. „geriau jau būtų greičiau nudvesti“, kalbėjimas apie mirtį, beprasmybę) (4 atvejai / 18%)
- *Pradėjo vartoti daugiau alkoholio* (4 atvejai / 11%)

Taigi, galima daryti išvadą, kad nusižudžiusiųjų artimiesiems buvo sunku tinkamai sureaguoti į savižudybės grėsmės ženklus. Jiems sureaguoti galėjo trukdyti ženklų nesusiejimas su savižudybe (6 atvejai), nederančių artimojo asmeninių savybių bei situacijos ypatybių žinojimas (4 atvejai) ar netikėjimas, kad artimasis gali nusižudyti (3 atvejai).

Ankstesni mėginimai nusižudyti

Šešiais atvejais (32%) artimieji žinojo apie ankstesnius artimojo mėginimus nusižudyti. Tarp anksčiau mėginusiųjų nusižudyti yra didesnė dalis moterų lyginant su visa tyrimo imtimi (3 vyrai ir 3 moterys). Kadangi mėginimų nusižudyti patirtis dažnai slepiama, galima įtarti, kad ne visais atvejais artimieji žinojo šį faktą ir dalis atvejų tyrimo metu nebuvo išaiškinta.

Paskutinių metų bėgyje ar prieš metus mėgino nusižudyti du asmenys. Vienu iš šių atveju tai galima laikyti savižudybės repeticija: asmuo vis eidavo mėginti nušokti iš didelio aukščio, tačiau sustodavo, vėliau tuo pačiu būdu nusižudė. Kitu atveju mėginimo metu naudotas kitas metodas nei savižudybės metu ir buvo ir ankstesnis mėginimas, prieš daugiau nei 10 m. Dar vienu atveju asmuo buvo mėginęs nusižudyti prieš du metus, kitais trim atvejais - prieš daugiau nei 10 m.

Iš 6 mėginusiųjų nusižudyti 4 buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai: dviem atvejais depresija, vienu atveju schizofrenija, ketvirtuoju – bipolinis sutrikimas.

Du trečdaliai (4) mėginusiųjų nusižudyti gavo pagalbą po įvykio, vienu atveju artimieji nežinojo, ar pagalba gauta. Šeštuoju atveju, savižudybės repeticijos, asmuo pagalbos nesikreipė, kaip priežastys minėtos tiek asmens, tiek artimųjų neigiamos nuostatos pagalbos atžvilgiu - kad pagalba nepadės.

Prie tęstinės pagalbos dažniausiai minėta stacionarinė pagalba psichiatrinėse ligoninėse (2 interviu), vienu atveju asmuo gavo ambulatorinę konsultaciją psichiatrinės ligoninės priėmimo skyriuje, dėl tęstinės pagalbos artimieji nebuvo tikri. Ketvirtuoju atveju artimieji tik žinojo, kad asmuo gulėjo ligoninėje, bet nežinojo, kokią pagalbą gavo. Pažymėtina, kad tik vienu atveju

artimieji įvardino buvę patenkinti suteiktos pagalbos kokybe: asmuo gavo kompleksinę pagalbą, kuri padėjo. Dviem atvejais artimieji nebuvo tikri dėl pagalbos kokybės, likę du nebuvo patenkinti suteiktos pagalbos kokybe. Vienu atveju kiti artimieji dėjo pastangas greičiau nutraukti stacionarinį gydymą, ir jo nepakako, kitu atveju artimąjį išgąsdino sąlygos psichiatrinės ligoninės stacionare.

Sveikatos būklė ir sutrikimai

Ši rezultatų dalis pristato nusižudžiusių artimųjų papasakotą informaciją apie nusižudžiusio asmens paskutinio meto sveikatos būklę, fizinės ir psichikos sveikatos sutrikimus ir alkoholio vartojimą. Dalyje atvejų tyrimo dalyviai asmens sveikatos būklę tiesiogiai įvardino kaip savižudybės priežastį; kitais atvejais tokios tiesioginės sąsajos artimieji nematė, tad šioje dalyje pristatoma informacija ne visiškai persidengia su pristatyta aptariant savižudybės priežastis.

Fizinė sveikata

Vienas ar keli fizinės sveikatos sutrikdymai (t.y. ligos, traumos, neįgalumas) prieš mirtį buvo minėti 10 atvejų (52,3%). Dažniausiai minėtos traumos ir judėjimo sistemos ligos ar judėjimo sunkumai (4 atvejai, 21% visų dalyvių): stuburo skausmai, kojos trauma, galvos trauma ir rankų skausmai. Dviem atvejais minėtos širdies ir kraujagyslių sistemos ligos: aukštas kraujospūdis, širdies stimulatoriaus operacija. Dviem atvejais buvo minėtos prostatos ligos (16,6% vyrų, 10,5% nuo bendro tyrimo dalyvių skaičiaus). Likę sutrikimai minėti po vieną kartą: skrandžio ir virškinimo sistemos ligos, infekcinės ligos (ŽIV ir tuberkuliozė), insultas, endokrininiai sutrikimai, regėjimo negalia ir neaiškūs pobūdžio skausmai. Pažymėtina, kad viena savižudybė įvyko asmeniui būnant sveikatos priežiūros įstaigoje - slaugos namuose.

Psichikos sveikata

Artimųjų žiniomis, 14 asmenų (73,7%) buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai. Dažniausiai minėti nuotaikos sutrikimai (6 interviu; depresija – 5 interviu, bipolinis sutrikimas – 1 interviu). Taip pat minėti psichozinio spektro sutrikimai (5 interviu; schizofrenijos diagnozė – 4 interviu, schizoafektinio sutrikimo – 1 interviu). Vienu atveju minėta priklausomybė nuo narkotikų, likusiais dviems artimieji nebuvo tikri dėl tikslios diagnozės. Septyniais atvejais psichikos sutrikimas buvo diagnozuotas prieš 8-15 ir daugiau metų. Trim atvejais asmuo diagnozę turėjo paskutinius 4-7m., dar trim - liga diagnozuota prieš 1-3m. Vienu atveju artimieji nežinojo, kada tiksliai diagnozuotas sutrikimas ir nei vienu atveju neminėta neseniai, prieš keletą mėnesių ar savaitę, nustatyta diagnozė. Didžioji dalis psichikos sutrikimų minėti kaip nustatyti stacionarinio gydymosi psichiatrinėje ligoninėje ar skyriuje metu (8 interviu), penkiais atvejais nustatyta gydantis ambulatoriškai

(psichikos sveikatos centre - 3, lankantis privačiose psichiatro konsultacijose - 1, priklausomybės ligų centre - 1). Vienu atveju artimieji nežinojo, kur buvo nustatyta psichikos sutrikimo diagnozė.

Penkiuose interviu (26%) artimieji turėjo įtarimų, kad mirusysis galėjo turėti nediagnozuotą psichikos sutrikimą. Keturiais atvejais minėta depresija, vienu – priklausomybė nuo alkoholio, vienu - nerimas.

Alkoholio vartojimas

Septyniais (37%) atvejais tyrimo dalyviai teigė, kad artimasis turėjo sunkumų dėl alkoholio vartojimo. Keturiais atvejais (21%) buvo minimas dažnas vartojimas ilgus metus, keturiais atvejais (21%) alkoholio vartojimo padažnėjimas artėjant savižudybei. Trimis atvejais (16%) tyrimo dalyviai įvardino, kad artimasis buvo apsvaigęs nuo alkoholio mirties metu bei dviem atvejais (9%) paminėjo narkotikų vartojimo problemas .

Gautos sveikatos priežiūros paslaugos

Šioje dalyje pristatoma artimųjų pateikta informacija apie paskutiniu metu gautą pagalbą sveikatos priežiūros sistemoje: tiek dėl fizinės, tiek dėl psichikos sveikatos sutrikimų. Pažymėtina, kad šie duomenys atspindi artimųjų turimą informaciją ir situacijos vertinimą. Tyrimo dalyviai ne visada žinojo, pas kokius specialistus asmuo lankėsi, galėjo painioti psichikos sveikatos specialistus (psichiatras, psichologas, psichoterapeutas). Vis dėlto dauguma interviu dalyvių pateikė detalius suteiktos pagalbos apibūdinimus, kurie leidžia pastebėti tendencijas.

Iš viso 17 (89,4%) interviu minėta, kad asmuo paskutiniu metu lankėsi pas sveikatos priežiūros specialistą. Keturiolika asmenų lankėsi pas vieną specialistą, o 3 – pas kelių skirtingų sričių gydytojus. Konsultavę gydytojai:

- šeimos gydytojas (6 interviu, 31,6%),
- kiti, ne psichikos sveikatos, gydytojai (4 interviu, 21%) – traumatologo, chirurgo, gastroenterologo, slaugos specialistų konsultacijos,
- gydytojas-psichiatras (10 interviu, 52,6%)
- psichologas (3 interviu, 15,8%, dviem iš jų greta psichiatro konsultacijų)

Iš 14 asmenų, kuriems buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai, visiems buvo pasiūlytas gydymas. Visais atvejais minėtas gydymas vaistais, šešiais atvejais minėta, kad žmogus lankėsi ar buvo lankęsis psichologo konsultacijose/psichoterapijoje.

Dešimtyje atvejų buvo minėta, kad asmuo nors kartą yra gydęsis psichiatrinėje ligoninėje/skyriuje ar dienos stacionare. Penkiais atvejais buvo tęstinis gydymas (tik vaistais - 3, vaistais ir psichoterapija - 1, vienu atveju artimieji nebuvo tikri dėl gydymo pobūdžio). Iš asmenų,

negavusių tęstinio gydymo, trim atvejais jo atsisakė pats asmuo ar artimieji, vienu atveju asmuo nusižudė gydymosi dienos stacionare metu. Vienu atveju artimieji įvardino, kad tokio tęstinio gydymo nebuvo pasiūlyta ir jo trūko.

Iš keturių asmenų, besigydžiusių tik ambulatoriškai, dviem atvejais minėtas tik gydymas vaistais, vienu atveju - vaistais ir psichoterapija, vienu atveju - kompleksinis priklausomybių gydymas.

Teigiamą gydymo poveikį pastebėjo 7 iš 14 tyrimo dalyvių, minėta, kad sumažėjo simptomai, pagerėjo būseną. Atvejais, kuomet gydymas vertintas kaip neveiksmingas, artimieji nematė gydymo poveikio. Vis tik penkiais iš šių atvejų minėta, kad nebuvo laikomasi gydymo režimo: vienu atveju artimieji nutraukė gydymą, kitais atvejais pats asmuo atsisakė lankytis pas specialistus, kaitaliojo vaistus. Tačiau gydymo kokybe buvo patenkintas tik 1 interviu dalyvis: būtent to asmens, kuris nusižudė gydymosi dienos stacionare metu. Matytas teigiamas gydymo poveikis, apie gydymą gerai atsiliepė artimoji. Trim atvejais artimieji buvo patenkinti iš dalies. Dažniausiai išsakyta priežastis dėl nusivylimo gydymu buvo specialistų dėmesio ir įsigilinimo į situaciją trūkumas (6 interviu), psichologinės pagalbos stoka (2 interviu), artimųjų neįtraukimas į gydymą ir informacijos iš jų nepaisymas (2 interviu). Kitos priežastys minėtos po vieną kartą: netinkamas bendravimas su pacientu, netinkamos sąlygos psichiatriniam stacionare, tęstinės pagalbos trūkumas, abejojimas, ar pagalba apskritai gali būti veiksminga.

Svarbu paminėti, kad dar trim atvejais minėtas gydymas psichotropiniais medikamentais, paskirtais šeimos gydytojo/kito gydytojo specialisto. Minėta, kad asmeniui buvo išrašomi raminamieji ar migdomieji. Visais trim atvejais minėta, kad asmuo turėjo nediagnozuotą psichikos sutrikimą.

Nediagnozuotų psichikos sutrikimų atveju (5 interviu), artimųjų nuomone, didžiausia kliūtis kreiptis pagalbos buvo paties asmens baimė, skeptiškas pagalbos atžvilgiu ir atsisakymas kreiptis į psichikos sveikatos specialistą (3 interviu). Artimieji nebuvo tikri, kas būtų galėję padėti šiais atvejais. Dviem atvejais minėtas aktyvesnio gydytojų skatinimo kreiptis į psichikos sveikatos specialistus trūkumas, kas galbūt būtų padėję kreiptis pagalbos.

Susidūrimas su teisėsauga ir socialinė pagalba

Vienu atveju (5%) tyrimo dalyvis minėjo, jog artimasis gavo socialinę pagalbą dėl neįgalumo ir socialinio būsto paieškų. Šiuo atvejų artimieji buvo patenkinti socialinės pagalbos kokybe, nes teikiantieji pagalbą gerai atliko darbą savo galimybių ribose, užsimezgė geras ryšys su socialiniu darbuotoju.

Penki (26%) nusižudžiusieji, tyrimo dalyvių teigimu, prieš mirtį turėjo susidūrimų su teisėsauga. Dviem (11%) atvejais dėl vairavimo išgėrus, dviem (11%) dėl patekimo į auto įvykį, po vieną atvejį dėl vagysčių kaip kaltinamasis ar nukentėjęs bei dėl skyrybų bylos. Trys tyrimo dalyviai buvo patenkinti teisėsaugos darbo kokybe ir vienas nepatenkintas. Nepasitenkinimą kėlė informacijos apie tyrimą trūkumas, jos nesuteikimas besikreipiantiems artimiesiems.

Pagalba ketinantiems nusižudyti: tyrimo dalyvių siūlymai

Atsakydami į klausimą apie tai, kaip dar buvo galima padėti jų nusižudžiusiam artimajam, tyrimo dalyviai dažniausiai minėjo, jog reikalinga psichologo pagalba. Minėta, jog ji turėtų būti prieinama ir nemokama. Svarbu aktyviai ją siūlyti, skirti daugiau dėmesio motyvavimui kreiptis į psichikos sveikatos specialistus, jei žmogus atsisako. Pastebėta, jog, psichikos sutrikimų atveju, reikalingas ne tik medikamentinis, bet ir psichoterapinis gydymas. Jei nusižudęs artimasis sirgo psichikos liga, tyrimo dalyvių manymu, svarbu gerinti gydymo stacionare sąlygas (pavyzdžiui, asmuo turėtų gulėti skyriuje su panašaus sunkumo ligomis sergančiais ligoniais), skirti daugiau individualaus dėmesio konkrečiam pacientui ir parinkti gydymą, kuris jam tinkamiausias. Svarbu labiau įtraukti sergančiojo šeimą į gydymo procesą, informuoti, kaip artimiesiems elgtis padidėjusios savižudybės rizikos atveju. Minėta, jog išrašius pacientą iš psichiatrijos stacionaro reikalinga užtikrinti pagalbos tęstinumą, informuoti pacientą ir artimuosius apie tolimesnio gydymosi procesą. Išsakytas tarpinstitucinio bendradarbiavimo psichikos sveikatos sistemoje gerinimo poreikis (perduodant informaciją apie pacientą ir jam skirtą gydymą). Vienu atveju tyrimo dalyvis, kurio artimasis sirgo psichikos liga, teigė, jog svarbios didesnės specialistų pastangos motyvuojant asmenį gydytis, nes tam tikroje būsenoje (psichozės ir kt.) be pagalbos asmuo pats sunkiai gali pasirinkti, kas geriausiai tuo metu padėtų užtikrinti jo saugumą.

Beveik trečdalis tyrimo dalyvių minėjo, jog artimasis siūlomos pagalbos atsisakė. Tokie rezultatai gali liudyti apie didesnę motyvavimo priemonių poreikį siekiant paskatinti žmogų kreiptis pagalbos esant savižudybės krizėje. Artimųjų manymu, svarbus ir visuomenės požiūris į psichikos sutrikimus keitimas, lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus stigmos mažinimas. Tai paskatintų tiek pačius žmones, galvojančius apie savižudybę, kreiptis pagalbos, tiek aplinkinius tinkamai reaguoti į psichologinių sunkumų turintį žmogų.

Policijos darbas įvykio metu

Dauguma tyrimo dalyvių teigė, jog policijos pareigūnų darbą tiek mirties fakto fiksavimo, tiek įvykio tyrimo metu vertina gerai, viskas buvo atlikta tinkamai. Kaip ir praeitais metais, išryškėjo tinkamo pareigūnų bendravimo (pagarbaus, mandagaus, rūpestingo, jautraus, kai atsižvelgiama į

artimojo būseną) svarba po artimojo savižudybės. Tik viename interviu buvo minima, jog pareigūnų bendravimas buvo netinkamas (dalyvis jautėsi lyg kaltinamas dėl mirties). Vienu atveju buvo minima, jog artimiesiems reikėjo ilgai laukti, kol atvyks pareigūnai ar kitos tarnybos. Taip pat vienu atveju artimieji minėjo, jog ilgai reikėjo laukti, kol atvyks ugniagesiai. Be to pastebėta, jog dalis tyrimo dalyvių jautė informacijos apie tyrimo procesą ir rezultatus trūkumą, norėjo daugiau žinoti apie artimojo mirties aplinkybes, tačiau šios informacijos negavo arba turėjo dėti daug pastangų, kad gautų (4 interviu).

Pagalba po artimojo savižudybės

Iš 22 tyrimo dalyvių 4 (18%) nurodė, kad kreipėsi pagalbos po artimojo savižudybės, 18 – nesikreipė. Didžioji dauguma besikreipusių pagalbos – moterys. Daugiausia naudotasi šiais pagalbos būdais: privataus psichologo konsultacijos (3 dalyviai), savitarpio pagalbos grupės (1), šeimos ir kito gydytojo konsultacijos (1).

Didelė dalis tyrimo dalyvių nurodė, kad su gedulu susijusius sunkumus sprendžia itin savarankiškai: pagalbos nesikreipė, nes nejautė poreikio (9) ar jautė, kad gali susitvarkyti patys (6). Kai kurie tai itin akcentavo: *Susitvarkysiu pats. Nekenčiu ir nemėgstu žiūrėti, kai <...> dreba, verkia – nesusivaldo. Susitvarkyk emocijas! Kad nebūtų ašarų ir verksmų!; Draugai, pažįstami siūlė, bet aš pakankamai stiprus, <...>. Pirmus mėnesius labai sunku buvo. Artimųjų palaikymo svarbą taip pat išsakė žymiai mažiau dalyvių nei ankstesniais metais (2). Keletas dalyvių teigė, jog pagalbos nesikreipia, nes kalbėti ar atsiverti atrodo per sunku (2) ar vengia galvoti apie mirusįjį (2). Tyrimo dalyvių manymu, gedint jiems labiausiai padeda atsiribojimas darbe, buityje ar kitos veiklos (5), rūpinimasis artimaisiais (3), tikėjimas, lankymasis Bažnyčioje (2). Interviu metu minėtas nežinojimas, kaip ir kas gali padėti (1), kaltės, gėdos išgyvenimai (1), neigiamas artimųjų nusistatymas pagalbos ir kalbėjimo apie mirusįjį su aplinkiniais ar specialistais atžvilgiu (1) ar skaudinantis aplinkinių kaltinimas dėl artimojo mirties (1).*

15 iš 19 atvejų (79 %) nurodyta, jog informacinio lankstinuko, kur galėtų kreiptis pagalbos po artimojo savižudybės, iš pareigūnų ar kitų profesionalų iš karto po įvykio artimieji negavo, likę dalyviai nurodė nepamenantys, ar gavo. Tačiau minėti keli pavyzdžiai, kai policijos pareigūnai iš karto ar kiek vėliau po įvykio informavo artimuosius, kur jie gali kreiptis psichologinės pagalbos: *Sakė, kad paskambins vėliau ir pasakys psichologo numerį. Paskambino ir pasakė, tik aš nesikreipiau.*

Kadangi didelė dalis tyrimo dalyvių teigė nejautę ar nejaučiantys pagalbos poreikio ar jautė galintys susitvarkyti su sunkumais patys, pasiūlymų pagalbos po artimojo savižudybės kokybės gerinimui buvo išsakyta nedaug. Buvo siūloma, kad galbūt kai kuriems žmonėms reikalinga

psichologo pagalba (1), taip pat išreikštas informacijos, kaip padėti žmogui, svarstančiam apie savižudybę, poreikis (1).

TYRIMO IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Šios vaikų ir suaugusiųjų savižudybių Vilniaus mieste analizės tikslas buvo įvertinti savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą ir pateikti rekomendacijas, kaip ją būtų galima tobulinti. Tyrime dalyvavo 22 artimieji asmenų, kurie nusižudė 2016 m. lapkričio – 2017 m. spalio mėnesiais. Jie apklausti telefonu, naudojant pusiau struktūruotą interviu.

Tyrimo rezultatai iliustruoja savižudybės reiškinio kompleksiskumą, nes nebuvo galima išskirti vienos priežasties, paaiškinančios visus ar bent didžiąją dalį savižudybės atvejų ir nebuvo įmanoma išskirti vienos pagalbos sistemos, kuri būtų galėjusi padėti visais šiais atvejais. Nepaisant to, tyrimas atskleidė svarbius dėsningumus nusižudžiusių asmenų gyvenime ir savižudybių prevencijos sistemos spragas.

Rezultatų apibendrinimas ir palyginimas su 2016 m. atlikto tyrimo rezultatais

1. *Dažniausiomis savižudybės priežastimis artimieji įvardino psichikos sveikatos problemas (68%), darbo problemas (37%), neefektyvią ar nesuteiktą psichinės sveikatos specialistų pagalbą (32%), fizinės sveikatos problemas (26%).*

Lyginant su 2016m. duomenimis, ženkliai didesnė dalis nusižudžiusiųjų turėjo psichikos sutrikimo diagnozę (73,7% 2017 m. ir tik 45,5% 2016 m.). Taip pat dvigubai dažniau nei praėjusiais metais įvardinama nesuteikta ar neefektyvi psichikos sveikatos specialistų pagalba kaip savižudybės priežastis (32% interviu). Tyrimo dalyviai beveik visais atvejais įvardindavo bent po kelias savižudybės priežastis. Šios priežastys paprastai buvo persipynusios.

2. *Pagalba psichikos sveikatos sutrikimų atvejais nepakankama ir vienpusiška.*

Lyginant su 2016 m., 2017 m. aptariamais atvejais yra sunkesni, daugiau psichikos sutrikimų, dažnai ilgalaikių, savižudybė artimiesiems buvo mažiau netikėta (64% atvejų; 2016 m. - 91%). Net trečdalis tyrimo dalyvių neefektyvią ar išvis nesuteiktą psichikos sveikatos specialistų pagalbą nurodo kaip artimojo savižudybės priežastį, penktadalis (21%) - žalingą psichotropinių vaistų poveikį. Lyginant su 2016 m. duomenimis, nauja tema šių metų tyrime yra gydymas raminamaisiais ar migdomaisiais, paskirtas šeimos ar kito gydytojo, asmeniui su nediagnozuotu psichikos sutrikimu, nemotyvuojant jo kreiptis būtent į psichikos sveikatos specialistą. 2017 m. VU ir LSMU mokslininkų atliktas sveikatos specialistų pasirengimo kontaktuoti su suicidiškais pacientais įvertinimas parodė, kad šeimos gydytojų rezidentų įgūdžiai yra itin prasti. Nors 2017 m. dažniau nei

praėjusiais metais nurodoma kad artimasis buvo gavęs pagalbą po ankstesnio mėginimo nusižudyti, bet pasitenkinimas pagalba nurodomas toks pat mažas kaip ir 2016 m. Tyrimo dalyvių vertinimuose apie pagalbos kokybės gerinimą nurodomi tokie aspektai: 1) reikalinga psichologo pagalba, ji turi būti prieinama ir nemokama; 2) būtina kompleksinė pagalba - ne tik medikamentinė, bet ir psichoterapinė; 3) būtina į paciento gydymo procesą labiau įtraukti šeimą, daugiau informuoti kaip elgtis padidėjus suicidinei rizikai; 4) būtinas tarpinstitucinis bendradarbiavimas, kad informacija apie pacientą ir jo gydymo planą išėjus iš ligoninės pasiektų kitus pagalbą teikiančius specialistus (kitaip tariant, lieka neišspręsta pagalbos tęstinumo problema).

Galima kelti prielaidą, kad Vilniaus mieste diegiamas savižudybių prevencijos algoritmas pradeda veikti, ir mažiau sudėtingais atvejais pagalba tampa prieinama, o sudėtingų atvejų dominavimas labai paryškina sisteminės psichikos sveikatos pagalbos spragas.

3. Psichologinės pagalbos prieinamumas gydant somatinius sutrikimus itin svarbus

Fizinės sveikatos sutrikdymai kaip savižudybės priežastis artimųjų nurodyti 26% atvejų. Tai kiek mažiau nei 2016 m. nurodomos prostatos ligos (nors nebedominuoja taip ryškiai kaip praėjusiais metais), taip pat operacijų pasekmės. Akivaizdu, kad somatinės problemos žmonėms dažnai kelia ir sunkių psichologinių problemų, ir laiku nesuteikus psichologinės pagalbos asmuo gali jaustis bejėgis, nematyti kitos išeities. Artimųjų minėtas atvejis, kai asmuo po galūnių traumos ir operacijos atsidūręs slaugos institucijoje po kelių mėnesių nusižudė, nors artimieji matė asmens psichologinės būklės blogėjimą, prašė suteikti psichologo pagalbą, bet jos nesulaukė.

Daugiau nei pusei asmenų prieš mirtį buvo būdingi vienas ar keli fizinės sveikatos sutrikdymai (t. y. ligos, traumos, neįgalumas). Panašiai kaip ir 2016 m., dažniausiai minėtos traumos ir judėjimo sistemos ligos ar judėjimo sunkumai, širdies ir kraujagyslių sistemos ligos.

4. Specialistų ir aplinkinių gebėjimas atpažinti savižudybės riziką ir suteikti reikiamą pagalbą išlieka ribotas.

74% nusižudžiusiųjų turėjo diagnozuotus psichikos sveikatos sutrikimus (daug daugiau nei 2016 m.), 89% paskutiniu metu lankėsi pas sveikatos priežiūros specialistus, daugiau nei pusė - pas psichiatrą, dviem atvejais - pas psichiatrą ir psichologą kartu, trečdalis - pas šeimos gydytoją. Nors apsilankiusiųjų pas psichikos sveikatos priežiūros specialistus dalis padidėjo lyginant su 2016m., vis dėlto sveikatos specialistai arba neatpažino savižudybės rizikos, arba pagalbos teikimas nebuvo pakankamai efektyvus idant užkirstų kelią savižudybei.

Žiūrint retrospektyviai, 67% tyrimo dalyvių nurodė prieš savižudybę matę įvairius savižudybės krizės ženklus, beveik pusė iš nusižudžiusiųjų kalbėjo apie savo ketinimus. Tačiau tuo metu artimiesiems buvo sudėtinga į juos tinkamai sureaguoti. Kaip ir 2016 m., net ketvirtadalis (26%) nusižudžiusiųjų, tyrimo dalyvių teigimu, prieš mirtį turėjo susidūrimų su teisėsauga: dviem

(11%) atvejais dėl vairavimo išgėrus, dviem (11%) dėl patekimo į auto įvykį, po vieną atvejį dėl vagysčių kaip kaltinamasis ar nukentėjęs bei dėl skyrybų, 5% gavo socialinę pagalbą, tačiau jų savižudybės rizika nebuvo pastebėta ar nebuvo į ją tinkamai reaguota.

5. Poreikis destigmatizacijos ir išorinės motyvacijos gydymuisi

Beveik trečdalis tyrimo dalyvių minėjo, jog artimasis siūlomos pagalbos atsisakydavo. Kai kuriais atvejais pagalbos atsisakydavo arba pradėtą gydymą nutraukdavo ir patys artimieji, netikėdami jos nauda. Tai rodo išliekantį motyvavimo priemonių poreikį siekiant paskatinti žmogų kreiptis pagalbos esant savižudybės krizėje. Tyrimo dalyviai dažnai nurodydavo, kad psichikos pagalbos specialistai nelinkę įtraukti šeimos į gydymo procesą, neinformuoja jų. Ypač išskirtina motyvavimo gydytis ir savižudybių intervencijos sunkumai priklausomybės ligų atveju. Tyrimas rodo, kad tam tikros galimybės suteikti pagalbą ir intervenciją gali būti kuomet šie asmenys patenka į gydymo įstaigą dėl fizinės sveikatos sutrikdymų vartojant alkoholį bei sulaikius už vairavimą išgėrus.

Artimųjų manymu, svarbus ir visuomenės požiūrio į psichikos sutrikimus keitimas, lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus stigmos mažinimas. Tai paskatintų tiek pačius žmones, galvojančius apie savižudybę, kreiptis pagalbos, tiek aplinkinius tinkamai reaguoti į psichologinių sunkumų turintį žmogų

6. Artimieji dažniausiai teigiamai vertina policijos darbą fiksuojant mirties faktą, tačiau nėra gavę informacijos apie tolesnės pagalbos galimybes.

Ir 2016 m., ir šių metų tyrime artimieji dažniausiai teigiamai vertina pareigūnų darbą registruojant mirties faktą (kaip pagarbą, jautrų, rūpestingą). Keletu atveju artimieji jautė informacijos apie tyrimą ir jo rezultatus trūkumą, nurodė turėję ilgai laukti atvykstančių pareigūnų. Beveik taip pat kaip ir praėjusių metų tyrime, dauguma artimųjų (atitinkamai 82% ir 79%) nurodė negavę iš policijos pareigūnų informacinio lankstinuko *Tu nesi vienas*. Tačiau šių metų interviu nauja tai, kad keli artimieji nurodė ir teigiamai vertino situacijas, kai policijos pareigūnai aktyviai asmeniškai informavo juos, kur jie galėtų kreiptis psichologinės pagalbos.

7. Pagalba nusižudžiusių asmenų artimiesiems po įvykio pasiūloma retai, o patys artimieji vengia kreiptis pagalbos

Šių metų tyrime dar mažiau nei 2016 m. tyrimo dalyvių nurodė, kad kreipėsi pagalbos po artimojo savižudybės (atitinkamai 18% ir 27%), dauguma jų – moterys. Bet besikreipusiųjų gauta pagalba adekvatesnė - artimieji nurodo ne vaistų vartojimą, o psichologo ar kito specialisto konsultacijas ar savitarpio pagalbos grupių paramą. Be to, tyrimo dalyviai teigiamai vertina pasitaikantį policijos pareigūnų aktyvų informavimą apie prieinamą pagalbą. Didelė dalis artimųjų mano, kad su gedulu gali/turi susidoroti patys, bet išryškėja ir vengimas pagalbos dėl stigmos,

išgyvenamos kaltės, didelio skausmo. Akivaizdu, kad išlieka būtinybė daug aktyviau motyvuoti artimuosius ieškoti pagalbos.

Rekomendacijos savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui

2017 m. atvejų analizė rodo tam tikrus teigiamus poslinkius savižudybių prevencijos sistemoje, tačiau dauguma sunkumų sutampa su įvardintais 2016 m., tad ir toliau būtina užtikrinti ir pernai įvardintų rekomendacijų įgyvendinimą.

1. Tyrimo rezultatai rodo, kad specialistams vis dar trūksta efektyvių žinių ir įgūdžių, leidžiančių atpažinti ir valdyti savižudybės riziką. Psichiatrams rekomenduotume specializuotus mokymus (pvz. CAMS), kaip padėti pacientams, esantiems savižudybės krizėje.
2. Dauguma nusižudžusių asmenų prieš mirtį rodo savižudybės krizės ženklus. Plačią visuomenės dalį apimantys mokymai (safeTALK ir ASIST), kaip atpažinti savižudybės rizikos ženklus, galėtų padėti tiek artimiesiems, tiek „vartininkams“ (šeimos gydytojams, policijos pareigūnams, socialiniams darbuotojams ir kt.) priimti šiuos ženklus rimtai ir tinkamai į juos reaguoti.
3. Asmenims, turintiems fizinės sveikatos sutrikimų, svarbu užtikrinti prieinamą, skubią psichologinę pagalbą. Gydytojai, teikiantys pagalbą, turėtų mokėti atpažinti asmenis, kuriems tokia pagalba gali būti reikalinga, ir turėtų gebėti motyvuoti pacientus tokią pagalbą priimti. Svarbu tokios pagalbos galimybes užtikrinti visose įstaigose, taip pat ir slaugos namuose. Taip pat svarbu kiek įmanoma supaprastinti nukreipimą psichologinei pagalbai iš šeimos gydytojo, kad paciento perėmimas įvyktų kaip įmanoma greičiau ir paprasčiau.
4. Tyrimas rodo, kad psichikos sutrikimų gydymas šiuo metu nepakankamas, ypač trūksta psichologinės pagalbos, ne visuomet užtikrinamas gydymo tęstinumas, nepastebimi būklės pablogėjimai ar kuomet iki tol veiksmingas gydymas nustoja būti efektyvus. Svarbu užtikrinti psichikos sutrikimų gydymo tęstinumą (savižudybės krizės atveju - ir atvejo vadybą) bei didinti psichosocialinės pagalbos prieinamumą gydant tokius sutrikimus, lengvinti nukreipimą pas psichologą. Taip pat gali padėti atkryčio prevencijos metodai, specializuotos, tam tikrą psichikos sutrikimą (pvz. bipolinį) turinčių asmenų savitarpio pagalbos grupės. Tokios intervencijos ir grupės jau dabar yra prieinamos daliai pacientų, bet tyrimo rezultatai rodo jų plėtros būtinumą.
5. Kuomet asmuo, turintis psichikos sveikatos sutrikimų ar žalingo psichoaktyvių medžiagų vartojimo sunkumų, atsisako pagalbos, galima naudoti išorines motyvavimo priemones, pvz. įpareigojimą gydytis, artimųjų įtraukimą ir informavimą, kaip elgtis kai

asmens būklė pablogėja, įvertinimas ir motyvavimas gydymuisi kuomet asmuo atsiduria sveikatos priežiūros įstaigoje dėl su alkoholiu susijusių sveikatos sutrikdymų ar sulaikius už vairavimą išgėrus. Taip pat būtų naudingas ankstyvas atpažinimas (angl. *screening*) ir ankstyvosios intervencijos priklausomybių atvejais, pvz., šeimos gydytojo kabinete, kuomet asmens būklė dar nėra pažengusi ir keisti elgesį yra lengviau.

6. Būtina užtikrinti, kad policijos pareigūnai, registruodami mirties faktą dėl savižudybės, perduotų visiems artimiesiems informacinį lankstuką „Tu nesi vienas“. Šiuo metu nei vienas tyrimo dalyvis nenurodė gavęs tokį lankstinuką. Visgi pažymėtina, kad šioje srityje yra ir teigiamų poslinkių. Artimieji labai teigiamai vertina policijos pareigūnų darbą, registruojant mirties faktą. Taip pat buvo minėti keli pavyzdžiai, kai policijos pareigūnai iš karto ar kiek vėliau po įvykio informavo artimuosius, kur jie gali kreiptis psichologinės pagalbos.
7. Svarbu toliau informuoti apie pagalbos po artimojo savižudybės svarbą siekiant sumažinti stigmą. Būtina plėsti specializuotą pagalbą vaikams, gedintiems po artimojo savižudybės. Šiuo metu tokios pagalbos galimybės nėra, o esama pagalba ne visada iki galo atliepia tokių vaikų poreikius. Taip pat reikalinga platesnė informacijos apie pagalbos galimybes nusižudžiusių asmenų artimiesiems sklaida tarp specialistų, kad jie galėtų aktyviau nukreipti asmenis tokiai pagalbai.