

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

Mokslinio tyrimo
„Suaugusiųjų ir vaikų savižudybių atvejų 2016 m. Vilniaus mieste analizė“
ATASKAITA

Mokslinio tyrimo vadovė: prof. habil. dr. Danutė Gailienė
Mokslinio tyrimo vykdytojai – tyrėjai: dr. Paulius Skruibis, dr. Jurgita Rimkevičienė,
Odeta Geleželytė, Jolanta Latakienė, Andrius Lošakevičius, Eglė Mažulytė

2016 m. gruodžio 31 d.
Vilnius

TURINYS

MOKSLINIO TYRIMO TIKSLAS	3
MOKSLINIO TYRIMO EIGA	3
Tyrimo metodologijos sudarymas.....	3
Tyrimo atlikimas	4
Surinktų duomenų analizavimas	8
Apibendrintų tyrimo rezultatų, išvadų ir rekomendacijų parengimas.....	8
TYRIMO REZULTATAI	9
Tyrimo dalyviai.....	9
<i>Nusižudžiusių asmenų demografiniai rodikliai.....</i>	9
<i>Nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai rodikliai</i>	10
Savižudybės aplinkybės	11
Artimųjų išskirtos savižudybės priežastys	12
Netikėtumas	14
Ankstesni mėginimai nusižudyti.....	14
Sveikatos būklė ir sutrikimai.....	15
<i>Fizinė sveikata.....</i>	15
<i>Psichikos sveikata</i>	15
<i>Alkoholio vartojimas.....</i>	16
Gautos sveikatos priežiūros paslaugos.....	16
Susidūrimas su teisėsauga ir socialinė pagalba.....	17
Pagalba ketinantiems nusižudyti: tyrimo dalyvių siūlymai	18
Policijos darbas įvykio metu	19
Pagalba po artimojo savižudybės	19
TYRIMO IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	21
Rezultatų apibendrinimas.....	21
Rekomendacijos savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui.....	23

MOKSLINIO TYRIMO TIKSLAS

Mokslinio tyrimo tikslas – atlikti vaikų ir suaugusiųjų savižudybių, įvykusių 2016 m. sausio – spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizę: apklausti nusižudžiusių artimuosius, nustatyti ar buvo gauta reikalinga sisteminė pagalba, įvertinti savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą ir pateikti rekomendacijas bei išvadas sistemos tobulinimui. Veiklos, kuriai skirtos lėšos, vertinimo kriterijus – atlikta vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2016 m. sausio – spalio mėnesiais Vilniaus mieste atvejų analizė, pateikti apibendrinti atliktos analizės rezultatai, išvados ir rekomendacijos savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui.

MOKSLINIO TYRIMO EIGA

Mokslinis tyrimas buvo vykdomas 2016 m. spalio – gruodžio mėnesiais šiais etapais:

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

Tyrimo metodologijos sudarymas

Šio etapo metu buvo numatomos tyrimo atlikimo procedūros (susisieki su tyrimo dalyviais būdas, duomenų surinkimo sąlygos ir kt.) ir parenkama tyrimo metodologija – sudaromas pusiau struktūruotas interviu (konkretūs klausimai, temų gairės ir kt.). Tyrimo metodologiją sudarė visi septyni mokslinio tyrimo grupės tyrėjai, vadovaujant tyrimo grupės vadovei prof. habil. dr. Danutei Gailienei. 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 šio mokslinio tyrimo tyrėjų Pauliaus Skruibio, Jurgitos Rimkevičienės, Odetos Geleželytės, Jolantos Latakienės ir Eglės Mažulytės. Susisiekus su sutikusiais dalyvauti tyrime asmenimis telefonu dar kartą

pristatomas vykdomas tyrimas, atsakoma į tyrimo dalyviams išskylančius 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.

Tyrimo atlikimas

Šio etapo metu buvo kontaktuojama su 2016 m. sausio – lapkričio 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. 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 viešojoje vietoje (pvz. gatvėje, mirtis ištinka 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 viešojoje vietoje“, bei apsibrėžiant teritoriją, kurioje užregistruotas įvykis – Vilniaus miesto 1-ojo, 2-ojo, 3-ojo, 4-ojo, 5-ojo, 6-ojo policijos komisariatų, o taip pat Vilniaus apskrities vyriausiojo policijos komisariato teritorijose. Iš viso iki 2016 metų gruodžio 1 d. PRĮR užfiksuotas 2589 atvejais, kai rastas miręs žmogus, iš kurių 103 atrinkti kaip atvejai, kai asmuo galimai nusižudė. Peržiūrėjus atrinktus galimų savižudybių atvejus, buvo rasti 56 (54,4 %) asmenų artimųjų telefono kontaktai. Iš jų tyrime dalyvauti sutiko 39 nusižudžiusių asmenų artimieji, kurių kontaktai buvo perduoti tyrėjų grupei. Suvestinė pateikiama 1 lentelėje.

1 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
Sausis	263	6	3	2	1	
Vasaris	230	10	7	5	2	
Kovas	253	16	10	8	1	1
Balandis	238	9	7	3	3	1
Gegužė	252	8	4	2	1	1
Birželis	225	9	8	6	1	1
Liepa	199	7	3	1	2	
Rugpjūtis	232	11	5	4	1	
Rugsėjis	216	12	6	5	1	
Spalis	234	8	0	0	0	
Lapkritis	247	7	3	3	0	
IŠ VISO	2589	103	56	39 (69,6%)	13 (23,2%)	4 (7,2%)

Renkant nusižudžiusių asmenų artimųjų kontaktus susidurta su sunkumu, kad ne visi nusižudžiusių asmenų artimųjų kontaktai užfiksuojami įvykio registre. Tokiu atveju kontaktų reikia

ieškoti įvykio tyrimo byloje, kur kontaktai ne visada yra prieinami. Taip atsitinka dėl dviejų priežasčių:

1. Bylos patenka į archyvą tik baigus tyrimą, įprastai per pusę metų. 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, bylose informacija apie artimųjų kontaktus yra susegama taip, kad būtų neprieinama (pvz. užklijuojama voke). Dėl to reikia gauti papildomus leidimus susipažinti su tokia informacija.

Iš viso buvo gauti 40 asmenų sutikimai dalyvauti tyrime (39 kontaktai rasti PRĮR, vieną kontaktą turėjo mokslinio tyrimo vadovė). Iš jų 33 dalyvavo interviu, vienas interviu atliktas gruodžio 29 d., o dar vienas suderintas atlikti 2017 m. sausio mėnesį, todėl šie interviu į analizę nebuvo įtraukti. Interviu trukmė buvo nuo 17 iki 100 minučių, vidutiniškai 43 min. Interviu atlikimo pasiskirstymas pagal mėnesius pateikiamas 2 lentelėje. Iš viso tyrime dalyvavo 58,9% artimųjų, kurių kontaktai buvo identifikuoti. Toks atsako dažnis yra ženkliai didesnis lyginant su ankstesniais panašiais Lietuvoje atliktais tyrimais.

2 lentelė. Atliktų interviu pasiskirstymas pagal mėnesius

Mėnuo	Sutiko dalyvauti tyrime	Atliko interviu	Neatliko interviu	Pastabos
Sausis	2	2		
Vasaris	5	5		
Kovas	8	6	2	Atsisakė dalyvauti vėliau
Balandis	3	3		
Gegužė	2	2		
Birželis	6	4	2	Atsisakė dalyvauti vėliau
Liepa	1	1		
Rugpjūtis	4	4		
Rugsėjis	6	4	2	1 interviu atliktas 2016 gruodžio 29 d. ir todėl buvo neįtrauktas į analizę; 1 atsisakė dalyvauti vėliau
Spalis	0	0		
Lapkritis	3	2	1	Suderinta interviu atlikti 2017 m. sausio mėn.
Gruodis	--	--	--	
IŠ VISO	40	33 (82,5%)	7 (17,6%)	

Kadangi vienas iš paieškos kriterijų buvo nurodytas ir Vilniaus apskrities vyriausiasis komisariatas, į šį skaičių pateko ir keletas atvejų, kai savižudybės įvyko ne mieste, bet Vilniaus apskrityje esančiuose miesteliuose ar kaimuose.

Lyginant tyrimui atrinktus atvejus su oficialiai skelbiama savižudybių statistika svarbu aptarti atvejų išskyrimo principų skirtumus. Oficialiame mirties priežasčių registre, kuruojamame Higienos instituto, atvejai įvardinami kaip savižudybė remiantis teismo medicinos eksperto išvada mirties liudijime. Vis dėlto mirties liudijime pateikiamos informacijos nepakanka identifikuoti nusižudžiusių 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 aplinkybės, naudojant raktinius žodžius – „pasikorė“, „nusišovė“, „iššoko“, „tyčia prigėrė 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). Iš 56 atvejų, kur rasti artimųjų kontaktai, pasitaikė 4, kai patys artimieji abejojo savižudybės versija, nors mažiausiai vienu atveju tai yra patvirtinta oficiali versija, vienu atveju – dar vyksta tyrimas, kaip kitais atvejais – tiksliai nėra aišku.

Susumavus visus surinktus PRĮR atvejus, kai Vilniaus mieste rastas galimai nusižudęs žmogus ir palyginus su oficialia Higienos instituto (HI) pateikiama statistika, rasta keletas neatitikimų. 3 lentelėje (7 psl.) pateikiama oficialios statistikos ir PRĮR užregistruotų atvejų suvestinė.

Apibendrinant, galimi keli paaiškinimai dėl neatitinkančios statistikos.

1. Paieškos klaidos – PRĮR surasti ne visi atvejai, kai fiksuojamos savižudybės (balandžio mėnesį oficialiai 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.
2. Netikslūs aprašymai registruojant įvykį – pavyzdžiui, rugsėjo mėnesio moterų savižudybių neatitikimai, kai galimų savižudybių atvejų rasta daugiau (5 atvejai), nei jų oficialiai pripažinta (4 savižudybės). Pradinėje informacijoje nurodoma, kad keturiais atvejais „pasikorė“, vienu – „iššoko“.

Šios klaidos visų pirma kyla, kaip jau minėta dėl to, kad buvo naudota skirtinga informacija – į savo tyrimą atvejį traukėme remdamiesi pirminiu įvykio aprašymu. Tuo galima paaiškinti pavienius neatitikimus, tačiau papildomai neaiškumų įneša atvejai, kai bendras mėnesio savižudybių skaičius vienodas, tačiau didelis neatitikimas pasiskirstant tarp lyčių (pvz. liepos, spalio mėn.). 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.

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

2016 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>
Sausis	2	2	4	4	6	6
Vasaris	3	2	6	8	9	10
Kovas	2	4	10	9	12	13
Balandis	4	2	4	4	8	7*
Gegužė	1	1	5	6	6	7
Birželis	1	2	7	7	8	9
Liepa	0	3	6	3	6	6
Rugpjūtis	0	0	6	7	6	7
Rugsėjis	4	5	7	6	11	11
Spalis	1	3	5	3	6	6
Lapkritis	--	0	--	4	--	4
Gruodis	--	--	--	--	--	--
VISO	18	24	60	61	78	86

* Vieno nusižudžiusio asmens lytis registre nebuvo nurodyta.

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 analizuojami individualiai pasiskirsčius atskiras analizės dalis, o tuomet visų tyrėjų kartu, bendrų susitikimų metu.

Apibendrintų tyrimo rezultatų, išvadų ir rekomendacijų parengimas

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

TYRIMO REZULTATAI

Tyrimo dalyviai

Nusižudžiusių asmenų demografiniai rodikliai

Iš viso tyrimo imtį sudarė 33-jų asmenų, 24-ių vyrų (73%) ir 9-ių moterų (27%), savižudybės. Toks lyčių pasiskirstymas atitinka Higienos instituto oficialią statistiką, kurioje nurodoma 77% vyrų ir 23% moterų savižudybių.

Tyrimo imties nusižudžiusių asmenų amžius svyravo nuo 13 iki 86 metų (amžiaus vidurkis 54,21; standartinis nuokrypis 19,19). Higienos instituto pateikiamos oficialios statistikos duomenys buvo labai panašūs – amžius svyravo nuo 13 iki 90 metų (amžiaus vidurkis 54,78; standartinis nuokrypis 18,16).

Tikslinė tyrimo imtis buvo nusižudę Vilniaus miesto gyventojai, tačiau dėl tyrimo vykdymo procedūrinių ypatumų buvo apklausti ir 4 asmenys (11% tyrimo imties) iš kitur: 3 asmenys gyvenę Vilniaus raj. (Juodiškiai, Juodšiliai ir kt.) bei 1 asmuo gyvenęs Šalčininkų raj. (Eišiškėse).

Tyrimo imties nusižudžiusių gyvenamoji situacija, šeiminė padėtis ir užimtumas pateikiami 4-6 lentelėse.

4 lentelė. Nusižudžiusių gyvenamoji situacija

Gyvenamoji situacija	N	Proc.
Gyveno su sutuoktiniu(-e)/partneriu(-e) ir/ar vaikais	12	36%
Gyveno su tėvais	6	18%
Gyveno vienas(-a)	5	15%
Gyveno su tėvais ir su savo sutuoktiniu(-e)/partneriu(-e) ir/ar vaikais	4	12%
Gyveno su kitais artimaisiais	4	12%
Gyveno vienas/Gyveno su kitais artimaisiais (keisdavosi)	1	3%
Neturėjo kur gyventi	1	3%

5 lentelė. Nusižudžiusių šeiminė padėtis

Šeiminė padėtis	N	Proc.
Vedęs/ištekėjusi	14	42%
Nevedęs/netekėjusi	7	21%
Išsiskyręs(-usi)	7	21%
Našlys(-ė)	4	12%
Nėra duomenų	1	3%

6 lentelė. Nusižudžiusių užimtumas prieš mirtį

Užimtumas	N	Proc.
Dirbo	13	39%
Pensijoje	11	33%
Buvo bedarbis(-ė)	5	15%
Turėjo neįgalumą	5	15%
Studentas	2	6%
Moksleivis	1	3%

Nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai rodikliai

Iš tyrimo metu apklaustų 33 nusižudžiusių asmenų artimųjų, 22 (67%) buvo moterys ir 11 (33%) vyrai. Apklaustųjų amžius svyravo nuo 21 iki 74 metų, vidurkis 44,2 metų (standartinis nuokrypis 13,8). 16 (48,5%) interviu dalyvių 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 (tyrimo dalyvis yra)	N	Proc.
Dukra/sūnus	11	33%
Sutuoktinis(-ė)/partneris(-ė)	8	24%
Mama/tėtis	4	12%
Sesuo/brolis	4	12%
Kita	6	18%

8 lentelė. Tyrimo dalyvių paskutinio bendravimo prieš savižudybę laikas

Paskutinio bendravimo prieš mirtį laikas	N	Proc.
Tą pačią dieną	10	30%
Iš vakaro	7	21%
Dieną prieš	6	18%
Prieš kelias valandas iki mirties	4	12%
Prieš 2-7 dienas	4	12%
Prieš pat savižudybę / tą pačią valandą	2	6%

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

Bendravimo dažnumas	N	Proc.
Kasdien/beveik kasdien	23	70%
Keletą kartų per savaitę	4	12%
Keletą kartų per mėnesį	4	12%
Rečiau nei kas mėnesį	2	6%

10 lentelė. Tyrimo dalyvių santykio su nusižudžiusiuoju artumas

Santykio artumas	N	Proc.
Labai artimas	15	45%
Artimas	7	21%
Iš dalies artimas	6	18%
Nelabai artimas	5	15%

Savižudybės aplinkybės

Savižudybės būdas. Didžioji dalis tyrimo dalyvių – 28 asmenys iš 33 – (85%) pasikorė, 3 asmenys (9%) nusišovė, 2 asmenys (6%) savižudybei įvykdyti panaudojo vaistus ir alkoholį.

Savižudybės vieta dažniausiai buvo pasirenkama namuose (25 asmenys, 76%), arba šalia namų – rūsyje, garaže ar pirtyje (6 asmenys, 18%), 2 asmenys (6%) nusižudė kitur – miškelyje, sodyboje.

Savižudybių atvejų pasiskirstymas metų bėgyje, palyginant su Higienos instituto duomenimis, pateikiamas 12 lentelėje. Matyti, jog tyrimo imtis atitinka oficialios statistikos duomenis, todėl gali būti laikoma reprezentatyvia.

11 lentelė. Tyrimo imties ir oficialios HI statistikos palyginimas

2016 m.	Tyrimo imties savižudybių atvejų kiekis		Proc.	Savižudybės 2016 m. Vilniaus mieste Higienos instituto duomenimis		Proc.
Sausis	2		6%	6		8%
Vasaris	5		15%	9		12%
Kovas	6		18%	12		15%
Balandis	3		9%	8		10%
Gegužė	2		6%	6		8%
Birželis	4		12%	8		10%
Liepa	1		3%	6		8%
Rugpjūtis	4		12%	6		8%
Rugsėjis	4		12%	11		14%
Spalis	0		0%	6		8%
Lapkritis	2		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 unikalūs derinys.

Dažniausios tyrimo dalyvių įvardintos jų artimųjų savižudybių priežastys:

1. Psichikos sveikatos problemos (17 interviu / 52%)

1.1. *Pagal nustatymo pobūdį:*

1.1.1. Specialistų diagnozuoti sutrikimai (12 interviu / 36%)

1.1.2. Artimųjų nuomonė (5 interviu / 15%)

1.2. *Pagal sutrikimo pobūdį:*

1.2.1. Depresija (11 interviu / 33%)

1.2.2. Bipolinis sutrikimas (4 interviu / 12%)

1.2.3. Schizofrenija (2 interviu / 6%)

1.2.4. Kiti (paminėti tik po 1 kartą).

2. Fizinės/somatinės sveikatos problemos (15 interviu / 46%)

2.1. Prostatos problemos (5 interviu / 15%).

2.2. Operacijos laukimas ar operacijos pasekmės (3 interviu / 9%)

2.3. Širdies problemos (3 interviu / 9%)

2.4. Skausmas (3 interviu / 9%)

2.5. Stuburo problemos (2 interviu / 6%)

2.6. Kitos (paminėtos tik po 1 kartą).

3. Finansinės problemos (11 interviu / 33%)

3.1. Skolos (4 interviu / 12%)

3.2. Greitieji kreditai (2 interviu / 6%)

3.3. Kitos (paminėtos tik po vieną kartą).

4. Sunkumai dėl alkoholio vartojimo (8 interviu / 24%)

5. Žalingas psichotropinių vaistų poveikis (6 interviu / 18%)

6. Neefektyvi psichikos sveikatos specialistų pagalba (5 interviu / 15%).

7. Santykių problemos (4 interviu / 12%)

8. Artimojo netektis (3 interviu / 9%)

9. Darbo praradimas (3 interviu / 9%)

10. Išrašymas iš psichiatrijos ligoninės / skyriaus (praėję 1-2 savaitės; 3 interviu / 9%)

11. Išsiskyrimas (3 interviu / 9%)
12. Patirtas smurtas (3 interviu / 9%)
13. Vienišumas (3 interviu / 9%)
14. Nereguliarus psichotropinių vaistų vartojimas (2 interviu / 6%)
15. Kitos (paminėtos tik po vieną kartą).

Tyrimo dalyviai beveik visais atvejais įvardindavo bent po kelias savižudybės priežastis. Šios priežastys paprastai buvo persipynusios, pvz. (1) neteko artimojo, atsirado sveikatos problemų, ėmė dar labiau vartoti alkoholį, prarado darbą; pvz. (2) susirgo psichikos liga, atsirado finansinių problemų.

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

- 1.2.1. Depresija paskutinius pusantrų metų labai pasunkėjo, gulėjo ligoninėse, vartojo vaistus, bet nuo vaistų buvo tik blogiau, apėmė apatija.*
- 2.1. Prasidėjo prostatos problemos, tapo „nervuotas“, pergyvendavo dėl gresiančios operacijos.*
- 3.1. Buvo daug bėdų, skolų, puolimo iš tiekėjų, nemalonių skambučių.*
- 4. Vartojo alkoholį, po visų sunkumų dar labiau įniko, nusivylė gyvenimu.*
- 5. Psichiatras paskyrė vaistus, iš pradžių liepė po dviejų savaičių ateiti, po to kas savaitę ateidinėti. Vyras tvarkingai kiekvieną savaitę lankėsi. Tačiau per kelias paskutines savaites jam labai pablogėjo, atrodo, kad medikamentai padidino ažitaciją. Vieną vakarą vyras sėdėjo lauke, pusvalandį pabuvo ir atsistojęs ėmė nuo kojos ant kojos judėti – negalėjo ramiai išsėdėti.*
- 6. Artimieji suvokė situacijos rimtumą, kreipėsi į gydytojus, bet visi sakė, kad jis turi pats ieškoti pagalbos. Tačiau prikalbinti jo buvo neįmanoma, nes jis buvo pakilume. Buvo porą kartų prikalbinę nueiti pas tą patį psichoterapeutą, bet tai nepadėjo, nes psichoterapeutas nieko nedarė, taip pat ir šeimai nepatarė, ką reikia daryti.*
- 7. Buvo problemų šeimoje, po Naujųjų Metų grįžo gyventi pas tėvus, nors turėjo žmoną ir mažą dukrelę.*
- 8. Nuo vėžio mirė nusižudžiusiojo žmona.*
- 9. Kažką buvo darbe „prisidirbęs“, todėl išmetė iš darbo kelios dienos prieš savižudybę.*
- 10. Dvi savaites prieš mirtį išėjo iš stacionaro, kur buvo nukreipta po psichologo konsultacijos. Kaltina gydytojus, kad ligoninėje prirašė daug vaistų, antidepresantų, raminamųjų, tiksliai neprisimena pavadinimų ir dozių. Taip pat kaltina, kad nestebėjo po išrašymo iš ligoninės.*
- 11. Nusižudžiusioji sakydavo, kad jei draugas su ja nebus, tai ir ji nebus.*

12. Vyras smurtavo tiek psichologiškai, tiek fiziškai, bet ji bijojo kreiptis pagalbos kur nors.

13. Ji buvo vieniša labai, niekam nereikalinga.

14. Nereguliariai vartojo vaistus, dėl ko pablogėjo būseną.

Netikėtumas

Paklausti, ar savižudybė jiems buvo netikėta, 30 (91%) tyrimo dalyvių atsakė teigiamai, 2 (6%) neigiamai, 1 (3%) dalyvis atsakė, jog iš dalies netikėta. Tačiau tik 8 (24%) tyrimo dalyviai jokių ženklų apie gresiančią savižudybę nepastebėjo, o 25 (76%) atvejais interviu metu paminėti įvairūs ženklai. Dažniausiai buvo minima:

- *Kalbėjimas apie savižudybę* (16 atvejų / 48%):
 - Tiesiogiai (pvz. „nusižudysiu“, „nužudyk mane“) (12 atvejų / 36%)
 - Netiesiogiai (pvz. „daugiau nebegaliu“, „man atsibodo“, atsisveikinimai, kalbėjimas apie mirtį) (6 atvejai / 18%)
- *Pasikeitęs elgesys* (10 atvejų / 30%), pvz.: pradėjo vartoti daugiau alkoholio (5 atvejai / 15%), neįprastas elgesys (4 atvejai / 12%), domėjosi savižudybe (2 atvejai / 6%)
- *Pasikeitusi nuotaika* (7 atvejai; 21%), pvz.: tapo liūdnesnis, uždaresnis (5 atvejai / 15%).

Taigi, galima daryti išvadą, kad nusižudžiusiųjų artimiesiems buvo sunku tinkamai sureaguoti į savižudybės grėsmės ženklus. Nors šiuos ženklus artimieji pastebėjo, jiems sureaguoti galėjo trukdyti su savižudybe nederančių artimojo asmeninių savybių (9 atvejai) bei situacijos ypatybių (8 atvejai) žinojimas, netikėjimas, kad artimasis gali nusižudyti (6 atvejai) ar nepatikėjimas, jog ženklai yra rimti (5 atvejai).

Ankstesni mėginimai nusižudyti

Dešimtyje atvejų (30%) artimieji žinojo apie ankstesnius artimojo mėginimus nusižudyti. Anksčiau mėginusiųjų nusižudyti pasiskirstymas pagal lytį yra panašus kaip ir visos tyrimo imties (8 vyrai ir 2 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 trys asmenys. Šiais atvejais buvusių mėginimų buvo bent du, vienu atveju mėginimų buvo daug, tyrimo dalyvis negalėjo įvardinti tikslaus skaičiaus. Septyniais atvejais mėginimai nusižudyti vyko gerokai anksčiau, prieš 10-30 metų. Iš 10 mėginusiųjų nusižudyti tik 4 buvo diagnozuotas psichikos sutrikimas. Trimis atvejais diagnozuoti/galimai įtarti psichozino spektro sutrikimai ir dviem atvejais – bipolinis sutrikimas.

Tik pusė mėginusiųjų nusižudyti gavo pagalbą po įvykio, dažniausiai minėta medicininė pagalba ir stacionarinė pagalba psichiatrinėse ligoninėse (2 interviu), vienu atveju asmuo gavo tik

medicininę pagalbą, o dviem atvejais artimieji neturėjo tikslios informacijos apie suteiktą pagalbą. Keturiais atvejais artimieji pasakojo, kad po mėginimo nusižudyti asmuo negavo jokios pagalbos, o viename interviu asmuo apie pagalbos suteikimą nežinojo. Visi trys asmenys, kurių mėginimai nusižudyti buvo paskutiniaisiais metais, artimųjų teigimu, buvo gavę kokią nors pagalbą po mėginimo. Pažymėtina, kad tik vienu atveju artimieji įvardino buvę patenkinti suteiktos pagalbos kokybe. Keturiais atvejais pagalbos kokybė netenkino, artimieji labiausiai pasigedo tolesnio gydymo po išrašymo iš stacionaro. Nei vienu iš 5 atvejų nebuvo tęstinės pagalbos po stacionaraus gydymo.

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

Fizinės sveikatos sutrikdymai (t.y. ligos, traumos, neįgalumas) prieš mirtį buvo minėti 22 atvejais (67%). Dažniausiai tarp vyrų buvo minėtos prostatos ligos (5 interviu, 21% vyrų), tokios kaip prostatos vėžys, išvešėjimas ar neįvardintos su prostata susijusios problemos. Tiek vyrams, tiek moterimis taip pat minėti ir kraujagyslių sistemos sutrikimai (8 interviu, 24% visų dalyvių): spaudimo, ritmo sutrikimai. Tokiu pat dažnumu minėti judėjimo sistemos ar judėjimo sunkumai (8 interviu, 24% visų dalyvių), susiję su stuburo problemomis (5 interviu), kojų traumomis ar ligomis (3 interviu), galvos trauma (1 interviu). Trimis atvejais (9%) minėta, kad asmenį kankino neaiškūs skausmai, įvairaus pobūdžio sutrikimai, kurių priežasties ar konkrečios diagnozės nepavyko nustatyti. Kiti sutrikimai (regėjimo problemos, problemos su antsvoriu, diabetas, drambliailigė, epilepsija, insultas) minėti rečiau.

Psichikos sveikata

Artimųjų žiniomis, 15 asmenų (45,5%) buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai. Dar dviejuose interviu minėta, kad asmuo lankėsi prieš mirtį pas psichiatrą, bet psichikos sutrikimų diagnozės, artimųjų žiniomis, nebuvo ar jie nežinojo apie ją. Dažniausiai minėti nuotaikos sutrikimai (11 interviu; depresija – 9 interviu, bipolinis sutrikimas – 3 interviu). Taip pat minėta priklausomybės ar su alkoholio vartojimu susijusi diagnozė (alkoholinė psichozė) (iš viso 4 interviu) bei psichozinio spektro sutrikimai (3 interviu; schizofrenijos diagnozė – 2 interviu, nepatikslinka – 1 interviu). Keturiais atvejais psichikos sutrikimas buvo diagnozuotas neseniai, prieš keletą mėnesių ar savaitę,

visais šiais atvejais minėta depresijos diagnozė. Devyniais atvejais (27%) minėta, kad psichikos sutrikimą asmuo turėjo 8-15 metų, ar net dar ilgiau, šiuo atveju minėtos įvairios diagnozės. Dar vienu atveju psichikos sutrikimas buvo diagnozuotas prieš 1,5 metų, o vienu atveju artimasis šios informacijos neturėjo.

Aštuoniuose interviu (24%) artimieji turėjo įtarimų, kad mirusysis galėjo turėti nediagnozuotų psichikos sutrikimų. Keturiais atvejais minėta depresija, dviem – priklausomybė nuo alkoholio. Keturiais atvejais minėti kiti sutrikimai, tokie kaip bipolinis sutrikimas, valgymo sutrikimai, kiti psichologiniai sunkumai.

Alkoholio vartojimas

Keturiolikoje (42%) interviu tyrimo dalyviai teigė, kad artimasis turėjo sunkumų su alkoholio vartojimu. Septyniais atvejais (21%) buvo minimas dažnas vartojimas ilgus metus, šešiais atvejais (18%) alkoholio vartojimo padažnėjimas artėjant savižudybei. Penki (15%) tyrimo dalyviai paminėjo, kad artimieji nustodavo vartoti alkoholį paūmėjus psichikos sutrikimams ar vartodami vaistus.

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 25-uose (76%) interviu minėta, kad asmuo paskutiniu metu lankėsi pas gydytoją. Keturiolika asmenų lankėsi pas vieną specialistą, o 9 – pas kelių skirtingų sričių gydytojus. Konsultavę gydytojai:

- šeimos gydytojas (12 interviu),
- kiti, ne psichikos sveikatos, gydytojai (12 interviu) – neurologo (4 interviu), onkologo, traumatologo, okulisto, kardiologo, fizioterapeuto konsultacijos ar keleto įvairių sričių gydytojų konsultacijos,
- gydytojas-psichiatras (13 interviu: lankėsi (10 interviu), gavo konsultaciją paskutinio stacionarinio gydymo metu (3 interviu))

Iš 15 asmenų, kuriems buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai, vienas atsisakė tolesnio gydymo, nes abejojo diagnozės tikslumu, o 14 gavo gydymą. Dažniausiai minėtas gydymas vaistais (13 interviu), tik vienu atveju šalia gydymo vaistais buvo minėtas reguliarus psichoterapinis gydymas. Vienuolikoje atvejų buvo minėta, kad asmuo nors kartą yra gydęsis psichiatrinėje ligoninėje. Tačiau

apie tęstinį gydymą po stacionaro pasakojo tik 6 tyrimo dalyviai: dviem atvejais asmuo lankėsi pas psichiatrą, dviem pas neurologą ir taip pat minėti du atvejai kai asmuo privačiai lankėsi pas psichiatrą ar psichoterapeutą. Dviejuose interviu minėta, kad asmuo buvo gydomas nuo priklausomybės naudojant „kodavimą“.

Teigiamą gydymo poveikį pastebėjo 7 iš 14 tyrimo dalyvių. Vis tik 3 atvejais gydymas vertintas kaip neveiksmingas, o 4 atvejais minėtas per didelis šalutinis vaistų poveikis: vaistai per daug nuslopino (2 interviu) arba per daug aktyvino, atsirado ažitacija (1 interviu), nuotaikos svyravimai (1 interviu). Pažymėtina, kad vienos tyrimo dalyvės nuomone, gydymas buvęs žalingas: nuo vaistų atsiradusi stipri ažitacija, jos nuomone, prisidėjo prie asmens sprendimo nusižudyti.

Gydymo kokybe buvo patenkinti 5 interviu dalyviai: jie matė gydymo poveikį, gydytojo pastangas motyvuoti asmenį gydytis. Nepatenkinti gydymo kokybe (11 interviu) dažniausiai išskyrė per mažą specialistų aktyvumą siūlant intensyvesnį gydymą (4 interviu), adekvačių sąlygų psichiatriniam stacionare stoką (3 interviu), atsainų gydytojų požiūrį (3 interviu), netinkamai parinktus vaistus (3 interviu).

Nediagnozuotų psichikos sutrikimų atveju (8 interviu), artimųjų nuomone, didžiausia kliūtis kreiptis pagalbos buvo paties asmens baimė, atsisakymas kreiptis į psichikos sveikatos specialistą (5 interviu). Dviem atvejais artimieji įvardino, kad asmuo bijojęs stigmatos, susijusios su psichikos sutrikimais. Dviem atvejais gydytojai (šeimos gydytojas, greitosios pagalbos gydytojas) turėjo įtarimų, kad asmuo gali turėti psichikos sutrikimų, bet nesiėmė kreipti pagalbos. Vienu atveju nei pats asmuo, nei artimieji nesuvokė, kad tai, kas vyksta, gali būti psichikos sutrikimo simptomai. Du interviu dalyviai įvardino, kad artimųjų gebėjimas atpažinti psichikos sveikatos sutrikimus ir paskatinti kreiptis pagalbos galbūt būtų galėjęs padėti. Taip pat minėta aktyvesnio gydytojų skatinimo kreiptis psichologo konsultacijoms ir pagalbos neblaiviems asmenims svarba.

Susidūrimas su teisėsauga ir socialinė pagalba

Šeši (18%) tyrimo dalyviai minėjo, jog artimasis gavo socialinę pagalbą dėl įvairių priežasčių – dviem atvejais socialinis darbuotojas lankėsi namuose, pavieniais atvejais tai buvo finansinė parama, registracija darbo biržoje ar pensijos paskaičiavimas Sodroje. Keturiais iš šių atvejų artimieji buvo patenkinti socialinės pagalbos kokybe, nes teikiantieji pagalbą gerai atliko darbą savo galimybių ribose.

Devyni (27%) nusižudžiusieji, tyrimo dalyvių teigimu, prieš mirtį turėjo susidūrimą su teisėsauga. Keturiais (12%) atvejais tai buvo artimųjų kreipimasis į policiją dėl smurto, trimis (9%) atvejais vairavimas išgėrus, po du (6%) atvejus - su verslu susijusių ir šeimos teisės teisminių procesų. Keturi tyrimo dalyviai buvo patenkinti teisėsaugos darbo kokybe ir keturi nepatenkinti. Nepasitenkinimą kėlė pareigūnų abejingumas bendraujant, informacijos apie tyrimą trūkumas bei

neatsižvelgimas į artimojo psichikos sveikatos būklę išduodant ginklą ar nusprendžiant neskirti priverstinio gydymo.

Pagalba ketinantiems nusižudyti: tyrimo dalyvių siūlymai

Atsakydami į klausimą apie tai, kaip dar buvo galima padėti jų nusižudžiusiam artimajam, tyrimo dalyviai neretai išskyrė tinkamo požiūrio į sergančius pacientus svarbą – svarbus rūpestis, neabejingas medikų požiūris, dėmesingumas, kokybiškų tinkamų paslaugų užtikrinimas (minėtos problemos: ilgas vizitų ar operacijų laukimas, sunkumai patenkant į ligoninę). Tyrimo dalyviai minėjo prieinamos, nemokamos psichologo pagalbos reikšmę. Ši pagalba turėtų būti siūloma pačių specialistų, nelaukiant kol asmuo kreipsis pats. Pastebėjus emocinius, psichologinius sunkumus, svarbu, kad įvairių sričių gydytojai (šeimos, onkologai, kt.) nukreiptų pacientą psichologo, psichiatro konsultacijoms. Svarbu, kad įvairių sričių sveikatos specialistai gebėtų įvertinti besikreipiančio paciento savižudybės rizikos laipsnį bei jį nukreipti reikiamos pagalbos.

Keletas tyrimo dalyvių, kurių artimasis sirgo psichikos liga, teigė, jog svarbios didesnės specialistų pastangos motyvuojant asmenį gydytis, nes tam tikroje būsenoje (psichozės, manijos epizodas, priklausomybė nuo alkoholio) be pagalbos asmuo pats sunkiai gali pasirinkti, kas geriausiai tuo metu padėtų užtikrinti jo saugumą. Tuo metu artimieji paprastai sulaukdavo abejojančio medikų ar pareigūnų požiūrio, atsakymų, kad specialistai nieko negali padaryti. Minėtos tokios su psichikos ligų gydymu susijusios problemos: į gydymo procesą neįtraukiami artimieji, ilgas laikas laukiant vizito pas gydytoją, netinkamas vaistų ar jų dozių parinkimas. Artimieji minėjo, jog po gydymosi ligoninėje svarbus gydymas dienos centruose, užimtumas. Taip pat pastebėta, jog reikalingas ne tik medikamentinis, bet ir psichoterapinis gydymas. Vienu atveju, tyrimo dalyvis minėjo, jog nusižudžiusiam artimajam buvo išduotas leidimas turėti ginklą, nors jo psichinė savijauta nebuvo gera (buvo diagnozuota depresija).

Išskirta mokymo, švietimo svarba – mokyti artimuosius, darbdavius pastebėti savižudybės rizikos ženklus, tinkamai reaguoti bei suteikti informaciją apie pagalbos galimybes. Kartu, artimųjų manymu, svarbus 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.

Senyvame amžiuje (ypač sunkiai sergant) būtų svarbus užimtumas, kad žmogus nesijaustų vienišas, nesvarbus, turėtų su kuo pabendrauti.

Policijos darbas įvykio metu

Dauguma tyrimo dalyvių teigė, jog policijos pareigūnų darbą įvykio tyrimo metu vertina gerai, viskas buvo atlikta tinkamai. Išryškėjo, jog artimiesiems svarbus tinkamas (dėmesingas, pagarbus, kultūringas, kai atsižvelgiama į artimojo būseną, nenuvertinamas patirtos netekties reikšmingumas) pareigūnų bendravimas. Keletas artimųjų minėjo, jog bendravimas buvo netinkamas (2 interviu). Neigiamai vertinamas šaltas, „be emocijų“ bendravimas, neatsižvelgiant į tai, kad artimasis patyrė reikšmingą netektį. Keletas tyrimo dalyvių minėjo į įvykio vietą atvykusių tyrėjų pasimetimą, procedūrų nežinojimą (4 interviu). Vienu atveju, pačių artimųjų buvo prašoma iš kilpos išimti mirusįjį, tai jiems buvo ypač sunku, kitu – tyrėjas prašė paties artimojo nufotografuoti mirusį.

Pagalba po artimojo savižudybės

Iš 33 tyrimo dalyvių 9 (27%) nurodė, kad kreipėsi pagalbos po artimojo savižudybės, 23 – nesikreipė, 1 – kreipėsi dalinai. Didžioji dauguma besikreipusių pagalbos – moterys. Daugiausia artimųjų išsakė po savižudybės pradėję vartoti vaistus (raminamuosius, antidepresantus) (6). Dalis besikreipusiųjų pagalbos lankėsi ar lankosi pas šeimos gydytoją (4), psichiatrą (3). 5 artimieji išsakė lankęsi/besilankantys pas privačiai dirbantį psichologą. Gautą pagalbą vertina kaip efektyvią. Vienas tyrimo dalyvis minėjo, jog apsilankymas pas psichologą nepadėjo, nes suteikta pagalba nebuvo specializuota gedulo po artimojo savižudybės srityje. Vienos artimosios teigimu, lankymasis pas privačiai dirbantį psichologą labai brangus, o kreiptis į polikliniką trukdo eilės ir laiko trūkumas. Keletas (2) artimųjų lankosi savitarpio pagalbos grupėse gedintiems po artimojo savižudybės. Keletas (2) nurodė planuojantys apsilankyti pas specialistą ar sudalyvauti savitarpio pagalbos grupėje.

Dalis tyrimo dalyvių nurodė, kad pagalbos nesikreipė, nes nejautė poreikio (9), jautė, kad gali susitvarkyti patys (5), keletas išsakė, jog pagalbos nesikreipia, nes kalbėti ar atsiverti atrodo per sunku (3). Ypač svarbus ir reikšmingas, tyrimo dalyvių manymu, aplinkinių, artimųjų palaikymas, parama, pagalba (11). Tikintiesiems svarbus tikėjimas, lankymasis Bažnyčioje (3). Minėtas atvejis, kai lankantis Bažnyčioje kunigas informavo ir apie profesionalios psichologinės pagalbos galimybes. Taip pat minėtas atvejis, kai tyrimo dalyvė kol kas nenori kreiptis pagalbos, tačiau jai svarbu turėti kontaktus, kur galėtų kreiptis, jei tos pagalbos prireiktų.

Dalyviai taip pat minėjo nežinojimą ar netikėjimą, kad kažkas gali padėti (4), pagalbos atsisakymą (2), nepasitikėjimą specialistais (1), kas gali rodyti informacijos apie psichologinės pagalbos prieinamumą ir galimybes trūkumą. Minėtas ir vengimas kreiptis pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, kad nekiltų problemų darbe, kas rodo psichikos sveikatos sunkumų stigmatizavimą.

27 iš 33 (82%) artimųjų nurodė, jog informacijos, kur galėtų kreiptis pagalbos po artimojo savižudybės, iš pareigūnų ar kitų profesionalų iš karto po įvykio negavo, 6 dalyviai nurodė nepamenantys, ar gavo.

Tyrimo dalyviai išsakė, kad svarbi pačių specialistų aktyviai siūloma psichologinė pagalba po artimojo savižudybės. Reikalinga specializuota pagalba iš karto po netekties. Taip pat kitų sričių specialistai (šeimos gydytojai, kt.) turėtų žinoti pagrindinę informaciją, kur būtų galima nukreipti po savižudybės gedintį žmogų. Taip pat tyrimo dalyviai minėjo informacijos apie pagalbos vaikams po artimojo savižudybės poreikį.

Keletas tyrimo dalyvių susidomėjo po interviu tyrėjų siūlomais psichologinės pagalbos kontaktais.

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 sutiko dalyvauti 33 artimieji asmenų, kurie nusižudė 2016 m. sausio – spalio mėnesiais. Jie apklausti telefonu, naudojant pusiau struktūruotą interviu. Tyrimo rezultatai yra svarbūs tuo, kad surinkta tyrimo imtis gali būti laikoma reprezentatyvia, t.y. pagal dalyvių demografines charakteristikas ir savižudybių pasiskirstymą pagal metų mėnesius atitinka visą grupę asmenų, nusižudžiusių per pirmus 10 šių metų mėnesių. Tai reiškia, kad tyrime pastebėti dėsniumai pritaikomi visoms Vilniaus mieste įvykusioms savižudybėms.

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 dėsniumus nusižudžiusių asmenų gyvenime ir savižudybių prevencijos sistemos spragas.

Rezultatų apibendrinimas

1. *Dažniausiomis savižudybės priežastimis artimieji įvardino psichikos sveikatos problemas (52%), fizinės sveikatos problemas (46%), finansines problemas (33%) ir sunkumus dėl alkoholio vartojimo (24%).*

Tyrimo dalyviai beveik visais atvejais įvardindavo bent po kelias savižudybės priežastis. Šios priežastys paprastai buvo persipynusios, pvz. (1) neteko artimojo, atsirado sveikatos problemų, ėmė dar labiau vartoti alkoholį, prarado darbą; pvz. (2) susirgo psichikos liga, atsirado finansinių problemų.

2. *Tiek artimųjų, tiek „vartininkų“ – profesionalų, savo darbinėje veikloje dažnai susiduriančių su krizėje esančiais asmenimis (pvz., šeimos gydytojų, policininkų, socialinių darbuotojų) – gebėjimas atpažinti ir rimtai vertinti savižudybės krizės ženklus yra ribotas*

Žiūrint retrospektyviai, 76% tyrimo dalyvių nurodė prieš savižudybę matę įvairius savižudybės krizės ženklus, beveik pusė iš nusižudžiusių kalbėjo apie savo ketinimus. Tačiau tuo metu artimiesiems buvo sudėtinga į juos tinkamai sureaguoti. Prieš mirtį 76% nusižudžiusių taip pat lankėsi pas gydytoją (36% atvejų tai buvo šeimos gydytojas), 27% susidūrė su teisėsauga, 18% gavo socialinę pagalbą, tačiau jų savižudybės rizika nebuvo pastebėta ar nebuvo į ją tinkamai reaguota (pvz.

neatsižvelgimas į psichikos sveikatos būklę išduodant ginklą ar nusprendžiant neskirti priverstinio gydymo).

3. *Psichologinės pagalbos prieinamumas gydant somatinius sutrikimus itin svarbus*

Fizinės sveikatos sutrikdymai minėti 67% savižudybės atveju. Ypač paminėtina, kad net penktadalis vyrų savižudybių buvo susijusios su prostatos ligomis. Šie atvejai gali būti paaiškinami tuo, kad tokie sutrikimai sukelia stiprią baimę ir nerimą, ir laiku nesuteikus psichologinės pagalbos asmuo gali jaustis bejėgis, nematyti kitos išeities. Taip pat minėti kraujagyslių sistemos, judėjimo sistemos sutrikimai.

4. *Pagalbos teikimo sistemoje matyti pagalbos tęstinumo trūkumas*

Pagalbos tęstinumo trūkumas išryškėjo visose pagalbos teikimo grandyse: po mėginimo nusižudyti, išsirašius po psichiatrinio stacionaro ar prižiūrint asmens gydymą po pirminio diagnozės nustatymo. Po mėginimo nusižudyti tęstinis gydymas išsirašius iš stacionaro nebuvo minėtas nė vienu atveju. Tik pusei pacientų buvo suteikta tęstinė pagalba kai asmuo išsirašė po psichikos sutrikimų gydymo psichiatrinio profilio stacionare. Net ir tuomet kai tokia tęstinė pagalba buvo suteikiama, ji buvo ribota, pvz. vaistus toliau išrašinėjo neurologas, buvo minėti tik reti susitikimai su psichiatru.

5. *Specialistų gebėjimas atpažinti savižudybės riziką ir suteikti reikiamą pagalbą ribotas.*

Beveik pusė nusižudžiusiųjų turėjo diagnozuotus psichikos sveikatos sutrikimus, arti 40% lankėsi pas psichiatrą paskutiniu metu. Vis dėlto psichikos sveikatos specialistai arba neatpažino savižudybės rizikos, arba pagalbos teikimas nebuvo pakankamai efektyvus idant užkirstų kelią savižudybei.

6. *Pagalba, suteikiama esant chroniškiems psichikos sutrikimams, nėra pakankama*

Net 27% interviu minėta, kad nusižudęs asmuo turėjo psichikos sutrikimo, tokio kaip bipolinis sutrikimas, schizofrenija, diagnozę ilgą laiką, tačiau būklei pablogėjus nebuvo pastebėta, kad gydymas nebėra efektyvus, trūko gydymo tęstinumo ir psichosocialinio gydymo, kuris papildytų gydymą medikamentais.

7. *Priemonės, sukuriančios išorinę motyvaciją gydymuisi, naudojamos nepakankamai*

Tyrimo dalyviai minėjo, kad dažnai susidurdavo su tuo, kad kai asmuo atsisakydavo gydytis, specialistai nutraukdavo kontaktą, gydytojai toliau nebeteikdavo informacijos artimiesiems, ką daryti. Su tuo ypač susidurta kai asmeniui net ir gydymosi metu prasidėdavo pablogėjimas (pvz. manijos būseną), taip pat priklausomybių atveju. Tuomet iki pagalbos teikimo (priverstinio ar su asmens sutikimu) asmens būseną pablogėdavo tiek, kad padėti jau būdavo itin sudėtinga, o artimieji, stebėdami procesą, jausdavosi bejėgiais.

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

Tyrimo dalyviai teigiamai atsiliepė apie pareigūnų darbą registruojant mirties faktą, bendravimas vertintas kaip pagarbus, dėmesingas. Keletu atveju neigiamai vertintas šaltas, „be emocijų“

bendravimas, taip pat atvykusių tyrėjų pasimetimas, procedūrų nežinojimas. Vis tik pažymėtina, kad iniciatyva, kurios metu rekomenduojama jau registruojant mirties faktą policijos pareigūnams perduoti informacinį lankstuką „Tu nesi vienas“ asmenims, nukentėjusiems nuo artimojo savižudybės, neveikia: 82% artimųjų nurodė negavę tokios informacijos, o likę tyrimo dalyviai neprisiminė, ar ką nors yra gavę.

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

Tik 27% nusižudžiusių asmenų artimųjų nurodė, kad kreipėsi pagalbos po artimojo savižudybės, dauguma jų – moterys. Pagalba dažnai apsiribojo vaistų (raminamųjų, antidepresantų) vartojimu. Tyrimo dalyvių nuomone, būtų svarbi pačių specialistų aktyviai siūloma specializuota psichologinė pagalba po artimojo savižudybės, taip pat kitų sričių specialistų nukreipimai tokiai pagalbai. Artimieji ypač pasigenda specializuotos pagalbos vaikams, netekusiems artimųjų dėl savižudybės.

Rekomendacijos savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui

1. Dauguma nusižudžiusių 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.
2. Asmenims, turintiems fizinės sveikatos sutrikimų, ypač vyrams turintiems prostatos 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.
3. Pagalbos teikimo sistemoje svarbu užtikrinti pagalbos teikimo tęstinumą, ypač pagalbos tęsimą po stacionaraus psichiatrinio gydymo ir/ar mėginimo nusižudyti; pagalbos teikimas neturi baigtis asmeniui išėjus iš ūmios būsenos. Tokį tęstinumą galėtų užtikrinti atvejo vadyba, kuomet pereinant iš vienos gydymo įstaigos į kitą asmeniui padedama susirasti tinkamą tolimesnę pagalbą, bei proaktyvumas teikiant pagalbą, kuomet patys specialistai aktyviai siūlo tęstinę pagalbą, nelaukdami kol pats asmuo jos kreipsis.
4. Tyrimo rezultatai rodo, kad specialistams trūksta efektyvių žinių kaip atpažinti ir valdyti savižudybės riziką. Psichiatrams rekomenduotume specializuotus mokymus (pvz. CAMS), kaip padėti pacientams, esantiems savižudybės krizėje.
5. Tyrimas rodo, kad chroniškų psichikos sutrikimų gydymas šiuo metu nepakankamas, nepastebimi būklės pablogėjimai ar kuomet iki tol veiksmingas gydymas nustoja būti

efektyvus. Svarbu užtikrinti chroniškų psichikos sutrikimų gydymo tęstinumą bei didinti psichosocialinės pagalbos prieinamumą gydant tokius sutrikimus. Tam 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.

6. 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. Taip pat būtų naudingos ankstyvosios intervencijos priklausomybių atvejais, kuomet asmens būklė dar nėra pažengusi ir keisti elgesį yra lengviau.
7. Būtina užtikrinti, kad policijos pareigūnai, registruodami mirties faktą dėl savižudybės, perduotų visiems artimiesiems informacinį lankstinuką „Tu nesi vienas“. Šiuo metu nei vienas tyrimo dalyvis nenurodė gavęs tokį lankstinuką.
8. 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.