

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas
Suicidologijos tyrimų centras

Mokslinio tyrimo

„Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2017 m. lapkričio – 2018 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizė“

ATASKAITA

Mokslinio tyrimo vadovas: doc. dr. Paulius Skruibis

Mokslinio tyrimo vykdytojai – tyrėjai: prof. habil. dr. Danutė Gailienė, dr. Said Dadašev, dr. Eglė Mažulytė-Rašytinė, Odeta Geležėlytė, Jolanta Latakienė, Andrius Lošakevičius

2019 m. sausio 10 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	9
TYRIMO REZULTATAI	9
Tyrimo dalyviai	9
Nusižudžiusių asmenų demografiniai rodikliai	9
Nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai rodikliai	11
Savižudybės aplinkybės	12
Artimųjų išskirtos savižudybės priežastys	12
Netikėtumas	16
Ankstesni mėginimai nusižudyti	16
Sveikatos būklė ir sutrikimai	18
Fizinė sveikata	18
Psichikos sveikata	19
Alkoholio vartojimas	20
Gautos sveikatos priežiūros paslaugos	21
Susidūrimas su teisėsauga ir socialinė pagalba	24
Pagalba ketinantiems nusižudyti: tyrimo dalyvių siūlymai	25
Policijos darbas įvykio metu	26
Pagalba po artimojo savižudybės	26
TYRIMO IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	28
Rezultatų apibendrinimas, lyginant su 2016 m. ir 2017 m. atlikto tyrimo rezultatais	28
Rekomendacijos savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui:	32

MOKSLINIO TYRIMO TIKSLAS

Mokslinio tyrimo tikslas – atlikti vaikų ir suaugusiųjų savižudybių, įvykusių 2017 m. lapkričio – 2018 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. ir 2017 m. analizės rezultatais ir pateikti rekomendacijas bei išvadas savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui.

MOKSLINIO TYRIMO EIGA

Mokslinis tyrimas buvo vykdomas 2018 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. ir 2017 m. vykdytų mokslinių tyrimų 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 (įtrauktas naujas klausimas apie išsilavinimą) ir jų artimuosius. Kaip ir 2017 m., buvo nuspręsta esant galimybei atlikti interviu su keliais iš nusižudžiusiųjų artimųjų.

Tyrimo atlikimas

Šio etapo metu buvo kontaktuojama su 2017 m. lapkričio – 2018 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 2017 m. lapkričio – 2018 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 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 viešoje vietoje“, bei apibrėžiant teritoriją, kurioje užregistruotas įvykis – Vilniaus miesto 1-ojo, 2-ojo, 3-ojo, 4-ojo, 5-ojo, 6-ojo policijos komisariatu, 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 2017 m. lapkričio mėn. iki 2018 metų spalio mėn. PRĮR užfiksuoti 2121 atvejais, kai rasti mirę žmonės. Iš jų buvo atrinkti 77 atvejai, kai asmuo galimai nusižudė. Palyginimui - vykdant 2016 m. analizę, atrinkti 103, o 2017 m. analizę - 107 atvejai. Tačiau į šį skaičių įeina ne tik Vilniaus mieste, bet ir rajone rasti asmenys. Atsižvelgiant į ankstesnių tyrimų patirtį, kuomet dėl tyrimo vykdymo procedūrinių ypatumų į savižudybių atvejų imtį pateko ir Vilniaus raj. gyventojų, sutikslinus pagal gyvenamąją vietą, nustatyti 66 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, kuruojamame 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 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).

Apibendrinant, galimi keli paaiškinimai dėl neatitinkančios PRĮR surinktų atvejų ir HI oficialiosios 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 (pvz. liepos mėn.).

2. Netikslūs aprašymai registruojant įvykį – pavyzdžiui, pagal pranešėjo informaciją į registrą įvedami duomenys apie galimą savižudybę, tačiau susisiekus su artimaisiais paaiškėjo, kad ši versija nebuvo patvirtinta.

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

2017/2018 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>
2017 m. lapkritis	4	5	3	1	7	6
2017 m. gruodis	0	0	7	5	7	5
2018 m. sausis	3	3	3	3	6	6
2018 m. vasaris	0	0	5	5	5	5
2018 m. kovas	1	0	4	4	5	4
2018 m. balandis	3	0	2	1	5	1
2018 m. gegužė	0	0	7	5	7	6*
2018 m. birželis	2	1	7	8	9	9
2018 m. liepa	3	5	6	6	9	11
2018 m. rugpjūtis	1	2	4	3	5	5
2018 m. rugsėjis	1	0	4	3	5	3
2018 m. spalis	2	2	4	3	6	5
VISO	20	18	56	47	76	66
Tik 2018:	16	13	46	41	62	55

Pastaba. * vieno žmogaus lytis PRĮR nenurodyta, asmenybė nenustatyta.

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 2018 m. oficialiosios statistikos (HI) duomenis su praėjusiais atitinkamais laikotarpiais (sausio - spalio mėn.), kaip ir pernai stebimas bendras savižudybių mažėjimas 10,1% lyginant su 2017 m. ir 20,5% lyginant su 2016 m.. Vilniuje 2016 m. buvo užfiksuotos 78 savižudybės, 2017 m. - 69, ir 2018 m. - 62.

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
2017 m. Lapkritis	241	6	3	1	1	1
2017 m. Gruodis	234	5	4	2	2	0
2018 m. Sausis	279	6	3	1	1	1
2018 m. Vasaris	253	5	5	3	2	0
2018 m. Kovas	254	4	2	1	1	0
2018 m. Balandis	217	1	0	0	0	0
2018 m. Gegužė	199	6	4	1	3	0
2018 m. Birželis	184	9	5	3	2	0
2018 m. Liepa	206	11	9	6	2	1
2018 m. Rugsjūtis	186	5	3	1	1	1
2018 m. Rugsėjis	127	3	2	1	1	0
2018 m. Spalis	216	5	6	4	2	0
IŠ VISO	2121	66	46 (69,7%)	24 (52,2%)	18 (39,1%)	4 (8,7%)

Peržiūrėjus PRĮR atrinktus Vilniaus gyventojų galimų savižudybių atvejus, buvo rasti 46 (69,7% nuo PRĮR užfiksuotų galimai savižudybės atvejų) asmenų artimųjų telefono kontaktai. Palyginimui - praėjusių metų analizės metu buvo rasti 36 (53,7%) kontaktai. Iš jų tyrime dalyvauti sutiko 24 (52,2%) nusižudžiusių asmenų artimieji, kurių kontaktai buvo perduoti tyrėjų grupei, 18 (39,1%) nesutiko ir 4 (8,7%) asmenims nepavyko prisiskambinti. Suvestinė pateikiama 2 lentelėje.

Renkant nusižudžiusių asmenų artimųjų kontaktus susidurta su tuo pačiu sunkumu, kaip ir vykdant ankstesnes analizes - 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, bylose informacija apie artimųjų kontaktus yra susegama taip, kad būtų neprieinama (pvz. užklajuojama 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.

3 lentelė. Atliktų interviu pasiskirstymas pagal mėnesius

Mėnuo	Sutiko dalyvauti tyrime	Atliko interviu	Neatliko interviu	Pastabos
2017 m. lapkritis	1	0	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2017 m. gruodis	2	2	0	
2018 m. sausis	1	1	0	
2018 m. vasaris	3	1	2	2 atsisakė dalyvauti vėliau
2018 m. kovas	1	1	0	
2018 m. balandis	0	0	0	
2018 m. gegužė	1	0	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2018 m. birželis	3	3	0	
2018 m. liepa	6	5	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2018 m. rugpjūtis	1	1	0	
2018 m. rugsėjis	1	0	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau
2018 m. spalio	4	3*	1	1 atsisakė dalyvauti vėliau, *vieno interviu metu apklausti 2 artimieji
IŠ VISO	24	17 (71%)	7 (29%)	

Iš viso buvo gauti 24 asmenų sutikimai dalyvauti tyrime: iš gautų pirminių sutikimų dalyvauti tyrime, buvo atlikti 17 interviu (dalyvavo 18 artimųjų), 7 atsisakė susisiekti vėliau, arba tyrėjams

nebepavyko susisiekti. Iš viso tyrime dalyvavo 37% artimųjų, kurių kontaktai buvo identifikuoti. Toks atsako dažnis yra kiek mažesnis nei 2016 m. ir 2017 m., kuomet atitinkamai dalyvavo 56% ir 55% artimųjų, kurių kontaktai buvo identifikuoti. Vis dėlto PRJR buvo rasta ir daugiau kontaktų.

Tačiau, šių metų analizės atsako dažnis, pagal pirminį sutikimą dalyvauti tyrime, buvo panašus į 2016 m. ir 2017 m. - šiais metais interviu buvo atliktas su 71% davusių pirminį sutikimą, o 2016 m. ir 2017 m. - atitinkamai 83% bei 79% davusių pirminį sutikimą. Interviu atlikimo pasiskirstymas pagal mėnesius pateikiamas 3 lentelėje. Interviu trukmė buvo nuo 11 iki 88 minučių, vidutiniškai apie 53 min.

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 dviem 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 2017 m. lapkričio – 2018 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste įvykusias savižudybes, gautą ar negautą, bet buvusią reikalingą, sistemingą 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 16-os asmenų, 9-ių vyrų (56%) ir 7-ių moterų (44%), savižudybės. Toks lyčių pasiskirstymas ne visai atitinka oficialią statistiką, kurioje nurodoma 74% vyrų ir 26% moterų savižudybių (Higienos instituto patekti preliminarūs duomenys apie savižudybes Vilniaus mieste nuo 2017 m. lapkričio iki 2018 m. spalio mėn.). Tyrimo imties nusižudžiusiųjų asmenų

amžius svyravo nuo 19 iki 85 metų (amžiaus vidurkis 59; standartinis nuokrypis 22,82). Tikslinė tyrimo imtis buvo nusižudę Vilniaus miesto gyventojai. Tyrimo imties nusižudžiusių gyvenamoji situacija, šeiminė padėtis ir užimtumas ir išsilavinimas pateikiami 4-7 lentelėse.

4 lentelė. Nusižudžiusių gyvenamoji situacija

Gyvenamoji situacija	<i>N</i>	Proc.
Gyveno vienas(-a)	6	38%
Gyveno su sutuoktiniu(-e)/partneriu(-e) (taip pat ir vaikais)	5	31%
Gyveno su vaikais (taip pat ir kitais artimaisiais)	3	19%
Gyveno su tėvais	1	6%
Gyveno su kitais artimaisiais	1	6%

5 lentelė. Nusižudžiusių šeiminė padėtis

Šeiminė padėtis	<i>N</i>	Proc.
Našlys(-ė)	6	38%
Vedęs/ištekėjusi	4	25%
Nevedęs/netekėjusi	3	19%
Išsiskyręs(-usi)	3	19%

6 lentelė. Nusižudžiusių išsilavinimas

Išsilavinimas	<i>N</i>	Proc.
Vidurinis	7	44%
Aukštesnysis/profesinis	4	25%
Aukštasis	3	19%
Pradinis	2	13%

7 lentelė. Nusižudžiusių užimtumas prieš mirtį

Užimtumas	<i>N</i>	Proc.
Pensijoje	9	56%
Buvo bedarbis(-ė)	3	19%
Dirbo	2	13%
Mokėsi/studijavo	2	13%

Nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai rodikliai

Iš tyrimo metu apklaustų 18 nusižudžiusių asmenų artimųjų (dviem savižudybės atvejais buvo apklausta po 2 artimuosius), 12 (67%) buvo moterys ir 6 (33%) vyrai. Apklaustųjų amžius svyravo nuo 20 iki 61 metų, vidurkis 41,7 metų (standartinis nuokrypis 11,8). Dešimt (56%) interviu dalyvių nurodė prieš mirtį gyvenę kartu su nusižudžiusiuoju. Platesnė informacija apie interviu dalyvių santykį su mirusiuoju pateikiama 8-11 lentelėse.

8 lentelė. Tyrimo dalyvių ryšys su nusižudžiusiu asmeniu

Ryšys su mirusiuoju (tyrimo dalyvis yra)	N	Proc.
Dukra/sūnus	7	39%
Sutuoktinis(-ė)/partneris(-ė)	4	22%
Mama/tėtis	1	6%
Kita	6	33%

9 lentelė. Tyrimo dalyvių paskutinio bendravimo prieš savižudybę laikas

Paskutinio bendravimo prieš mirtį laikas	N	Proc.
Prieš kelias valandas iki mirties / tą pačią dieną	7	39%
Dieną prieš	7	39%
Prieš 2 savaites ar daugiau	3	17%
Prieš 2-7 dienas	1	6%

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

Bendravimo dažnumas	N	Proc.
Kasdien/beveik kasdien	11	61%
Keletą kartų per savaitę	3	17%
Keletą kartų per mėnesį	5	28%

11 lentelė. Tyrimo dalyvių santykio su nusižudžiusiuoju artumas

Santykio artumas	N	Proc.
Labai artimas	6	33%
Artimas	6	33%
Iš dalies artimas	3	17%
Nelabai artimas	3	17%

Savižudybės aplinkybės

Savižudybės būdas. Beveik visi nusižudžiusieji – 15 asmenų iš 16 – (94%) pasikorė, 1 asmuo (6%) savižudybei įvykdyti panaudojo vaistus.

Savižudybės vieta dažniausiai buvo pasirenkama namuose (14 asmenų, 88%), šalia namų – garaže (1 asmuo, 6%), miške (1 asmuo, 6%).

Savižudybių atvejų pasiskirstymas metų bėgyje, palyginant su Higienos instituto duomenimis, pateikiamas 12 lentelėje.

12 lentelė. Tyrimo imties ir oficialios HI statistikos palyginimas

2017 / 2018 m.	Tyrimo imties savižudybių atvejų kiekis	Proc.	Savižudybės 2016 m. Vilniaus mieste Higienos instituto duomenimis	Proc.
2017 m. lapkritis	0	0%	7	9,2%
2017 m. gruodis	2	12,5%	7	9,2%
2018 m. sausis	1	6,25%	6	7,9%
2018 m. vasaris	1	6,25%	5	6,6%
2018 m. kovas	1	6,25%	5	6,6%
2018 m. balandis	0	0%	5	6,6%
2018 m. gegužė	0	0%	7	9,2%
2018 m. birželis	3	18,75%	9	11,8%
2018 m. liepa	5	31,25%	9	11,8%
2018 m. rugpjūtis	1	6,25%	5	6,6%
2018 m. rugsėjis	0	0%	5	6,6%
2018 m. spalio	2	12,5%	6	7,9%

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 (*Pastaba:* vidinėse išskirtų priežasčių kategorijose procentinė suma gali viršyti 100%, kuomet vieno atvejo priežastys

gali būti priskiriamos kelioms kategorijoms, pvz.: nusižudžiusiajam buvo diagnozuoti keli psichikos ar fizinės sveikatos sutrikimai ir pan.) kartu su *pavyzdžiais* - trumpomis ištraukos iš tyrimo protokolų (tyrėjų perfrazuoti tyrimo dalyvių pasakojimai):

1. Psichikos sveikatos problemos (10 atvejų / 63%)
 - 1.1. *Pagal nustatymo pobūdį:*
 - 1.1.1. Specialistų diagnozuoti sutrikimai (5 atvejai / 31%)
 - 1.1.2. Artimųjų nuomonė (5 atvejai / 31%) Pvz.: *“Gal kokia užslėpta depresija buvo. Šeimos gydytoja jam rekomendavo nueiti pas psichologą ar tai psichiatrą, <...> buvo užregistruotas, bet nebesulaukė.”*
 - 1.2. *Pagal sutrikimo pobūdį:*
 - 1.2.1. Depresija (8 atvejai / 50%) Pvz.: *“Ji apie 40 metų antidepresantus ir raminamuosius nuolat vartojo ir lankėsi pas gydytojus, jai buvo diagnozuota depresija be psichozės.”*
 - 1.2.2. Kiti sutrikimai: psichosomatiniai sutrikimai, fobijos, nerimas ir kt. (viso: 2 atvejai / 13%). Pvz.: *“Ji silpnų nervų, pergyvendavo dėl visko, baimė, kiekvieną rudenį bijodavo viena savo namuose likti, naktys ilgos, dienos trumpos, vis ji jaudindavosi, baimindavosi dėl kažko, kad liks viena...”*
 - 1.2.3. Schizofrenija, schizoafektinis sutrikimas ar psichozės epizodas (1 atvejis / 6%) Pvz.: *“<...> daktarai nebuvo kitų ligų pripažinę. Paskutinius du rudenius jai pradėjo vaidintis, tarsi ją puola, paskutinį rudenį ir pats buvau išsigandęs, ryškus proto užtemimas, <...> savaitė prieš savižudybę buvo nusišnekėjimų <...>.”*
 - 1.2.4. Nežino tikslios diagnozės (1 atvejis / 6%) Pvz.: *“Pavasarij kreipėsi jis pats į psichiatrą. Daugiau nieko nežinau, bet yra vaistai <...>.”*
2. Santykių problemos (8 atvejai / 50%)
 - 2.1. Konfliktai, sudėtingi santykiai (5 atvejai / 31%) Pvz.: *“Ji sunkiai prisitaikė, įžeidinėjo, kritikavo, jei kas ne taip - blogai, o apie mane visai negalvojo. Ir kitiem kaimynam pradėjo pasakoti apie tai. Seserį žemindavo, "kokia tu niekam tikusi", na, mes nuolat jai buvom niekam tikusios, nuo vaikystės...”*
 - 2.2. Išsiskyrimas ar skyrybos (3 atvejai / 19%) Pvz.: *“Jis išsiskyrė su žmona maždaug prieš 6 mėn. iki mirties.”*
 - 2.3. Neištikimybė (1 atvejis / 6%) Pvz.: *“Po mirties dar sužinojau, kad jis turėjo susirašinėjimo draugę - meilužę. Ji man po laidotuvių paskambino <...>.”*
3. Fizinės/somatinės sveikatos problemos (7 atvejai / 44%)

- 3.1. Skausmai (2 atvejai / 13%) Pvz.: *“Ryte atsikeldavo ir jai viskas skauda, paskutinįkart buvo gerklė, darė daktarė tepinėli, nieko nėra, su gera nuotaika parėjau, džiaugiausi, o ji pesimistiškai, ji visad tokia - ‘Nieko jūs nesuprantat!’.”*
- 3.2. Kitos, paminėtos tik po kartą: Išsėtinė sklerozė, Alzheimeris, vėžys, širdies ir kraujotakos problemos, stuburo problemos, kaulų problemos, skrandžio ir virškinamojo trakto problemos, klausos problemos, judėjimo problemos, akių ligos (viso: 6 atvejai, 38%).
4. Darbo problemos (6 atvejai / 38%)
 - 4.1. Negalėjimas dirbti, susirasti ar išlaikyti darbą (3 atvejai / 19%) Pvz.: *“Jis dažnai keitė darbą – tik susiranda, neužilgo užgerdavo, tada biuletinį gaudavo ir galiausiai jį išmesdavo.”*
 - 4.2. Darbo praradimas, taip pat skausmingas išėjimas į pensiją (3 atvejai / 19%) Pvz.: *“Jis visada daug važinėjo, dirbo <...>. Dažnai nebūdavo namie, grįždavo tik savaitei ar dviem. Kai išėjo į pensiją, jam buvo smūgis, nes viskas buvo neįprasta, sunku.”*
5. Priklausomybė nuo alkoholio ar žalingas jo vartojimas (5 atvejai / 31%) Pvz.: *“Leidau jam suprasti, kad turi mesti alkoholį. Į AA jį vedžiausi, bet jam niekas nepatiko. Ten kelio nerado <...>. Pas jį nebuvo realizmo, daug fantazuodavo. Kai nepasisekdavo, gerdavo.”*
6. Artimojo(-ųjų) netektis(-ys) (5 atvejai / 31%) Pvz.: *“Kai vyras mirė, tai po mėnesio būtų buvę 50 metų jų bendro gyvenimo. Jai tai labai daug davė, ji labai mylėjo savo vyrą. <...> Ji sakydavo, kad pasiilgo vyro. Ir ji sakydavo, kad jis ją pasiims. Kadangi jis nepasiėmė, tai ji tai ir padarė [nusižudė].”*
7. Vienišumas, nereikalingumo jausmas (5 atvejai / 31%) Pvz.: *“Pas jį vaikų, šeimos nebuvo, buvo vienas. Buvo pensijinio amžiaus, 3 d. prieš mirtį išėjo į pensiją. Mes visi artimieji išsimėtę po Lietuvą. Gal jis jautėsi vienišas. Nei su kažkuo pasikalbėti buvo.”*
8. Finansinės problemos (4 atvejai / 25%)
 - 8.1. Skolos (2 atvejai / 13%) Pvz.: *“Tik po mirties pradėjo lįsti galai – jis buvo pasiėmęs paskolą, ko aš nežinojau, jos nemokėjo, nes buvo praradęs darbą - o man vis sakydavo, kad eina į darbą. Tik vėliau sužinojau, kad jis namie sandėliuke praleisdavo dieną. Tada maždaug mėnesis iki jo mirties atėjo kreditoriai ir pasakė, kad mūsų namą parduos iš varžytinių. Po mėnesio jis ir pasikorė.”*
 - 8.2. Pinigų trūkumas (1 atvejis / 6%) *“Prieš mirtį atsidūrė be pinigų, alkoholis nugalėjo.”*
 - 8.3. Numanomos, jų grėsmė (1 atvejis / 6%) Pvz.: *“Turėjo neatsiskaitymų I kurse. Manė, kad reikės mokėti už mokslą, jaudinosi.”*

9. Artimųjų problemos (3 atvejai / 19%) Pvz.: “<...> staiga mirė mūsų bendros draugės trejų metų sūnus, kuris turėjo tokią pačią ligą, kaip ir mūsų vaikas. <...> Tai manau irgi jį labai sukrėtė.”
10. Savižudybės artimoje aplinkoje (3 atvejai / 19%) “Jos šeimoje, brolis irgi nusižudė prieš maždaug 15 metų, labai jį mylėjo, pergyveno dėl jo <...>.”
11. Savarankiškumo praradimas, neveiksnumo išgyvenimas ar baimė tapti neveiksniu (3 atvejai / 19%) Pvz.: “Negalėjo savęs apsitarnauti. Anksčiau galėjo, nors ir lovoje buvo: pati pampersus pasikeisdavo ir pan. Jautėsi niekam nereikalinga, nenorėjo, kad ją prižiūrėtų. Nors buvo kam prižiūrėti, bet jai nepatiko, kad negali pati.”
12. Neefektyvi ar nesuteikta psichikos sveikatos specialistų pagalba (3 atvejai / 19%). Pvz.: “Taip pat psichiatras ligoninėje sakė, kad nenori tokiai jaunai rašyti, kad bandė nusižudyti. Man atrodo, kad taip ji negavo tinkamos specializuotos pagalbos. Karoliniškių poliklinikoje taip pat buvo jai nemalonu, kad kai slaugytoja ją nukreipinėjo pas psichiatrą ir psichologą, tai vos ne per visą koridorių rėkdama atidariusi gydytojo kabineto duris sakė ‘čia bandė nusižudyti’. Manau reikėtų daugiau konfidencialumo. Ir pas psichologą tik porą kartų apsilankė - tai irgi negalėjo tokia trumpa pagalba padėti - reikėjo, kad ne bendras psichologas būtų, o specifiskai su bandymais nusižudyti dirbantis.”
13. Žalingas/šalutinis psichotropinių vaistų poveikis (2 atvejai / 13%) “Daugiau fizinis diskomfortas buvo, nuo vartojamų vaistų. Ji nuo 1980-ųjų juos nuolat vartoja, didelėmis dozėmis. Trikdavo virškinimas, nerimo būdavo, nemigos. Ji vis išsakydavo savo blogą fizinę būseną, galiausiai po tokio fiziologinio pablogėjimo ją birželį hospitalizavo šiais metais, po visų jos skundų tokių, bet neaišku, ar jai grįžus buvo geriau.”
14. Nereguliarus psichotropinių vaistų vartojimas (2 atvejai / 13%) Pvz.: “Taip ir nerado jam tinkamų vaistų. Jis gal ir negėrė vaistų, nes radom jo bute krūvą pripirktų tablečių. Arba gal maišydavo su alkoholiu vaistus.”
15. Kitos priežastys, paminėtos tik po kartą (viso: 4 atvejai, 25%): priklausomybė nuo narkotinių medžiagų ar žalingas jų vartojimas, patirta vagystė, smurtavimas prieš artimuosius, kalėjimo patirtis, vaikystės trauminės patirtys, sunki reakcija į savo amžių (“vidurio amžiaus krizė”).

Tyrimo dalyviai visais atvejais įvardindavo bent po kelias savižudybės priežastis. Šios priežastys paprastai buvo persipynusios, pvz.: “Pagrindinė priežastis – alkoholis. Taip pat išėjimas į pensiją ir žmonos liga. Jis pats to nesakė, bet man atrodo, kad jam buvo baisu, jog žmona pirma numirs ir jis liks vienas”.

Netikėtumas

Paklausti, ar savižudybė jiems buvo netikėta, 17 (94%) tyrimo dalyvių atsakė teigiamai, 1 (6%) neigiamai. Tuo atveju, kai savižudybė nebuvo netikėta, tyrimo dalyvis pasakojo apie kelis ankstesnius savo artimojo bandymus nusižudyti neužilgo iki mirties.

Tačiau tik 3 (17%) tyrimo dalyviai jokių ženklų apie gresiančią savižudybę nepastebėjo, o 13 (81%) atvejų interviu metu paminėti įvairūs ženklai. Dažniausiai buvo minima:

- Kalbėjimas apie savižudybę (13 atvejų / 81%):
 - Tiesiogiai (pvz. „*noriu prisigerti tablečių ir niekada nebeatsikelti*“, „nedaug jau man liko gyventi - nusižudysiu“, „prisigėriau raminaujų, norėjau išeiti iš gyvenimo“, „aš pasidarysiu sau eutanaziją“) (7 atvejai / 44%)
 - Netiesiogiai (pvz. „gražu čia, bet dabar čia gyvens kiti“, „aš esu jums našta“, „po 50-mečio nebėra gyvenimo“, „nėra gyvenimo, man niekas neįdomu“) (6 atvejai / 38%)
- *Pasikeitęs elgesys* (7 atvejai / 44%) – pvz. atsiribojimas („nesiruošė sesijai, o žaidė žaidimus“, „atsiribojo nuo vaiko, jo nebemaitino“), neįprastas elgesys („apsimesdavo negyvu“), atsisveikinimai (itina švariai sutvarkyti namai; išsiskalbė savo apatinius drabužius, ant stalo pasidėjo akinius).
- *Ankstesni bandymai nusižudyti* (4 atvejai / 25%) – pvz. kelios dienos prieš mirtį artimasis tyrimo dalyvio akivaizdoje mėgino nusižudyti.
- *Pasikeitusi nuotaika ir išvaizda* (4 atvejai / 25%) – pvz. artimasis tapo žymiai liūdnesnis, mirties išvakarėse depresyvesnis; nuotraukose atrodė pasenęs.

Taigi, galima daryti išvadą, kad nusižudžiusiųjų artimieji pakankamai gerai pastebi savižudybės grėsmės ženklus – tiek elgesio pasikeitimus, tiek ir netiesioginį kalbėjimą apie savižudybę, tačiau kartu ir dažniau netiki, kad jie yra rimti (7 atvejai), daugiau dėmesio kreipia į artimojo savybes ar situacijas, nederančias su savižudybe (6 atvejai), dėl to į rizikos ženklus nesureaguoja laiku.

Ankstesni mėginimai nusižudyti

Septyniais atvejais (44%) artimieji žinojo apie ankstesnius artimojo mėginimus nusižudyti. Tarp anksčiau mėginusiųjų nusižudyti yra didesnė dalis moterų lyginant su visa tyrimo imtimi (3 vyrai ir 4 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 penki asmenys. Dviem iš šių atvejų savižudybės metodas buvo tas pats, kaip ir ankstesnio mėginimo nusižudyti metu, o trim atvejais mėginimo metu naudotas kitas metodas nei savižudybės metu. Anksčiau nei paskutinių metų bėgyje

mėgino nusižudyti du dalyviai: vienas tyrimo dalyvis mėgino nusižudyti prieš 3 ir daugiau metų, nežinomu būdu, kitas - daugiau nei prieš 10 metų, tokiu pačiu metodu, kaip ir savižudybės metu. Penki tyrimo dalyviai anksčiau mėgino nusižudyti daugiau nei vieną, du - vieną kartą.

Iš 7 mėginusiųjų nusižudyti 1 buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai (depresija). Apie vieną nusižudžiusįjį tyrimo dalyvis neturėjo tikslesnės informacijos.

Daugiau nei pusė (4) mėginusiųjų nusižudyti gavo pagalbą po įvykio, tačiau du iš jų dėl savo ankstesnių už pastarąjį mėginimą nusižudyti pagalbos, tyrimo dalyvių manymu, tikėtina, nėra gavę. Kitais trim atvejais pagalbos nebuvo sulaukta, vienu iš šių atvejų kaip priežastis minėta paties žmogaus nesikreipimas pagalbos, kitu - aplinkinių pagalbos trūkumas.

Prie pagalbos dažniausiai (2 interviu) minėta stacionarinė pagalba psichiatrinėse ligoninėse, iš jų vienu atveju buvo teikiama tęstinė pagalba, kitu - nėra žinoma. Trečias gavęs pagalbą mėginęs nusižudyti asmuo gavo ambulatorinę konsultaciją poliklinikoje pas gydytoją psichiatrą ir psichologą, dėl tęstinės pagalbos artimieji nebuvo tikri. Ketvirtu atveju po mėginimo nusižudyti buvo suteikta tik medicininė pagalba, jokia kita pagalba nebuvo pasiūlyta. Pažymėtina, kad nė vienu atveju artimieji neįvardino buvę patenkinti suteiktos pagalbos kokybe: kaip to priežastis artimieji minėjo kompleksinės pagalbos trūkumą remiantis vien vaistais (2), patirtą išgąstį ligoninės sąlygomis (1), ilgą pagalbos laukimo trukmę bei specialistų kompetencijos trūkumą (1). Pavyzdžiui.:

“reikėtų gal dar mažiau vaistais gydyti, gal daugiau alternatyviom priemonėm, bendravimu, ir draugė viena yra minėjusi, kad Didžiojoje Britanijoje labiau yra reguliuojamas vaistų skyrimas, žmonės neturi didelių kiekių, sukaupti neturi galimybės, tas neribotas kiekis vaistų... Nes ji nusižudė su dideliu kiekiu vaistų. Gal geriau būtų buvę, kad prie gydytojo ji vis apsilankiusi išgertų vaistus ar kažkaip panašiai.”

“Tik medicininė. Psichologinė pagalba nebuvo jokia suteikta ar pasiūlyta.”

“Toj ligoninėj buvo dar daugiau streso, ji matė, kaip ten žmones riša, muša”

“[Ligoninėje] reikėjo laukti gal dvi valandas - kai žmogus yra prigėręs vaistų, tai labai ilgai, numirti per tiek laiko gali. Taip pat psichiatras ligoninėje sakė, kad nenori tokiai jaunai rašyti, kad bandė nusižudyti. Man atrodo, kad taip ji negavo tinkamos specializuotos pagalbos. [Poliklinikoje] taip pat buvo jai nemalonu, kad kai slaugytoja ją nukreipinėjo pas psichiatrą ir psichologą, tai vos ne per visą koridorių rėkdama atidariusi gydytojo kabineto duris sakė 'čia bandė nusižudyti'. Manau reikėtų daugiau konfidencialumo. Ir pas psichologą tik porą kartų apsilankė - tai irgi negalėjo tokia trumpa pagalba padėti - reikėjo, kad ne bendras psichologas būtų, o specifiškai su bandymais nusižudyti dirbantis”

2018 metų tyrimo duomenyse pastebime didesnę ankstesnių mėginimų nusižudyti skaičių (44%, lyginant su 30% 2016 m. ir 32% 2017 m.). Kaip ir 2017 m. gautuose rezultatuose, tarp

anksčiau mėginusiųjų nusižudyti yra didesnė moterų dalis lyginant su visa tyrimo imtimi; 2016 m. anksčiau mėginusiųjų nusižudyti pasiskirstymas pagal lytį buvo panašus kaip ir visos tyrimo imties. Šiais metais didžiausia bandžiusiųjų nusižudyti dalis atliko ankstesnį savižudišką veiksmą paskutinių metų bėgyje ar prieš metus (71%, lyginant su 30% 2016 m. ir 40% 2017 m.). Taip pat šiais metais žymiai mažesnei bandžiusiųjų nusižudyti daliai buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai (14%, lyginant su 40% 2016 m. ir 67% 2017 m.). Šių metų duomenyse minėta, kad dėl ankstesnų mėginimų nusižudyti pagalbą gavo maždaug pusė asmenų (57%), t.y. kiek mažiau nei 2017 m. (67%), bet daugiau nei 2016 m. (50%). Pagalbos negavimo priežastimis įvardintos panašios į 2017 m. duomenyse atskleistas priežastis: asmens nesikreipimas į kitus, tačiau nebebuvo pastebėta nuostatų, jog pagalba nepadės; kaip tik, artimieji pabrėžė pagalbos svarbą ir nuogąstavo dėl pagalbos nepakankamumo. Kaip ir anksčiau (2016 m. ir 2017 m.), dažniausiai minėta tik medicininė ar stacionarinė pagalba psichiatrinėse ligoninėse, tačiau, kaip ir 2017 m., taip pat minėta ir ambulatorinė konsultacija ar tęstinis gydymas po stacionarinės pagalbos, kas nebuvo minėta 2016 m. Visgi, kaip ir praėjusiais metais atliktuose tyrimuose, taip ir šiame išryškėjo neigiamas suteiktos pagalbos kokybės vertinimas. Išsakytos priežastys panašios į 2017 m. tyrime minėtas: išgąstis dėl sąlygų psichiatrinės ligoninės stacionare, tačiau šįkart artimieji įvardino daugiau aspektų: kompleksinės pagalbos trūkumą, specialistų nekompetencijos ypatumus (konfidencialumo pažeidimas, įgūdžių neturėjimas dirbant būtent su bandžiusiais nusižudyti asmenimis), be to, nė karto nebuvo paminėtas pačių artimųjų skatinimas nesikreipti pagalbos, kuris buvo minėtas ankstesniuose tyrimuose. Galime kelti prielaidą, kad artimieji turi vis daugiau žinių apie pagalbos galimybes ir yra labiau jai motyvuoti, tačiau šie poreikiai vis dar nėra pakankamai atliepiami.

Sveikatos būklė ir sutrikimai

Ši rezultatų dalis pristato nusižudžiusiųjų 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 12 atvejų (75%). Dažniausiai minėtos traumos ir judėjimo sistemos ligos ar judėjimo sunkumai (4 atvejai, 25% visų dalyvių): stuburo skausmai, kojos trauma, dalies kūno paralyžius, rankų skausmai. Trimis atvejais minėtos širdies ir kraujagyslių sistemos ligos: aukštas arba žemas kraujospūdis, su kraujotaka susijęs galvos skausmas, bei regėjimo problemos ir jų ligos: vienos

akies regėjimo negalia, atšokusi tinklainė. Po du kartus buvo minėtos nervų sistemos ligos: išsėtinė sklerozė ir Alzheimerio liga, skrandžio ir virškinimo sistemos ligos, endokrininės sistemos liga: cukrinis diabetas. Likę sutrikimai minėti po vieną kartą: erkinis encefalitas, osteoporozė, onkologinė liga, kepenų nepakankamumas, klausos problemos, neaiškaus pobūdžio skausmas, neaiškaus pobūdžio ligos.

Šių metų tyrime nusižudžiusieji turėjo kiek daugiau fizinės sveikatos sutrikimų (75%, lyginant su 67% 2016 m. ir 52.3% 2017 m.). Kaip ir ankstesniuose tyrimuose, vieni iš dažniausiai minėtų sveikatos sutrikimų: traumos ir judėjimo sistemos ligos ar sunkumai bei širdies ir kraujagyslių sistemos ligos. Šįkart kiek dažniau paminėtos regėjimo problemos ir jų ligos, endokrininės ligos (cukrinis diabetas), skrandžio ir virškinimo sistemos ligos, bei nervų sistemos ligos (išsėtinė sklerozė, Alzheimerio liga). Svarbu paminėti, kad reagavimas į nervų sistemos ligos diagnozę arba nervų sistemos ligos simptomai, nusižudžiusiųjų artimųjų nuomone, buvo vienos iš itin svarbių priežasčių, prisidėjusių prie savižudybės. Taip pat svarbu pridurti, kad šiame tyrime prostatos ligos nebuvo paminėtos (lyginant su 21% 2016 m. ir 16.6% 2017 m.).

Psichikos sveikata

Artimųjų žiniomis, 6 asmenims (38%) buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai. Apie vieną nusižudžiusįjį tyrimo dalyvis neturėjo tikslesnės informacijos. Dažniausiai minėtas nuotaikos sutrikimas: depresija (3 interviu). Taip pat minėta priklausomybė nuo alkoholio (1 interviu). Dviem atvejais artimieji nebuvo tikri dėl tikslios diagnozės; vienu atveju iš artimojo išsakomų pastebėjimų galima kelti prielaidą apie psichozinio spektro sutrikimą. Dviem atvejais psichikos sutrikimas buvo diagnozuotas prieš 8-15 ir daugiau metų. Vienu atveju asmuo diagnozę turėjo paskutinius 4-7m., dar vienu - liga diagnozuota paskutiniaisiais metais, likus maždaug 4.5 mėn. iki savižudybės. Dviem atvejais artimieji nežinojo, kada tiksliai diagnozuotas sutrikimas. Du psichikos sutrikimai minėti kaip nustatyti stacionarinio gydymosi psichiatrinėje ligoninėje ar skyriuje metu, du - gydantis ambulatoriškai (psichikos sveikatos centre - 1, lankantis privačiose psichiatro konsultacijose - 1). Dviem atvejais artimieji nežinojo, kur buvo nustatyta psichikos sutrikimo diagnozė.

Penkiuose interviu (31%) artimieji turėjo įtarimų, kad mirusysis galėjo turėti nediagnozuotų psichikos sutrikimų. Keturiais atvejais minėta depresija, po vieną – bipolinis sutrikimas, psichozinio spektro sutrikimas, neaiškaus pobūdžio sutrikimai. Pavyzdžiui:

“Depresija. Buvo liūdnas, nematė vilties.“, “Depresija? Nieko nenorėjo daryti, su niekuo bendrauti, užsidariusi savyje.”

“Gal depresija ar bipolinis sutrikimas jai buvo, nes labai nuotaikos svyravo. Ir sakydavo, kad padėdavo ir močiutės ar mamos kažkokiu būdu gauti antidepressantai ir raminamieji.”

“2017 m. spalį buvo pablogėjimas, bet jo nediagnozavo - tie vaidenimaisi, gal dar depresija, gal dar kas... Aš tą paskutinį spalį paėmiau anksčiau mamą iš kaimo, visad paimdavau apie lapkritį, o šįkart spalį, nes jai vaidenosi - man paskambino jos kaimynė, sako, su mama blogai, ji vaikšto, pasakoja nebūtus dalykus, esą per naktį ją kankino, šaudė, peiliais pjaustė...Parlėkiau į kaimą, man tą patį sako, kad dabar aš kažko ten laukiu, mane vėl išsiveš... aš iškart pas psichiatrą su mama nuvažiavau, viską papasakojau.”

Šių metų tyrimo nusižudžiusiesiems psichikos sutrikimai buvo diagnozuoti kiek rečiau (38%, lyginant su 46% 2016 m. bei 74% 2017 m.). Kaip ir ankstesniuose tyrimuose, vyrauja nuotaikos sutrikimai, po jų minimi priklausomybė nuo alkoholio bei psichozinio spektro sutrikimai (2018 m. tyrime keliame prielaidą apie psichozinio spektro sutrikimą, nes artimasis nebuvo tikras dėl tikslios diagnozės). Kaip ir 2016 m. ir 2017 m., dažniausiai nusižudžiusiesiems psichikos sutrikimas buvo diagnozuotas prieš 8 ir daugiau metų; kaip ir 2017 m., panašiai mažesnei daliai nusižudžiusiųjų psichikos sutrikimas buvo diagnozuotas likus maždaug 4-7 arba 1-3 metams iki savižudybės. Be to, kaip ir 2017 m., nebuvo minėta neseniai, prieš savaitę ar keletą mėnesių (išskyrus vieną atvejį prieš 4.5 mėn.) diagnozuota psichikos liga (lyginant su 12% nusižudžiusiųjų 2016 m., kuomet neseniai iki savižudybės buvo diagnozuota depresija). Kaip ir anksčiau, dažniausiai psichikos sutrikimai nustatomi gydantis stacionariai psichiatrinėse ligoninėse ar skyriuose arba ambulatoriškai (psichikos sveikatos centre ar konsultuojantis privačiai). Šių metų tyrime artimieji kiek dažniau turėjo įtarimų, kad mirusysis galėjo turėti nediagnozuotų psichikos sutrikimų (31%, lyginant su 24% 2016 m. ir 26% 2017 m.); vėlgi, dažniausiai minėta depresija, taip pat kartojasi bipolinis sutrikimas ar neaiškaus pobūdžio sutrikimai.

Alkoholio vartojimas

Šešiais (38%) atvejais tyrimo dalyviai teigė, kad artimasis turėjo sunkumų dėl alkoholio vartojimo. Keturiais atvejais (25%) buvo minimas alkoholio vartojimo padažnėjimas artėjant savižudybei (dviem atvejais artimasis buvo apsvaigęs mirties metu), dviem atvejais (13%) dažnas vartojimas ilgus metus ir nesėkmingi bandymai gydytis ar priklausomybės neigimas. Pvz.:

„Žmogus prieš 7 metus gėrė, buvo priklausomas. Užgerdavo ir tai galėjo tęstis savaitę. Kreipėmės pagalbos, paskutinius 5 metus negėrė išvis. Susipykom - ir jis vėl pradėjo gerti.“

„Anksčiau jis tik per šventes išgerdavo, simboliškai. Per paskutinius kelis metus jis pradėjo daugiau gerti – gal ir dėl nemigos pradžioj, nes sakė, kad jam vaidendavosi naktimis. Po mirties jo bute buvo rasta daug alkoholio butelių.“

„Kasdien išgerdavo alaus, kartais dar degtinės, konjako ar kažko kito stipraus. Kai dirbo, gėrė mažiau, tik tada, kai grįždavo namo. Išgėręs pradėdavo rėkti, yra smurtavęs prieš močiutę, buvo užsimojęs ir prieš mane, nors ir nesudavė.“

Alkoholio vartojimo problemų dažnumas nesiskyrė 2016 m., 2017 m. ir 2018 m. tyrimo rezultatuose. Santykinai didesnė tyrimo dalyvių dalis minėjo vartojimo padažnėjimą artėjant savižudybei (25% šiemet, lyginant su 21% 2017 m. ir 18% 2016 m.). Taip pat mažesnė dalis pasakojo apie dažną artimojo alkoholio vartojimą ilgus metus (13% šiemet, lyginant su 21% 2017 m. ir 21% 2016 m.).

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 tam tikras tendencijas.

Iš viso 11 (69%) interviu minėta, kad asmuo paskutiniu metu lankėsi pas sveikatos priežiūros specialistą. Apie vieną nusižudžiusįjį tyrimo dalyvis neturėjo tikslesnės informacijos. Šeši asmenys lankėsi pas vieną specialistą, o 5 – pas kelių skirtingų sričių gydytojus. Konsultavę gydytojai:

- šeimos gydytojas (6 interviu, 38%);
- psichikos sveikatos specialistas (6 interviu, 38%):
 - gydytojas-psichiatras (4 interviu, 25%)
 - psichologas (1 interviu, 6%)
 - neaišku (1 interviu, 6%)
- kiti, ne psichikos sveikatos, gydytojai (5 interviu, 31%) – neurologo, otorinolaringologo, okulisto ir kitų specialistų konsultacijos.

Iš 6 asmenų, kuriems buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai, visiems buvo pasiūlytas gydymas. Visais atvejais minėtas gydymas vaistais, dviem atvejais minėta, kad žmogus lankėsi ar buvo lankęsis psichologo konsultacijose/psichoterapijoje, dviem atvejais nebuvo aišku, ar asmuo gavo psichologinę pagalbą.

Trijuose atvejuose buvo minėta, kad asmuo nors kartą yra gydęsis psichiatrinėje ligoninėje/skyriuje ar dienos stacionare. Vienu atveju buvo skirtas tęstinis gydymas (artimieji nebuvo tikri dėl gydymo pobūdžio), kitais dviem atvejais artimieji nebuvo tikri, ar tęstinis gydymas buvo skirtas. Iš trijų asmenų, besigydžiusių tik ambulatoriškai, dviem atvejais minėtas tik gydymas vaistais, vienu atveju - vaistais ir psichoterapija.

Teigiamą gydymo poveikį pastebėjo 4 iš 6 tyrimo dalyvių, minėta, kad sumažėjo simptomai, pagerėjo būseną: *“Ten pakelia, sumažina nusivylimo savimi”*; *“buvo linksmesnė, ir nemiga praėjo”*. Svarbu pridurti, kad du iš jų taip pat paminėjo ir teigiamo poveikio nebuvimo ženklus, tad

gauta, jog 4 atvejais iš 6 tyrimo dalyvių buvo paminėtas teigiamo gydymo poveikio nebuvimas. Jis sietas su gydymo neveiksmingumu (3 atvejai): *“Taip ir nerado jam tinkamų vaistų.”*, gydymo režimo nesilaikymu (2 atvejai): *“Bet nežinau, kodėl nustojo gerti vaistus, būtų gėrusi...”*; *“Jis gal ir negėrė vaistų, nes radom jo bute krūvą pripirktų tablečių. Arba gal maišydavo su alkoholiu vaistus.”*, buvo stebimas šalutinis vaistų poveikis (1 atvejis): *“nuo antidepresantų jis išvis nebesiorientuodavo, jokio teigiamo poveikio”*.

Gydymo kokybe buvo patenkintas tik 1 interviu dalyvis, įvardinęs, kad paties nusižudžiusiojo gydymo režimo nesilaikymas neleido tinkamai pasinaudoti gauta pagalba; taip pat vienas artimasis buvo iš dalies patenkintas gydymo kokybe, įvardinęs, jog gydymas kurį laiką buvo veiksmingas, tačiau ilgainiui jis nepadėjo įveikti ligos, pritrūko psichologinės pagalbos bei nusižudžiusiojo gydymo režimo laikymosi. Kiti šeši artimieji nebuvo patenkinti gydymo kokybe. Dažniausiai išsakyta priežastis dėl nusivylimo gydymu buvo specialistų dėmesio ir įsigilinimo į situaciją trūkumas (6 interviu): *“Nesu patenkinta - jeigu daktarė matė, kad stipri depresija, kaip buvo gegužę, o po to pagerėjo - turėjo pasakyti, ateikit po to vistiek”*, nepakankama artimojo motyvacija sau padėti (4 interviu): *“gal ji nenorėjo nieko”*; *“jis priešinosi, įtarus buvo”*, psichologinės pagalbos stoka ar gydymas tik vaistais (2 interviu): *“gal tikrai reikėtų daugiau ir kitokių gydymo būdų, ne vien tik vaistais, ir labiau reguliuoti tų vaistų skyrimą, ypač jei yra savižudybės tikimybė.”*, artimųjų neįtraukimas į gydymą (1 interviu): *“iš gydytojų galėtų būti daugiau iniciatyvos, pokalbio su artimaisiais, patarti, kaip bendrauti, kaip pagerinti žmogaus gyvenimą”*.

Svarbu paminėti, kad dar vienu atveju minėtas gydymas psichotropiniais medikamentais, nepaskirtas šeimos gydytojo, kito gydytojo specialisto ar psichikos sveikatos specialisto (gautas iš artimųjų). Minėta, kad asmuo vartojo raminamuosius ir antidepresantus. Tyrimo dalyvio minėta, kad asmuo turėjo nediagnozuotą psichikos sutrikimą.

Nediagnozuotų psichikos sutrikimų atveju (5 interviu), artimųjų nuomone, pagalba dažniausiai nebuvo suteikta dėl paties asmens baimės, skeptiškumo pagalbos atžvilgiu ar atsisakymo kreiptis į psichikos sveikatos specialistą (4 interviu): *“Ji pati nenorėjo gauti diagnozės, labai jos bijojo. Ji [išsilavinimas], norėjo dirbti mokytoja, tai galvojo, kad diagnozės turėjimas trukdys jai dirbti.”*, *“mama anksčiau buvo sakiusi eiti pas psichiatrą, bet jis sakydavo - kas aš tau, durnius? Buvo neigiamas jo požiūris į psichologus, psichiatrus. Jis užsidaręs savy buvo, rodydavo, kad jam viskas gerai.”*. Taip pat buvo minėtas neatpažinimas, kad tai buvo psichikos sutrikimas (3 interviu): *“Ligų nustatyta nebuvo, bet pastarąjį pusmetį ligų ieškojo, visą organizmą tyrė. Jam viską skaudėjo, blogai jautėsi. Privačiai lankėsi pas įvairius gydytojus.”*, nepakankama artimųjų iniciatyva kreipiant pagalbos (1 interviu): *“Jaučiuosi, kad per mažai kalbėjau, nenukreipiau, kad vyras pakalbėtų su juo.”*. Dalis artimųjų (3 interviu) manė, kad šiais atvejais galėjo padėti: psichikos sveikatos specialistų tinkamas reagavimas į išsakomus sunkumus (1 interviu):

“Neatkreipė dėmesio, testą kažkokį pasidarė, sako, "senatvė", o į ką aš kalbėjau, nesigilino, nieko nediagnozavo, <...> sakė "tiesiog senatvinis marazmas". <...> man atrodo, turėtų kitaip būti, jei kalbant apie sveikatos apsaugą - abejingai žiūrима, reiktų rimčiau. <...> Gal jei būtų rimčiau tuos vaidenimuisis pažiūrėję...Klausiau, "kas mamai"? Gūžčioja pečiais, "senatvė". Jei būtų tyrę giliau ir tuos vaidenimuisis, ką aš pasakojau, gal būtų buvę geriau...”, artimųjų/pažįstamų atpažinimas ir paskatinimas kreiptis pagalbos (1 interviu): “Gal aš pats galėjau daugiau ją nukreipti ir paskatinti eiti pagalbos. Nors tuo metu aš visai nežinojau, kaip reaguoti”, gydytojų/kitų specialistų aktyvumas siūlant ir suteikiant pagalbą (1 interviu): “Būtinai turi konsultuoti psichologai, kad žmogui vilties suteiktų. Bent kažkiek kartų pas psichologą turi būti privaloma. Reikia, kad būtų tos srities specialistas, kad mokėtų bendrauti nuoširdžiai. Jei būtų taip buvę, gal būtų kitaip praėję.”

Iš šių metų tyrimo duomenų matyti, jog kiek mažesnė dalis asmenų paskutiniu metu lankėsi pas sveikatos priežiūros specialistą (69%, lyginant su 76% 2016 m. ir 89% 2017 m.). Kaip ir anksčiau, didesnė dalis lankėsi pas vieną specialistą. Vėlgi, dažniausiai konsultuotasi su šeimos gydytoju (38%, lyginant su 36% 2016 m. ir 32% 2017m.) ir gydytoju psichiatru, tik šiais metais į jį kreiptasi rečiau (25%, lyginant su 39% 2016 m. ir 53% 2017m.). Su psichologu paskutiniu metu konsultuotasi retai, tokią pagalbą gavo 1 asmuo iš 16 (3 iš 19 2017 m. ir 0 iš 33 2016 m.).

Kaip ir anksčiau, visiems asmenims, kuriems buvo diagnozuotas psichikos sutrikimas, buvo pasiūlytas gydymas. Visada ar beveik visada minėtas gydymas vaistais, kitoks gydymas (psichologo konsultacijos ar psichoterapija) vis dar minimas rečiau (33% 2018 m., 43% 2017 m., 7% 2016 m.). Kaip ir ankstesniuose tyrimuose, bent pusė ar didesnė dalis asmenų nors kartą yra gydęsi psichiatrinėje ligoninėje/skyriuje ar dienos stacionare (50% atvejų 2018 m., 71% 2017 m., 79% 2016 m.); iš jų tęstinį gydymą gavo maždaug nuo trečdalis iki pusės nusižudžiusiųjų (33% atvejų 2018 m., 50% 2017 m., 55% 2016 m.). Ne stacionare, o ambulatoriškai pagalbą gavo pusė ar mažesnioji dalis nusižudžiusiųjų (50% 2018 m., 29% 2017 m., 14% 2016 m.); vėlgi, pagalba buvo paremta vaistais (50% atvejų vaistais, 25% vaistais ir psichoterapija 2017 m. bei 67% vaistais ir 33% vaistais ir psichoterapija 2018 m.).

Teigiamas gydymo poveikis (sumažėję simptomai, pagerėjusi būseną) buvo pastebėtas kiek dažniau nei ankstesnių metų tyrimuose (67%, lyginant su 50% 2016 m. ir 2017 m.). Kita vertus, tiek šiame, tiek ankstesniuose tyrimuose 50%-67% artimųjų minėjo ir neigiamą gydymo poveikį: dažniausiai išsakytas gydymo neveiksmingumas, gydymo režimo nesilaikymas, šalutinis vaistų poveikis. Iš gautų rezultatų matyti, jog bendrai gydymo kokybe buvo patenkinta dar mažesnė interviu dalyvių dalis, per pastaruosius tris tyrimus neviršijanti maždaug 1/3 (17% 2018 m., 7% 2017 m., 36% 2016 m.); tokiu atveju paprastai įvardinamas pastebėtas teigiamas gydymo poveikis. Kaip ir 2017 m., vienas tyrimo dalyvis minėjo psichikos sveikatos specialistų nepaskirtą psichotropinių vaistų vartojimą (gautą iš artimųjų). Deja, dažniausiai įvardinama nepasitenkinimo

gydymo kokybe priežastimi išlieka ta pati, kaip ir ankstesniuose tyrimuose: specialistų dėmesio ir įsigilinimo į situaciją trūkumas. Taip pat kartojasi psichologinės pagalbos stoka ar gydymas tik vaistais, artimųjų neįtraukimas į gydymą, netinkamos sąlygos psichiatrinėje ligoninėje. Šių metų tyrime dažniau buvo minėta ir nepakankama artimojo motyvacija sau padėti.

Iš šių metų tyrimo duomenų matyti, jog kiek didesnė dalis nusižudžiusių, artimųjų nuomone, turėjo nediagnozuotą psichikos sutrikimą (31%, lyginant su 24% 2016 m. ir 26% 2017 m.). Kaip ir ankstesniuose tyrimuose, dažniausiai pagalba, pasak artimųjų, nebuvo suteikta dėl paties nusižudžiusiojo neigiamų nuostatų psichikos sutrikimų ar psichikos sveikatos specialistų atžvilgiu, perdėto savarankiškumo. Kaip ir 2016 m., taip pat buvo minėtas neatpažinimas, kad tai buvo psichikos sutrikimas, bei pridėta kita priežastis, neminėta ankstesniuose tyrimuose: nepakankama artimojo iniciatyva kreipiantis pagalbos. Lyginant su 2016 m., kuomet viena iš pagalbos negavimo priežasčių buvo minėtas ne psichikos sveikatos gydytojo nenoras kreipti nusižudžiusįjį pagalbos (nepaisant įtarimų), 2018 m. tyrime tokių atvejų jau nebuvo minėta. Svarstydami apie tai, kas galėjo padėti nusižudžiusiajam gauti tinkamą pagalbą, artimieji visuose atliktuose tyrimuose (2018 m., 2017 m., 2016 m.) minėjo artimųjų arba ne psichikos sveikatos specialistų gebėjimą atpažinti psichikos sveikatos sutrikimus bei aktyvesnį paskatinimą kreiptis pagalbos, aktyvesnį psichikos sveikatos specialistų vaidmenį pasiūlant pagalbą. Taip pat 2018 m. tyrime paminėta, jog psichikos sveikatos specialisto konsultacija visgi įvyko, tačiau ji nebuvo kokybiška – nebuvo rimtai išgirsti artimojo nuogąstavimai dėl pablogėjusios šeimos nario psichinės būsenos.

Susidūrimas su teisėsauga ir socialinė pagalba

Vienu atveju (6%) tyrimo dalyvis minėjo, jog artimasis bendravo su socialiniu darbuotoju besigydydamas detoksikacijos centre. Šiuo atveju artimieji buvo patenkinti socialinės pagalbos kokybe, įvardino naudingas jų vedamas paskaitas.

Keturi (25%) nusižudžiusieji, tyrimo dalyvių teigimu, prieš mirtį turėjo susidūrimų su teisėsauga. Dviem (13%) atvejais dėl šeimos teisės, vienu atveju (6%) nusižudęs artimasis kalėjo dėl smurto artimoje aplinkoje, vienu atveju (6%) turėjo nepatikslingų susidūrimų dėl įvykio darbe.

Vienas tyrimo dalyvis buvo patenkintas teisėsaugos darbo kokybe, vienas nepatenkintas, du nežinojo, kaip dirbo pareigūnai. Nepasitenkinimą kėlė pareigūnų abejingumas, neatsižvelgimas į žmogaus finansinius sunkumus antstoliams paskirstant skolos išmokėjimo sumas. Pvz.:

„Turėjo bėdų su antstoliais – jis pats net neatsiminė, iš kur skolos. Dar prieš metus iki mirties jis dirbamas taksi vairuotoju padarė avariją, tai vairuotojo teises prarado. Dar jam buvo teismo priteisti alimentai jo nepilnamečio sūnaus priežiūrai. Nesąžininga atrodo praktika antstolių, jis kai uždirbdavo apie 400€, tai iš jo antstoliai paėmė 350€ – jis net neturėjo už ką pavalgyti.“

„Prieš pusantrų metų atsidūrė kalėjime. Mūsų mažas vaikas jam iškrito iš rankų, įtarė smurtą vaiko aplinkoje. Yra mane smaugti bandęs. Kai grįžo iš kalėjimo (likus 1,5 mėn. iki savižudybės), buvo be pinigų.“

Šiomet tokia pati dalis nusižudžiusiųjų susidūrė su teisėsauga iki mirties, kaip ir 2017 m. ir 2016 m. – 25% imties. Susidūrimų pobūdis išlieka panašus – įkalinimas dėl smurto šeimoje, patekimas į avariją, šeimos teisė (turto dalybos, alimentai). Tačiau šiomet nebuvo kreipimūsi į teisėsaugą dėl vagysčių (2017 m.) ar vairavimo išgėrus (2016 m., 2017 m.). Tad galima kelti prielaidą, kad šiomet susidūrimai su teisėsauga dažniau būdavo ne dėl vienkartinų įvykių, o tęstiniai procesai.

Pagalba ketinantiems nusižudyti: tyrimo dalyvių siūlymai

Atsakydami į klausimą apie tai, kaip dar buvo galima padėti jų nusižudžiusiam artimajam, tyrimo dalyviai minėjo, jog reikalinga psichologo pagalba. Svarbu aktyviai ją siūlyti, skirti daugiau dėmesio motyvavimui kreiptis į psichikos sveikatos specialistus, jei žmogus atsisako. Atkreiptas dėmesys, kad reikalinga specifinė aktyvi profesionali pagalba po bandymo žudyti: *„Manau bandymus nusižudyti reikia būtinai fiksuoti ligoninėje. Ir paskui iš ligoninės galėtų kas nors paskambinti ir pasiūlyti pagalbą žmogui, kuris mėgino nusižudyti ir buvo išrašytas į namus.“* Ligų atveju (pvz., išsėtinė sklerozė), taip pat svarbu užtikrinti psichologinę ar psichiatrinę pagalbą. Reikšminga mokėti atpažinti psichikos sveikatos sutrikimų bei savižudybės rizikos ženklus tiek sveikatos sistemoje, tiek bendrai visuomenėje (pavyzdžiui: *„Reikia atkreipti dėmesį į pagyvenusius žmones dėl depresijos“*; *„Gal reikėtų atidžiau stebėti tuos žmones, kurie serga sunkiomis ligomis, didelė fizinė kančia, nėra galimybės pasveikti, ypač jeigu žmogus labai į savarankiškumą linkęs - tada gal rizika didesnė, į juos reikėtų labiau atkreipti dėmesį“*; *„labai trūksta informacijos, ką daryti tokiose situacijose“*).

Šiais metais išryškėjo pagalbos senyvo amžiaus žmonėms svarba: skirti daugiau dėmesio, atkreipti dėmesį į psichikos sveikatos būklę, mažinti vienišumą, užtikrinti užimtumą bei bendravimo galimybes. Kaip ir ankstesniais metais, dalis tyrimo dalyvių minėjo, jog artimasis siūlomos pagalbos atsisakydavo. Tokie rezultatai rodo, kad motyvavimo priemonių poreikis, siekiant paskatinti žmogų kreiptis pagalbos esant savižudybės krizėje, išlieka. Artimųjų manymu, svarbus ir visuomenės požiūrio į psichikos sutrikimus keitimas, lankymosi pas psichikos sveikatos specialistus stigmos mažinimas. Tai paskatintų pačius žmones, galvojančius apie savižudybę, kreiptis pagalbos (pavyzdžiui: *„Iš pradžių gi sunku būna pripažinti, ir [nusižudžiusysis] sakydavo „aš ne durna, man viskas gerai“*).

Policijos darbas įvykio metu

Kaip ir ankstesniais metais, dauguma tyrimo dalyvių teigė, jog policijos pareigūnų darbą tiek mirties fakto fiksavimo, tiek įvykio tyrimo metu vertina gerai, viskas buvo atlikta tinkamai ir profesionaliai. Kasmet atliekant tyrimą išryškėja tinkamo pareigūnų bendravimo (pagarbaus, mandagaus, rūpestingo, jautraus, kai atsižvelgiama į artimojo būseną) svarba po artimojo savižudybės. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (9 interviu) akcentavo tokio bendravimo reikšmę. Pavyzdžiui: *„Po to kalbėjau su kriminalistais, buvau sužavėta jų takto, ramaus tono, tolerancijos, subtilumo <...> mus ramino, jie mums buvo pirmi psichologai. Ramino, neskubino, <...> bandė guosti mus.“*; *„Labai gerai, ir medikų, ir policijos. Labai taktiškai. Ir tie, kurie lavoną išvežė, labai malonūs, ypač kriminalistai, jokio spaudimo, labai ramiai.“* Kaip ir praeitais metais, tik viename interviu buvo minima, jog pareigūnų bendravimas buvo netinkamas (dalyviui bendravimas buvo pernelyg griežtas, trūko palaikymo). Tyrimo dalyviams svarbus tinkamas, išsamus informacijos apie tolimesnių įvykių eigą suteikimas, vertinamas bendradarbiavimas, pagalba (pavyzdžiui: *„Viskas gerai. Kūnas buvo laikomas ilgiau, bet čia ekspertizei. Bet padėjo mums. Bendradarbiauta buvo, visa informacija susakyta, nukreipta. Laidotuvių namų kontaktus davė. Viską pasakė, ką dabar daryti.“*).

Šiais metais tyrimo dalyviai išsakė kiek daugiau pastabų, susijusių su įvykio tyrimu. Trečdalis dalyvių teigė, jog, jų manymu, įvykio tyrimo procesai truko per ilgai, buvo vilkinami. Dviejuose interviu minėtos pastabos dėl nekokybiškai atlikto tyrimo. Trijuose interviu buvo minima, jog artimiesiems reikėjo ilgai laukti, kol į įvykio vietą atvyks pareigūnai ar kitos tarnybos (pavyzdžiui: *„Policija važiavo ilgai, greitoji netgi kelis kartus jiems skambino pasitikslinti, kada atvažiuos.“*)

Pagalba po artimojo savižudybės

Kaip ir ankstesniais metais didesnė dauguma tyrimo dalyvių pagalbos į specialistus po artimojo savižudybės nesikreipė. Iš 18 dalyvių 5 (28%) nurodė, kad kreipėsi pagalbos po artimojo savižudybės, 13 – nesikreipė. Didžioji dauguma besikreipusių pagalbos – moterys. Daugiausia naudotasi šiais pagalbos būdais: psichiatrinė ligoninė (3 dalyviai), savitarpio pagalbos grupės (3), psichologo konsultacijos (2), gydytojo psichiatro konsultacijos (2). Du dalyviai minėjo pasinaudoję asociacijos „Artimiems“ siūloma nemokamų 10 psichologo konsultacijų nusižudžiusių artimiesiems galimybe: *„Aš „Artimiems“ projekte dalyvavau, 10 konsultacijų su psichologu, labai padėjo“*. Dviejuose interviu atsiskleidė bendravimo su kunigu ar kitu dvasininku svarba.

Kaip ir ankstesniais metais, didelė dalis tyrimo dalyvių nurodė, kad su gedulu susijusius sunkumus sprendžia patys savarankiškai: pagalbos nesikreipė, nes nejautė poreikio (10) ar jautė, kad gali susitvarkyti patys (3). Apie pusė tyrimo dalyvių išskyrė artimųjų palaikymo svarbą. Keletas

dalyvių teigė, jog pagalbos nesikreipia, nes neturi laiko (3). Interviu metu minėtas netikėjimas, kad kažkas gali padėti (1), kaltės, gėdos išgyvenimai (2), skaudinantis aplinkinių kaltinimas dėl artimojo mirties (1).

61 % tyrimo dalyvių nurodė, jog informacinio lankstinuko, kur galėtų kreiptis pagalbos po artimojo savižudybės, iš pareigūnų ar kitų profesionalų iš karto po įvykio negavo, trys dalyviai nurodė nepamenantys, ar gavo. Dar trys dalyviai nurodė, jog gavo informacijos apie pagalbos po artimojo savižudybės galimybes.

Nors didelė dalis tyrimo dalyvių teigė nejautę ar nejaučiantys pagalbos poreikio ar jautė galintys susitvarkyti su sunkumais patys, buvo siūloma, kad gedint po savižudybės reikalinga psichologo pagalba (*„Psichologinė pagalba tokiems atvejais yra būtina.“*; *„Labai reikia rūpintis tais, kurie lieka. Aš norėčiau, kad su manimi bendrautų toks psichologas kaip jūs. Atsakytų man į klausimus.“*) (5), taip pat išreikštas informacijos apie pagalbos galimybes poreikis (1). Trys dalyviai akcentavo, kad pagalba turėtų būti siūloma pačių specialistų aktyviai ne tik iš karto po įvykio, tačiau ir praėjus laikui, pavyzdžiui: *„Ir dar gal galėjo kas iš policijos paskambinti pasiūlyti pagalbą po kokio mėnesio po savižudybės.“* Taip pat šiais metais minėtas ir pagalbos artimiesiems, kurių aplinkoje žmogus bandė žudyti, poreikis: *„Dar galvoju, gal po bandymo žudyti būtų gerai suteikti pagalbą ir artimiesiems“.*

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 18 artimųjų asmenų, kurie nusižudė 2017 m. lapkričio – 2018 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, lyginant su 2016 m. ir 2017 m. atlikto tyrimo rezultatais

1. *Nusižudžiusiųjų artimieji vis geriau atpažįsta gresiančios savižudybės ženklus, bet dar per mažai supranta, kaip tinkamai į juos reaguoti*

Net 94% tyrimo dalyvių nurodė, jog artimojo savižudybė jiems buvo netikėta. Tai dar daugiau nei 2017 m. (64%) ir 2016 m. (91%). Ir tai nepaisant to, kad dauguma apklaustųjų gerai sugebėjo pastebėti savižudybės grėsmės ženklus: iš tų kuriems savižudybė buvo netikėta, tik 17% nurodė nematę jokių grėsmės ženklų kad artimasis gali nusižudyti (2017 m. tokių buvo 36%, 2016 m. - 27%). Tyrimo dalyviai nurodė, kad dauguma nusižudžiusiųjų kalbėjo apie savižudybę – 81% (lyginant su 49% 2016 m. ir 45% 2017 m.), artimieji taip pat pastebėjo ir jų elgesio bei nuotaikos pasikeitimus. Tačiau šių metų tyrime dar didesnė dalis netikėjo, kad artimasis gali nusižudyti (39%, lyginant su 14% 2017 m. ir 18% 2016 m.). Panašu, kad artimieji vis geriau pastebi savižudybės grėsmės ženklus – tiek elgesio pasikeitimus, tiek ir netiesioginį kalbėjimą apie savižudybę, tačiau kartu ir mažiau tiki, kad jie yra rimti, dėl to į ženklus nesureaguoja laiku. Galimas dalykas, kad visuomenę vis plačiau pasiekia informacija kad savižudybė grėsmė gali būti atpažįstama, bet dar labai trūksta žinių kaip į tai teisingai reaguoti.

2. *Dažniausiomis savižudybės priežastimis artimieji įvardino psichikos sveikatos problemas (63%), santykių problemas (50%), fizinės sveikatos problemas (44%), darbo problemas (38%).*

31% atvejų nurodomos ir su alkoholio vartojimu susijusios problemos. Alkoholio vartojimo problemų dažnumas nesiskyrė 2016 m., 2017 m. ir 2018 m. tyrimo rezultatuose. Bet šių metų imtyje didesnė dalis nusižudžiusiųjų pradėjo daugiau vartoti alkoholio artėjant savižudybei (25%

šiemet, lyginant su 21% 2017 m. ir 18% 2016 m.), rečiau minimi ilgalaikiai alkoholio vartojimo sunkumai.

Lyginant su 2017 m. duomenimis, šiais metais mažesnė dalis nusižudžiusiųjų (31%) turėjo psichikos sutrikimo diagnozę (lyginant su 74% 2017 m., ir 46% 2016 m.). Kaip ir ankstesniuose tyrimuose, vyrauja nuotaikos sutrikimai, po jų minimi priklausomybė nuo alkoholio bei psichozinio spektro sutrikimai. Bet dar tiek pat (31%) atvejų artimieji išsakė įtarimų, kad mirusysis galėjo turėti nediagnozuotą psichikos sutrikimą. Galimas dalykas, kad tai susiję ir su šių metų tyrimo imties specifika - joje daugiau senyvo amžiaus asmenų, šioje grupėje dar labiau susipina įvairaus spektro rizikos veiksniai, tokie kaip fizinės ir psichinės sveikatos problemos, vengimas pripažinti savo psichologinius sunkumus (o juo labiau kreiptis dėl to pagalbos), sunkinančios gyvenimo aplinkybės, izoliacija, vienišumas ir pan.

Bendrai tyrimo dalyviai beveik visais atvejais įvardindavo bent po kelias savižudybės priežastis. Šios priežastys paprastai buvo persipynusios.

3. Iškyla senyvo amžiaus žmonių savižudybių problema.

Šių metų tyrime labiau nei ankstesniuose iškilo senyvo amžiaus žmonių suicidinės rizikos problema: tyrimo imties nusižudžiusiųjų asmenų amžiaus vidurkis (59 m.) ir standartinis nuokrypis net 4 m. didesni nei 2016 m. ir 2017 m. tyrimuose. Net 56% nusižudžiusiųjų buvo pensininkai, 38% - našliai. Aptariant su artimaisiais galimas savižudybių priežastis, dažnai minėtos vienišumo, nereikalingumo temos, sutuoktinio liga ar netektis, išėjimas į pensiją, veiksnio praradimas, sveikatos problemos senyvame amžiuje. Tyrimo dalyviai akcentavo pagalbos senyvo amžiaus žmonėms svarbą - skirti jiems daugiau dėmesio, atkreipti dėmesį į psichikos sveikatos būklę, mažinti vienišumą, užtikrinti užimtumą ir bendravimo galimybes. Adekvati psichologinė pagalba somatinėje medicinoje išlieka didelė problema. Nusižudžiusiųjų artimieji dažnai nurodo, kad nepavyksta atkreipti sveikatos specialistų dėmesio į senyvo amžiaus žmonių psichologinę būklę - dažniausiai jie išgirsta tik vieną paaiškinimą - "*senatvė...*".

4. Pagalba suicidinę riziką keliančių sunkumų atvejais išlieka nepakankama ir vienpusiška.

2018 metų tyrimo imtyje pastebime didesnę ankstesnių mėginimų nusižudyti skaičių (44%, lyginant su 30% 2016 m. ir 32% 2017 m.), dažniausiai įvykusį per pastaruosius metus. Daugiau nei pusė jų gavo pagalbą po mėginimo nusižudyti. Bet *ne vienu atveju* artimieji nebuvo patenkinti suteiktos pagalbos kokybe - jie nurodo kompleksinės pagalbos trūkumą, kai remiamasi vien vaistais, vien medicininėmis priemonėmis, nemaloniais patirtis ligoninėje, specialistų kompetencijos trūkumą ("*reikėjo, kad ne bendras psichologas būtų, o specifiskai su bandymais nusižudyti dirbantis*"), šeimos narių neįtraukimą.

Kaip ir anksčiau, visiems asmenims su diagnozuotu psichikos sutrikimu buvo pasiūlytas gydymas. Visada ar beveik visada minėtas gydymas vaistais, kitoks gydymas (psichologo konsultacijos ar psichoterapija) vis dar minimas rečiau (33% 2018 m., 43% 2017 m., 7% 2016 m.). Kaip ir ankstesniuose tyrimuose, bent pusė ar didesnė dalis nusižudžiusių asmenų nors kartą yra gydęsi psichiatrinėje ligoninėje/skyriuje ar dienos stacionare (50% atvejų 2018 m., 71% 2017 m., 79% 2016 m.), iš jų tęstinį gydymą gavo maždaug trečdalis nusižudžiusiųjų (33% atvejų), vėlgi pagalba daugiausia buvo paremta vaistais (67% atvejų).

Penktadalis tyrimo dalyvių neefektyvią ar išvis nesuteiktą psichikos sveikatos specialistų pagalbą nurodo kaip artimojo savižudybės priežastį, 13% - žalingą psichotropinių vaistų poveikį.

Teigiamas gydymo poveikis (sumažėję simptomai, pagerėjusi būseną) buvo pastebėtas kiek dažniau nei ankstesnių metų tyrimuose (67%, lyginant su 50% 2016 m. ir 2017 m.). Bet bendrai gydymo kokybe buvo patenkinta maža interviu dalyvių dalis (17% 2018 m., 7% 2017 m.). Šįkart artimieji įvardino daugiau nepasitenkinimo pagalbos kokybe aspektų: dažniausiai nurodoma priežastis yra psichologinės pagalbos stoka ar gydymas tik vaistais, kompleksinės pagalbos trūkumas, specialistų nekompetencija (konfidencialumo pažeidimas, įgūdžių neturėjimas dirbant būtent su bandžiusiais nusižudyti asmenimis). Galime kelti prielaidą, kad artimieji turi vis daugiau žinių apie pagalbos galimybes ir yra labiau jai motyvuoti, tačiau šie poreikiai vis dar nėra pakankamai atliepiami.

Kalbėdami apie pagalbos kokybės gerinimą, artimieji nurodo tokius aspektus: 1) reikalinga psichologo pagalba. Svarbu aktyviai ją siūlyti, skirti daugiau dėmesio motyvavimui kreiptis į psichikos sveikatos specialistus, jei žmogus atsisako; 2) reikalinga specifinė aktyvi profesionali pagalba po bandymo žudyti; 3) somatinių ligų atveju taip pat svarbu užtikrinti ir psichologinę ar psichiatrinę pagalbą; 4) reikšminga mokėti atpažinti psichikos sveikatos sutrikimų bei savižudybės rizikos ženklus tiek sveikatos sistemoje, tiek bendrai visuomenėje.

Įdomu kad šių metų tyrime, skirtingai nuo ankstesnių, nė karto nebuvo nurodyta kad patys artimieji būtų raginę nusižudžiusįjį nesikreipti specialistų pagalbos. Jie kaip tik itin pabrėžia pagalbos būtinybę, pirmą kartą per šiuos tyrimus nurodo, jog nepakankama artimojo iniciatyva ieškant pagalbos buvo svarbiausia kliūtis jam padėti, nurodo aktyvaus motyvavimo ir destigmatizacijos poreikį.

Taigi matome, kad Vilniaus mieste diegiamas savižudybių prevencijos algoritmas ir toliau lemia teigiamus pokyčius, pagalba tampa vis labiau prieinama, keičiasi visuomenės nuostatos, o šių metų tyrimas iškelia naujas sistemines kompleksinės psichikos sveikatos pagalbos problemas.

5. Didelė problema - psichologinės pagalbos prieinamumas gydant somatinius sutrikimus

Šių metų tyrime net trimis ketvirtadaliais atvejų nurodyta, jog nusižudžiusieji turėjo fizinės sveikatos sutrikdymų (75%, lyginant su 67% 2016 m. ir 52.3% 2017 m.). Fizinės sveikatos sutrikdymai kaip svarbi prie savižudybės prisidėjusi priežastis artimųjų nurodyti net 44% atvejų (2017 m. buvo nurodyta 26% atvejų). Nurodomos gana įvairios sveikatos problemos: traumos ir judėjimo sistemos ligos ar sunkumai bei širdies ir kraujagyslių sistemos ligos. Šįkart kiek dažniau paminėtos regėjimo problemos ir jų ligos, endokrininės ligos (cukrinis diabetas), skrandžio ir virškinimo sistemos ligos, bei nervų sistemos ligos (išsėtinė sklerozė, Alzheimerio liga). Svarbu paminėti, kad reagavimas į nervų sistemos ligos diagnozę arba nervų sistemos ligos simptomai, nusižudžiusiųjų artimųjų nuomone, buvo vienos iš itin svarbių priežasčių, prisidėjusių prie savižudybės. Akivaizdu, kad sunkios psichologinės problemos žmonėms kyla įvairių somatinių sutrikimų atveju, todėl prieinama psichologinė pagalba somatinėje medicinoje yra ir labai svarbi savižudybių prevencijos priemonė.

Taip pat atkreipėme dėmesį, kad šių metų tyrime prostatos ligos kaip svarbi savižudybės priežastis nebuvo paminėtos (lyginant su 21% 2016 m. ir 16.6% 2017 m.). Galbūt tai sietina ir su tuo, kad šių metų tyrime buvo analizuota santykinai didesnė nusižudžiusių moterų atvejų dalis.

6. Išlieka poreikis destigmatizacijos ir išorinės motyvacijos gydymuisi

Šių metų tyrime dažniau buvo minėta ir nepakankama artimojo motyvacija sau padėti. Kai kuriais atvejais pagalbos vengimas įvardinamas ir kaip svarbi savižudybės priežastis. Įdomu, kad nebeprisitaikė atveju, kai patys artimieji rodo nepasitikėjimą specialistų pagalbos nauda ir paskatina artimąjį atsisakyti pagalbos arba ją nutraukti. Priešingai, visi artimieji pripažįsta pagalbos reikalingumą, matome kad vis daugiau apie ją išmano. Jie kritikuoja vienpusišką, vien medikamentiniu gydymu paremtą pagalbą, labai akcentuoja psichologinės pagalbos, kompleksinės pagalbos poreikį. Taip pat tyrimo dalyviai labai pabrėžia aktyviai siūlomos, tęstinės pagalbos poreikį.

Artimųjų manymu, labai 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.

8. Artimieji dažniausiai teigiamai vertina policijos darbą fiksuojant mirties faktą, bet nusiskundžia tyrimo proceso eiga

Kaip ir ankstesniais metais, artimieji dažniausiai teigiamai vertina pareigūnų darbą registruojant mirties faktą. Išryškėja tinkamo pareigūnų bendravimo (pagarbaus, mandagaus, rūpestingo,

jautraus) svarba po artimojo savižudybės. Taip pat tyrimo dalyviams svarbus geras, išsamus informacijos apie tolimesnių įvykių eigą pateikimas, bendradarbiavimas, pagalba. (Netinkamas pareigūnų bendravimas nurodomas tik viename interviu). Mažiau nei ankstesniais metais (2017 ir 2016) artimieji nurodo negavę iš policijos pareigūnų informacinio lankstinuko *Tu nesi vienas* (atitinkamai 61%, 82% ir 79%).

Tačiau šiais metais tyrimo dalyviai išsakė kiek daugiau pastabų, susijusių su įvykio tyrimu. Trečdalis teigė, jog, jų manymu, įvykio tyrimo procesai truko per ilgai, buvo vilkinami. Taip pat minėtos pastabos dėl nekokybiškai atlikto tyrimo, keliuose interviu nurodoma, jog artimiesiems reikėjo ilgai laukti, kol į įvykio vietą atvyks pareigūnai ar kitos tarnybos.

9. Nusizudžiusių asmenų artimieji vis labiau supranta pagalbos gedint po savižudybės reikalingumą, nors ir vengia jos kreiptis, be to, po įvykio ji dar pasiūloma retai.

Dauguma tyrimo dalyvių akcentuoja, kad gedint po savižudybės reikalinga informacija apie pagalbos galimybes ir psichologinė pagalba nusizudžiusių artimiesiems. Jie pabrėžia, kad pagalba turėtų būti siūloma pačių specialistų aktyviai ir ne tik iškart po įvykio, bet ir praėjus kuriam laikui po artimojo savižudybės. Pasinaudojusieji asociacijos “Artimiesiems” 2018 m. siūlyta nemokamų 10 psichologo konsultacijų galimybe, ją įvertino labai gerai. Taip pat šiais metais išreikštas poreikis pagalbos ir tiems artimiesiems, kurių aplinkoje žmogus bandė nusizudyti.

Šių metų tyrime daugiau nei 2017 m. tyrimo dalyvių nurodė, kad kreipėsi pagalbos po artimojo savižudybės (atitinkamai 28% ir 18%), dauguma jų – moterys. Išlieka ta pati tendencija, kuri išryškėjo jau 2017 m., kad besikreipusiųjų gauta pagalba įvairi, ne tik vaistų vartojimas, - tai ir ligoninė, ir psichologo ar kito specialisto konsultacijos, ir savitarpio pagalbos grupių parama, ir kunigo ar kito dvasininko pagalba. Bet tik trys tyrimo dalyviai nurodė, kad iškart po artimojo savižudybės gavo iš pareigūnų ar specialistų informacijos apie pagalbos gedintiesiems po artimojo savižudybės galimybes. Didelė dalis artimųjų vis dar vengia kreiptis pagalbos, bet matant kad racionaliai pagalbą jie supranta, būtina aktyviau plėsti pagalbą gedintiesiems galimybes.

Rekomendacijos savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui:

1. Tyrimas rodo, kad kasmet vis didesnė dalis nusizudžiusių turi fizinės sveikatos sutrikimų, įvardijamų kaip svarbi savižudybės priežastis. Būtina rimtai užtikrinti psichikos sveikatos pagalbą visose gydymo ir sveikatos priežiūros įstaigose. Gydytojai turi geriau išmanyti somatinių ligų psichologinius aspektus, psichologinės pagalbos reikalingumą (ypač senyvo amžiaus žmonėms), siūlyti kompleksinį gydymą, informuoti šeimos narius, motyvuoti pacientą priimti pagalbą.

2. Užtikrinti aktyvią, tęstinę, kompleksinę, specializuotą psichologinę pagalbą po mėginimo nusižudyti. Atsižvelgiant į didelę specialistų kaitą ir besikreipiančių asmenų sunkumų didelę įvairovę pirminiuose psichikos sveikatos centruose, realiausia tokią pagalbą būtų galima užtikrinti specializuotame ambulatoriniame centre, į kurį būtų nukreipiami visi Vilniaus mieste mėginę nusižudyti žmonės.
3. Senyvo amžiaus žmonėms būtina inicijuoti bendruomeninio lygio psichosocialines pagalbos galimybes, paramą, atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kad šios amžiaus grupės nusižudžiusiųjų problemos nebuvo tik somatinės ar psichikos sveikatos, bet ir vienišumas, pasyvumas (artimiesiems sunku įkalbinti juos kreiptis pagalbos).
4. Nusižudžiusiųjų artimiesiems pagalba turėtų būti siūloma keliais etapais. Pirmiausia, iš karto po savižudybės pareigūnai turėtų suteikti informaciją apie pagalbos galimybes. Tai galėtų būti lankstinukas „Tu nesi vienas“, papildant išsamesne informacija apie specializuotas pagalbos po artimojo savižudybės galimybes. Praėjus kiek laiko specializuota psichologinė pagalba turėtų būti siūloma aktyviai - paskambinant nusižudžiusiojo artimiesiems ir pakviečiant į konsultaciją.
5. Tyrimo rezultatai parodė, kad gerėja visuomenės žinios apie savižudybės grėsmės įvertinimą. Daugiau nei 80% nusižudžiusiųjų artimųjų nurodė matę suicidinės grėsmės požymius. Bet pasirodė, kad labai trūksta žinių kaip į tuos požymius reaguoti. Todėl specializuotuose mokymuose turi dalyvauti kuo platesnės visuomenės grupės, ne tik su suicidinės rizikos asmenimis susiduriantys specialistai.