ISSN 1392-6373
SVEIKATOS MOKSLAI
2012, Volume 22, Number 2, p. 55-60

SAVIŽUDIŠKO ELGESIO PAPLITIMAS PAGAL LYTĮ IR AMŽIŲ VILNIAUS MIESTE

ALVYDAS NAVICKAS[1], JAN HILBIG[1], VITA DANILEVIČIŪTĖ[1], ALGIRDAS DEMBINSKAS[1], SERGEJUS GLEBOVAS[2]
[1]Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika,
[2]Vilniaus greitosios medicinos pagalbos stotis

Raktažodžiai: *savižudybinis elgesys, ketinimas bei mėginimas žudytis, nusižudymas, mėginimų žudytis ir nusižudymų santykis, lytis, amžiaus tarpsniai.*

Santrauka

Nepaisant gerai žinomų ir vangiai mažėjančių aukštų Lietuvos savižudybių rodiklių, iki šiol mažai žinoma apie ketinimų ir mėginimų žudytis paplitimą ir jų charakteristiką šalyje. Tačiau tokios žinios būtinos siekiant sukurti efektyvesnę pagalbos bei prevencijos sistemą.

Šiame epidemiologiniame darbe analizuojami Vilniaus miesto greitosios medicinos pagalbos stoties vienerių metų duomenys apie savižudišką elgesį, pacientus ir antrosios gydymo pakopos vietą. Nagrinėjama ketinimų-mėginimų ir savižudybių paplitimas bei jų tarpusavio santykis pagal lytį ir amžiaus tarpsnius.

Dėl savižudiško elgesio 2007 m. Vilniuje registruota 815, t. y. 146,8 greitosios medicinos pagalbos iškvietimų 10^5 gyventojų, tarp kurių dėl ketinimų bei mėginimų žudytis buvo 734 (132,2 per 10^5 gyv.), o dėl nusižudymo – 81 (14,6 per 10^5 gyv.).

Straipsnyje pateikta detali savižudybinio elgesio analizė pagal savižudybės formas, lytį ir amžių. Diskutuojama apie galimą savižudybių prevencijos mastą.

Išvados: 1. Vilniuje vyrų ir moterų savižudybinis elgesys paplitęs vienodai. 2. Vilniuje savižudybinio elgesio pikai yra jauname amžiuje: vyrams – 19–34 metų amžiuje, moterims – 10–18 metų amžiuje. 3. Vilniuje savižudybinio elgesio formos pagal amžių skiriasi statistiškai reikšmingai: jaunesniame amžiuje vyrauja ketinimai-mėginimai nusižudyti, o su amžiumi savižudybinis elgesys darosi pavojingesnis, letališkesnis. 4. Vyriška lytis yra svarbus didesnio savižudiško letališkumo faktorius. 5. Savižudybių prevencijoje vaikų ir paauglių psichinės sveikatos specialistams turėtų tekti 10,3 proc., suaugusių psichinės sveikatos specialistams 81,5 proc., o gerontologinę pagalbą teikiantiems specialistams 8,2 proc. planuojamų resursų dalis.

ĮVADAS

Nepaisant išsamių žinių apie savižudybės reiškinio paplitimą Lietuvoje [1, 2] ir didelį susirūpinimą sukėlusių tarptautinių epidemiologinių palyginimų [3], kuriuose Lietuva pirmauja ir aiškiai lenkia net visas panašios socialinės ir ekonominės padėties kaimynines šalis, mažai žinoma, kiek Lietuvos gyventojų išgyvena bandymus nusižudyti, kokie jų demografiniai rodikliai, koks gydymas siūlomas tokiems pacientams. Kelis tyrimus mėginimų nusižudyti paplitimui nustatyti Vilniaus mieste 1995 metais atliko Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinikos ir Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės darbuotojai. Vėliau panašius darbus vykdė Kauno Medicinos universiteto reanimatologai. Taip pat panašius darbus vykdė Vilniaus universitetinės Greitosios medicinos pagalbos toksikologai ir psichiatrai. Išsamiau mėginimų nusižudyti dažnį ir psichosocialines bei klinikines savybes tyrė Telšių Psichikos sveikatos centro darbuotojai, disertacijas apsigynė vienas Kauno medicinos universiteto psichiatras bei viena Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinikos psichiatrė.

Vis dar trūksta tyrimų siekiant sukurti efektyvią savižudybės prevencijos sistemą. Privalu remtis išsamiais duomenimis apie aptariamo reiškinio paplitimą, mėginančių žudytis charakteristiką ir dabartinę pagalbos sistemą. Norint išgelbėti kuo daugiau gyvybių, būtina identifikuoti ir kokybiškai pasirūpinti šiais asmenimis, nes 1 proc. stacionare gydytų pacientų po tyčinio susižalojimo nusižudo per ateinančius dvylika mėnesių, mažiausiai 3 proc. – per penkerius metus. Užsienio mokslininkų duomenimis, save žalojančių asmenų savižudybės rizika, lyginant su bendrąja populiacija, yra šimtą kartų didesnė [4–6]. Savižudybės rizika po tyčinio susižalojimo didžiausia per pirmus metus, o tais pirmais metais ji didžiausia pirmais mėnesiais [7, 8].

Darbo tikslas: išnagrinėti savižudiško elgesio dėl lyties ir amžiaus paplitimą Vilniaus mieste.

Darbo uždaviniai: 1. Nustatyti savižudybinio elgesio

Adresas susirašinėti: Alvydas Navickas, el. p. alvydas.navickas@mf.vu.lt

formų paplitimą. 2. Nustatyti savižudybinio elgesio paplitimą pagal lytį. 3. Nustatyti savižudybinio elgesio paplitimą pagal amžių.

LITERATŪROS APŽVALGA IR APTARIMAS

Mėginimas žudytis apibrėžiamas kaip nemirtinos išeities veiksmas, kai asmuo tyčia elgiasi taip, kad be kitų intervencijos susižalotų arba apsinuodytų [9]. Kai kurie mokslininkai, norėdami akcentuoti sunkiai nubrėžiamą ribą tarp bandymo nusižudyti ir tyčinio susižalojimo, priduria, kad mėginimui nusižudyti būtinas bent tam tikro laipsnio noras mirti [10].

Jau daug metų Lietuvoje nustatomas vienas didžiausių Europoje ir pasaulyje savižudybių skaičius. 2007 m. 10^5 šalies gyventojų teko 29 savižudybės. Tai yra maždaug 3 kartus daugiau negu Europos Sąjungos vidurkis – 9,9, net 12–13 kartų daugiau nei Graikijoje ar Kipre ir 2,5 karto daugiau negu Lenkijoje. Skirtumas nuo kitų Baltijos šalių ne toks didelis, bet reikšmingas: Estijoje – 16,5, Latvijoje – 20,9 savižudybių 10^5 gyventojų [11].

Nepaisant problemos masto ir Lietuvos mokslininkų susidomėjimo savižudybės reiškiniu, nėra žinoma, kiek žmonių bando žudytis ir koks mėginančiųjų pasiskirstymas pagal amžių bei lytį. Kitose šalyse atlikti tyrimai atskleidė, kad mėginimų žudytis skaičiai priklausomai nuo amžiaus ir lyties pasiskirsto visai kitaip negu pačių savižudybių. Turimi duomenys rodo, kad Vokietijoje maždaug vienas iš dešimties mėginimų yra mirtinas [12], moterys ir jaunesni žmonės bando žudytis dažniau negu vyrai ir vyresni žmonės, tačiau vyrų ir vyresnių asmenų savižudiški veiksmai kur kas dažniau baigiasi mirtimi [9, 13]. Panašios tendencijos vyrauja ir kitose Vakarų pasaulio šalyse, tokiose kaip Švedija [14] ar JAV [10]. Taigi nagrinėjant mėginimų žudytis reiškinį kaip rimtą visuomenės sveikatos problemą, ryškėja visai kita pagrindinė rizikos grupė nei stebint pačių savižudybių tendencijas: dažniausiai nusižudo vyresni vyrai, bet pagal mėginimus minėtose šalyse pagal dažnumą pirmauja paauglės.

Siekiant nustatyti tikslius mėginimų nusižudyti skaičius, susiduriama su keliais sunkumais. Ne visi mėginę žudytis asmenys kreipiasi į gydymo įstaigas, o jiems ten patekus nelengva nustatyti, ar save žalojantis elgesys iš tikrųjų buvo susijęs su noru mirti. Be to, duomenis gavus anketomis ir nagrinėjant atsitiktinės reprezentacinės populiacijos imtis kyla mažo metodo jautrumo problema [15].

Įvairios šalys pasirenka skirtingą strategiją duomenims rinkti. Pavyzdžiui, JAV vyriausybė duomenis apie mėginimus žudytis renka iš visų greitosios pagalbos priėmimų skyrių į bendrą statistinę sistemą CDC [10]. Vokietijoje mėginimų žudytis skaičiai valstybės mastu nenustatinėjami asmens duomenų saugumo sumetimais: apie reiškinio dėsningumus tik apytiksliai sprendžiama pagal atskirus mokslinius tyrimus ir nuolatinę stebėseną keliuose miestuose [13, 14].

Lietuvoje tikslius mėginimų žudytis skaičius siekiama nustatyti pagal gydančių įstaigų nelaimingų atsitikimų priežasčių kodavimą, naudojantis TLK–10 X60–X84 kodais. Nuo 2009 m. toks kodavimas privalomas, tačiau kol kas ne visos gydymo įstaigos laikosi sveikatos apsaugos ministro įsakymo [16].

Apie mėginimų žudytis dažnį Lietuvoje yra surinkta dar nedaug duomenų. S. Naujokas [17] 2000 m. Telšių rajone anketiniu tyrimu nustatė, kad 6 proc. vyresnių nei 12 metų ir 4 proc. vyresnių nei 12 metų moksleivių teigia bandę žudytis ar planavę kokiu nors būdu pasitraukti iš gyvenimo. I. Šidlauskaitė-Stripeikienė, N. Žemaitienė ir J. Klumbienė [18] ištyrusios penkių Lietuvos rajonų gyventojus nustatė, kad 0,3 proc. jų yra labai rimtai galvoję apie savižudybę ir kūrę konkrečius savižudybės planus, o 0,5 proc. yra bandę žudytis.

TYRIMO METODOLOGIJA

Šiame epidemiologiniame analiziniame darbe peržiūrėtos visos Vilniaus greitosios medicinos pagalbos stoties (toliau – VGMPS) 2007 m. iškvietimo kortelės. VGMPS priima iškvietimus iš Vilniaus miesto teritorijos, kurioje 2007 m. gyveno 554 409 žmonės. Savižudybinis elgesys atrinktas pagal anamnezės duomenis: mėginimo žudytis arba dokumentuotas noras nusižudyti ir nusižudymas. Iš viso buvo nustatyta 815 savižudybinio elgesio atvejų. To paties asmens pakartotiniai mėginimai žudytis per tuos pačius metus skaičiuoti kaip atskiri bandymai, jeigu dėl jų iškviesta Greitoji medicinos pagalba. Toliau iš atrinktų kortelių duomenų nustatyta įvykio data, mėginusiojo nusižudyti lytis, amžius.

Atrinkti atvejai suskirstyti į dvi pagrindines grupes: 1) savižudybė, kai atvykus buvo rastas lavonas, 2) ketinimas ar noras nusižudyti bei mėginimas žudytis (ketinimas-mėginimas). Šiam tyrimui ketinimas ir mėginimas žudytis apibrėžtas kaip psichinės sveikatos sutrikimas, dėl kurio buvo iškviesta greitoji medicinos pagalba ir jis buvo dokumentuotas iškvietimo kortelės anamnezės dalyje.

Buvo nustatyti intensyviniai ir ekstensyviniai savižudybinio elgesio rodikliai: dažnis 10^5 gyventojų, lyginamoji procentinė dalis, savižudybinio elgesio formų santykis. Savižudybių rodikliai įvertinti pagal lytį bei penkis amžiaus tarpsnius: 10–18 m., 19–34 m., 35–49 m., 50–64 m. ir 65 m. bei daugiau.

Duomenų analizei naudota statistinės programos SPSS septyniolikta versija.

TYRIMO REZULTATAI

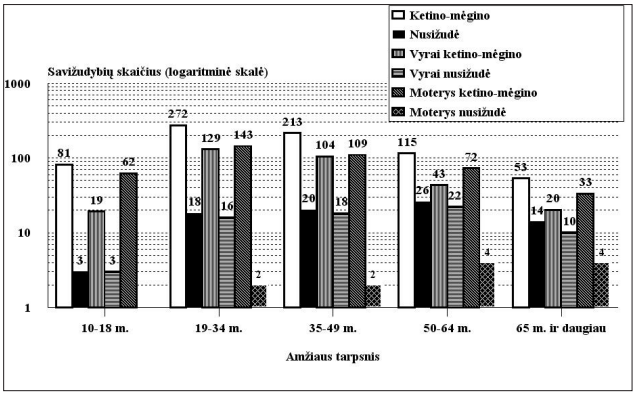
Dėl savižudiško elgesio 2007 metais Vilniuje registruota 815, t. y. 146,8 greitosios medicinos pagalbos iškvietimų 10^5 gyventojų (1 lentelė), kurių amžiaus vidurkis buvo 38,8 metai. Jauniausi savižudžiai buvo 12 metų berniukas ir mergaitė, o vyriausia – 93 metų senolė. Savižudybinio elgesio paplitimas pagal lytį buvo panašus. Minėtais metais iškvietimų dėl vyrų savižudybinio elgesio buvo 384, o dėl moterų kiek daugiau – 431, bet dėl skirtingų vyrų ir moterų populiacijų dydžių savižudybių dažnis skyrėsi atvirkščiai: vyrų savižudybinio elgesio rodiklis (3 lentelė) buvo 1,1 karto didesnis už moterų (4 lentelė): atitinkamai 152,5 ir 142,1 iš 10^5 gyventojų. Savižudybinio elgesio amžius pagal lytį (1 lentelė) buvo labai panašus: atitinkamai 39,43 [37,87–40,98] ir 38,26 [36,59–39,94] metai.

Detalesnė savižudybinio elgesio analizė parodė, kad tarp savižudybės formų, lyties ir amžiaus vidurkių yra reikšmingų skirtumų (1 pav. ir 1, 2, 3, 4 lentelės). Pavyzdžiui, dėl ketinimų-mėginimų žudytis buvo 734 (132,2 per 10^5 gyv.) GMP kvietimų, o dėl nusižudymo – 81 (14,6 per 10^5 gyv.). Matome, kad ketinimų-mėginimų buvo 9,1 karto daugiau nei nusižudymų, kurių lyginamoji dalis savižudybiniame elgesyje sudarė apie 10 proc. Ypač skyrėsi vyrų ir moterų savižudybinio elgesio formų santykis. Ketinusių-mėginusių ir nusižudžiusių vyrų rodiklių santykis buvo 4,6 karto, o moterys ketino-mėgino žudytis net 34,6 karto dažniau nei nusižudė. Tarp lyčių minėtas santykis skyrėsi net 7,5 karto. Nusižudžiusių lyginamoji dalis visame savižudyd

1 lentelė. Savižudybinio elgesio formų amžiaus charakteristika (Vilnius, GMPS, 2007)

Nr.	Savižudybinio elgesio formos	N	A_{VID}[PI]	A_{MIN}	A_{MAX}	R
1.	Iš viso	815	38,8 [37,66–39,96]	12	93	81
2.	Vyrai iš viso	384	39,43 [37,87–40,98]	12	84	72
3.	Moterys iš viso	431	38,26 [36,59–39,94]	12	93	81
4.	Visi ketinę-mėginę žudytis	734	37,86 [36,68–39,04]	12	93	81
5.	Vyrai ketinę-mėginę žudytis	315	37,97 [36,34–39,60]	12	81	69
6.	Moterys ketinusios-mėginusios žudytis	419	37,78 [36,11–39,45]	12	93	81
7.	Nusižudę iš viso	81	47,96 [44,02–51,9]	17	84	67
8.	Nusižudę vyrai	69	46,09 [41,9–50,28]	17	84	67
9.	Nusižudžiusios moterys	12	55,08 [42,12–68,05]	20	80	60

N – skaičius; A_{VID}[PI] – savižudžių amžiaus vidurkis ir 95% pasikliautinasis intervalas; A_{MIN} – jauniausio savižudžio amžius; A_{MAX} – vyriausio savižudžio amžius; R – amžiaus rangas.



1 pav. Savižudybinis elgesys pagal lytį ir amžiaus grupes (Vilnius, GMPS, 2007 m.)

2 lentelė. Savižudybinis elgesys pagal amžiaus tarpsnius (Vilnius, GMPS, 2007)

Nr.	Amžiaus tarpsniai	Savižudybinis elgesys									
		Iš viso			Ketino-mėgino			Nusižudė			M:N
		N	P	ld	N	P	ld	N	P	Ld	
1.	10–18 m.	84	150,0	10,3	81	144,6	11,0	3	5,4	3,7	26,8
2.	19–34 m.	290	198,6	35,6	272	186,3	37,1	18	12,3	22,2	15,1
3.	35–49 m.	233	176,4	28,6	213	161,2	29,0	20	15,1	24,7	10,7
4.	50–64 m.	141	147,0	17,3	115	119,9	15,7	26	27,1	32,1	4,4
5.	65 ≥ m.	67	89,4	8,2	53	70,7	7,2	14	18,7	17,3	3,8
Iš viso		815	146,8	100,0	734	132,2	100,0	81	14,6	100,0	9,1

N – savižudybių skaičius, P – savižudybių rodiklis (10^5 gyventojų), ld – savižudybių lyginamoji dalis (%), M:N – ketinusių-mėginusių nusižudyti ir nusižudžiusių rodiklių santykis.

3 lentelė. Vyrų savižudybinis elgesys pagal amžiaus tarpsnius (Vilnius, GMPS, 2007)

Nr.	Amžiaus tarpsniai	Vyrų savižudybinis elgesys									
		Iš viso			Ketino-mėgino			Nusižudė			M:N
		N	P	ld	N	P	ld	N	P	ld	
1.	10–18 m.	22	77,2	5,7	19	66,7	6,0	3	10,5	4,3	6,4
2.	19–34 m.	145	206,0	37,8	129	183,3	41,0	16	22,7	23,2	8,1
3.	35–49 m.	122	197,0	31,8	104	167,9	33,0	18	29,1	26,1	5,8
4.	50–64 m.	65	164,3	16,9	43	108,7	13,7	22	55,6	31,9	2,0
5.	65 ≥ m.	30	116,9	7,8	20	78,0	6,3	10	39,0	14,5	2,0
Iš viso		384	152,5	100,0	315	125,1	100,0	69	27,4	100,0	4,6

Santrumpas žr. 2 lentelėje

4 lentelė. Moterų savižudybinis elgesys pagal amžiaus tarpsnius (Vilnius, GMPS, 2007)

Nr.	Amžiaus tarpsniai	Moterų savižudybinis elgesys									
		Iš viso			Ketino-mėgino			Nusižudė			M:N
		N	P	ld	N	P	ld	N	P	ld	
1.	10–18 m.	62	225,3	14,4	62	225,3	14,8	0	0,0	0	N/A
2.	19–34 m.	145	191,7	33,6	143	189,1	34,1	2	2,6	16,7	72,7
3.	35–49 m.	110	156,7	25,8	109	155,3	26,0	2	2,8	16,7	55,5
4.	50–64 m.	77	136,6	17,6	72	127,8	17,2	4	7,1	33,3	18,0
5.	65 ≥ m.	37	75,1	8,6	33	67,0	7,9	4	8,1	33,3	8,3
Iš viso		431	142,1	100,0	419	138,2	100,0	12	4,0	100,0	34,6

Santrumpas žr. 2 lentelėje

biniame elgesyje pagal lytį aiškiai skyrėsi: 69 nusižudę vyrai sudarė beveik 18 proc. viso vyrų savižudybinio elgesio, o 12 nusižudžiusių moterų – 2,8 proc.

Analizuojant rezultatus buvo nustatyti ketinusių-mėginusių ir nusižudžiusių asmenų amžiaus vidurkiai. Jie statistiškai reikšmingai skyrėsi. Pavyzdžiui, nusižudžiusiųjų amžiaus vidurkis 47,96 [44,02–51,9] reikšmingai didesnis nei ketinančių-mėginančių žudytis – 37,86 [36,68–39,04] metai. Tokia pati amžiaus tendencija gauta palyginus rezultatus pagal lytį (1 lentelė). Svarbu pažymėti, kad pagal lytį ketinusių-mėginusių asmenų amžiaus vidurkis visai nesiskyrė, tačiau nusižudžiusios moterys buvo 9 metais vyresnės nei nusižudę vyrai. Todėl tarp nusižudžiusių ir ketinusių-mėginusių moterų buvo net 17 metų skirtumas, t. y. ketino-mėgino žudytis 38 metų moterys, o nusižudė – 55.

Atlikus tyrimą nustatyti labai reikšmingi savižudybinio elgesio skirtumai pagal savižudybės formą ir pagal amžiaus grupes (2 lentelė). Bendrai savižudybinis elgesys dažniausiai pasireiškė 19–34 metų amžiuje – 198,6 iš 10^5 gyventojų, o rečiausiai tarp senolių – 89,4. Nustatytas priešingas ketinusių-mėginusių ir nusižudžiusių žmonių pasiskirstymas amžiaus grupėse buvo statistiškai reikšmingas ($\chi2$=29,165; ll=4, p=0,0000). Dažniausiai ketino-mėgino žudytis jaunesnio amžiaus asmenys – iki 50 metų (77,1 proc.), pikas buvo 19–34 metų amžiaus grupėje – 186,3 iš 10^5 gyventojų. Nusižudydavo iki 50 metų ir per 50 metų beveik po lygiai, o nusižudžiusių pikas buvo 50–64 metų amžiuje – 27,1. Šių savižudybinio elgesio formų santykių skirtumas su amžiumi mažėja, pavyzdžiui, ketinusių-mėginusių ir nusižudžiusių rodiklių skirtumas 10–18 metų amžiuje – 26,8 kartai, 19–34 metų – 15,1 kartai, o 65 metų ir vyresnių – 3,8. Su amžiumi savižudybinis elgesys dažniau baigiasi mirtimi, t. y. mėginimai su amžiumi darosi pavojingesni, rimtesni.

Atlikus savižudybinio elgesio analizę pagal lytį ir amžiaus grupes gauta (3 ir 4 lentelės), kad 10–18 metų amžiaus moterims yra pavojingiausias – 225,3 iš 10^5 gyventojų, bet vyrams yra saugesnis – 77,2. Dažniausiai vyrams savižudybinis elgesys pasireiškia 19–34 metų amžiuje – 206,0 iš 10^5 gyventojų. Ir vyrų, ir moterų ketinusių-mėginusių nusižudyti ir nusižudžiusių dažnių struktūra pagal amžiaus grupes statistiškai reikšmingai skyrėsi (atitinkamai: $\chi2$=21,787; ll=4, p=0,0004 ir $\chi2$=13,761; ll=4, p=0,01). Abiem lytim buvo būdinga ta pati savižudybinio elgesio formų tendencija: ketina-mėgina žudytis dažniau jaunesnio amžiaus asmenys, pavyzdžiui, aiškiai didesnę ketinančių-mėginančių dalį sudarė vyrai ir moterys iki 50 metų amžiaus (tarp vyrų – 80 proc., tarp moterų – 75 proc.). Nusižudžiusių vyrų iki 50 metų ir per 50 metų lyginamoji dalis buvo beveik vienoda, o pikas 50–64 metų tarpsnyje – 55,6 iš 10^5 gyventojų. Nusižudžiusių moterų didesnė lyginamoji dalis buvo amžiuje per 50 metų (66,6 proc.), o pikas buvo tarp 65 metų ir vyresnių – 8,1 iš 10^5 gyventojų. Taip pat, kaip minėta aukščiau, su amžiumi savižudybinis elgesys dažniau baigėsi mirtimi tiek vyrams, tiek moterims. Pavyzdžiui, iš 6 ar 8 jaunesnio amžiaus vyrų nusižudo vienas, o vyresnių nei 50 metų amžiaus atveju daugelis mėginimų tampa ypatingai pavojingi, kas trečias mėginimas baigiasi mirtimi. Kalbant apie moteris, šių savižudybės formų santykis su amžiumi keičiasi ypač dramatiškai: 19–34 metų amžiuje ketinusių-mėginusių ir nusižudžiusių moterų rodiklių santykis buvo 72,7:1, 35–49 metų amžiuje – 55,5:1, 50–64 metų amžiuje – 18:1, o 65 metų ir vyresnių 8,3:1. Taigi amžius yra labai svarbus didesnės savižudybių rizikos faktorius.

DISKUSIJA, PASIŪLYMAI IR IŠVADOS

Reikia pripažinti, kad šio tyrimo metodologija neleidžia nustatyti ketinimų ir mėginimų žudytis, kai po įvykio nebuvo kviečiama Greitoji medicinos pagalba. Tačiau galima manyti, kad Greitosios medicinos pagalbos užfiksuoti atvejai vis tiek atspindi bendrus savižudiško elgesio dėsningumus. Tikėtina, kad tik maža dalis savižudžių buvo vežami į gydymo įstaigas kitomis transporto priemonėmis. Ketinimai užfiksuoti tik tokie, kurie aplinkiniams pasirodė tokie rimti, kad paskatino kreiptis pagalbos. Manome, kad šis tyrimas atskleidė didesnę savižudybinio elgesio dalį.

Jeigu tyrimo rezultatus pabandytume pritaikyti visai Lietuvos populiacijai, gautume, kad Lietuvoje dėl savižudybinio elgesio per metus mažiausiai turėtų kreiptis apie 5000 žmonių. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad savižudybinis elgesys vienodai paplitęs tiek tarp moterų, tiek tarp vyrų. Tai leidžia teigti, kad Lietuvoje tiek vyrai, tiek moterys yra apimti vienodos krizės ir savižudybių prevencija jiems turi būti organizuojama vienodu mastu. Tai, kad savižudybinio elgesio amžiaus vidurkis yra vienodas, leidžia manyti, kad tarp skirtingų lyčių yra daug panašių šiam elgesiui įtakių rizikos faktorių ir intervencijos bei postvencijos priemonės gali būti panašios.

Savižudybės prevencija neįsivaizduojama be konsultavimo artimųjų, kurie dažniausiai patiria didžiulį stresą ir neviltį. Norint, kad jie teisingai teiktų pagalbą, pradžioje reikia koreguoti jų psichinę būklę, o po to mokyti savižudybės prevencijos taisyklių, suteikti specifinių žinių ir nuolatos bendradarbiauti. Jeigu planuotume bent vienam šeimos nariui suteikti pagalbą, o po to jį apmokyti ir įtraukti į savižudybių prevencijos komandą, tai būtų dar apie 5000 pacientų su kuriais darbo krūvis būtų lygiai toks pats kaip ir su savižudžiais. Be abejo, prevencijos sėkmė labai priklauso nuo įtrauktų į procesą artimųjų skaičiaus. Todėl šis skaičius turėtų būti dar didesnis. Taigi planuojant savižudybių

prevencijos programas Lietuvoje reikėtų planuoti darbą su ne mažiau kaip 10 000 asmenų. Reikia prisiminti, kad savižudybių prevencinis darbas turi tęstis ne vienerius metus, todėl savižudybių prevencijos „našta“ visuomenei realiai turėtų būti planuojama dar didesnė.

Gauti Vilniaus mieste ketinusių-mėginimų ir nusižudžiusių santykiai ir pasiskirstymas pagal amžių yra labai panašūs į literatūros apžvalgoje minėtus užsienio autorių skelbtus tyrimų duomenis Vokietijoje ir kitose šalyse. Atlikta savižudybinio elgesio analizė pagal formą, lytį ir amžių leidžia tikslingiau planuoti ir paskirstyti savižudybių prevencijos priemones bei apgalvoti specifinę, su amžiumi susijusią pagalbą. Remiantis tyrimo duomenimis galima konstatuoti, kad Lietuvoje vaikams iki 12 metų ūmus savižudybinis elgesys nėra būdingas. Tyrimas parodė, kad vaikų ir paauglių psichinės sveikatos specialistams turėtų tekti 10,3 proc. visos savižudybių prevencijos dalies, suaugusių psichinės sveikatos specialistams – 81,5 proc., o gerontologams – 8,2 procentai resursų.

Planuojant savižudybių prevencijos pagalbą vaikams ir paaugliams reikia žinoti, kad Vilniaus mieste mažiausiai teks susidurti su 84 asmenimis, o pridėjus darbą bent su vienu iš artimųjų, prevencijos krūvis bus ne mažesnis kaip 170 asmenų. Pritaikius šiuos duomenis visai Lietuvai, per metus gali tekti susidurti su ne mažiau kaip 670 savižudžių vaikų ir paauglių ir tiek pat jų artimųjų, t. y. Lietuvos vaikų ir paauglių savižudybių prevencijos specialistai turėtų planuoti darbą beveik su 1400 asmenų. Taip pat reikia atkreipti dėmesį į tai, kad tris kartus dažniau teks susidurti su mergaitėmis. Tai, kad šiame amžiuje nusižudžiusiųjų lyginamoji dalis palyginus su vyresniu amžiumi yra nedidelė, neturi sumažinti taikomų prevencijos priemonių aktyvumo, nes prevencijos nepradėjus laiku susiformuoja ydingi elgesio modeliai, kuriuos vyresniame amžiuje yra kur kas sunkiau koreguoti ir tai reikalauja daug didesnių prevencijos priemonių resursų.

Suaugusių pacientų (nuo 19 iki 64 metų) su savižudybiniu elgesiu apimtis Vilniaus mieste yra apie 664 asmenys. Savižudybių intervencija ir postvencija turėtų būti planuojama mažiausiai 1300 asmenų. Lietuvoje reikėtų planuoti pagalbą mažiausiai 3800 savižudžių, t. y. dirbti mažiausiai su 7600 asmenų. Atkreipiamas dėmesys į tai, kad resursai turėtų būti planuojami vienodai abiem lytims gelbėti. Taip pat reikia įvertinti kitus su savižudybės forma, lytimi ir amžiumi susijusius aspektus. Ketinusių-mėginusių ir nusižudžiusių asmenų dažnių bei pasiskirstymo pagal amžių struktūros skirtumai leidžia teigti, kad reikia išskirti aukštos savižudybinės rizikos pacientus, su kuriais intervencinis darbas vyktų ypač aktyviai. Atliktame tyrime aiškiai nustatyta, kad su amžiumi savižudybių pavojingumas labai auga. Todėl galima numatyti, kad jaunesnio amžiaus pacientams pagalba dažniau gali apsiriboti vien tik ambulatorine, o su amžiumi vis dažniau gali reikėti taikyti savižudybių prevencijos etapą stacionare. Vienas iš svarbių savižudybių rimtumą didinančių faktorių yra lytis. Kaip rodo gauti tyrimo rezultatai, nors kalbant apie suaugusiuosius savižudybinis elgesys tarp lyčių nesiskiria, vyrų nusižudo 6 kartus daugiau nei moterų. Todėl vien tik vyriška lytis jau yra reikšmingas aukštesnės savižudybinės rizikos faktorius. Įvertinus nusižudžiusių vyrų lyginamąją dalį, galima teigti, kad beveik kas penktam vyrui su savižudybiniu elgesiu yra kraštutinai aukšta nusižudymo rizika ir jiems reikalinga intensyvi „sielos reanimacija“.

Senyvo amžiaus (65 metų ir vyresnių) žmonių su savižudybiniu elgesiu Vilniaus mieste buvo 67, o pridėjus bent po vieną artimą žmogų, galima būtų planuoti darbą su ne mažiau 134 asmenų. Galima prognozuoti, kad Lietuvoje tarp šio amžiaus tarpsnio žmonių per metus būna ne mažiau 400 savižudybinio elgesio asmenų, o visa pagalba turėtų būti planuojama beveik 800 žmonių. Šio amžiaus tarpsnio savižudžiai pasižymi labai dideliu savižudybinio elgesio rimtumu ir pavojingumu. Ypač dažnai vyrų savižudybiniai mėginimai baigiasi mirtimi, o moterų savižudybių dažnis šiame amžiaus tarpsnyje yra didžiausias. Galima prognozuoti, kad senyvo amžiaus žmonėms dažnai gali prireikti ne tik ambulatorinio, bet ir stacionaraus savižudybinio elgesio prevencijos etapo, turėtų būti planuojamas darbas su platesniu ratu artimųjų, taip pat dažniau gali tekti aktyviai derinti pagalbą su somatinę patologiją gydančiais, socialinę pagalbą teikiančiais specialistais.

Platesnis supratimas apie epidemiologinę savižudiško elgesio situaciją gali padėti tikslingiau planuoti ir taikyti specialias savižudybės prevencijos priemones. Nustatytas savižudybinio elgesio savybes pagal formą, lytį ir amžių būtina papildyti daugeliu kitų rizikos faktorių tyrimais, pavyzdžiui, pasirenkamo metodo letališkumo tyrimu, teikiamos pagalbos efektyvumo tyrimu, alkoholio įtakos tyrimu, psichikos sutrikimų įtakos tyrimu ir daugeliu kitų aspektų. Kad aptariama tema būtų suprantama visapusiškiau, tyrimų zoną reikėtų papildyti kaimišką vietovę reprezentuojančiu rajonu.

IŠVADOS

1. Vilniuje vyrų ir moterų savižudybinis elgesys yra paplitęs vienodai.
2. Vilniuje savižudybinio elgesio pikai yra jauname amžiuje: vyrams – 19–34 metų amžiuje, moterims – 10–18 metų amžiuje.
3. Vilniuje savižudybinio elgesio formos pagal amžių skiriasi statistiškai reikšmingai: jaunesniame amžiuje

vyrauja ketinimai-mėginimai nusižudyti, o su amžiumi savižudybinis elgesys darosi pavojingesnis, letališkesnis.

4. Vyriška lytis yra svarbus didesnio savižudiško letališkumo faktorius.

5. Savižudybių prevencijoje vaikų ir paauglių psichinės sveikatos specialistams turėtų tekti 10,3 proc., suaugusių psichinės sveikatos specialistams – 81,5 proc., o gerontologinę pagalbą teikiantiems specialistams – 8,2 proc. planuojamų resursų dalis.

Literatūra

1. WHO Statistical Information System (WHOSIS) [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/whosis/en/>.
2. EUROSTAR [interaktyvus]. Statistical Office of the European Communities. Prieiga per internetą: <http://www.europa.eu.int/comm/eurostat/>.
3. Schmidtke A., Bille-Brahe U., De Leo D., Kerkhof A. Suicide behaviour in Europe. 2004; 288.
4. Hawton K, Fagg J. Suicide and other causes of death, following attempted suicide. The British Journal of Psychiatry, 1988; 152: 359–66.
5. Suominen K. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. The American Journal of Psychiatry, 2004; 161: 563–4.
6. Owens D, Wood C, Greenwood D, et al. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: a 16-year outcome study of patients attending accident and emergency. The British Journal of Psychiatry, 2005; 187: 470–5.
7. House A, Owens D, Patchett L. Deliberate self harm. Effective Health care 1998, 4(6): 12.
8. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. The British Journal of Psychiatry, 2004; 185: 70–5.
9. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Löhr C, Weinacker B, Batt A, Crepet P, Fekete S, Grad O, Haring C, Hawton K, Van Heeringen C, Hjelmeland H, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Varnik A, Wasserman D, Rutz W. Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe - combined results of the monitoring part of the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. In Suicidal Behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Eds. Schmidtke A., Bille-Brahe U., De Leo D., & Kerkhof A. Hogrefe & Huber: Göttingen. 2004.
10. Nock M, Borges G, Chal C, Kessler R, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiologic Reviews, 2008; 30(1): 133–154.
11. World Health Organization Regional Office for Europe European health for all database (HFA-DB) [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://data.euro.who.int/hfadb/tables/>.
12. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D. & Kerkhof A. Suicidal Behaviour in Europe: Results from the WHO/Euro Multicentre Study on Suicidal Behaviour. 2002; Göttingen: Hogrefe.
13. Fiedler G. Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland Daten und Fakten 2005 Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie. Version 6.0, 2007. Internet-Dokument: http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf.
14. Bogdanovica I, Jiang G, Löhr C, Schmidtke A, Mittendorfer-Rutz E. Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany. Soc Psychiat Epidemiol. 2010. DOI 10.1007/s00127-010-0282-3.
15. Cantor C, Neulinger K. The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000; 34: 370–387.
16. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras Traumų ir apsinuodijimų išorinių priežasčių kodavimas stacionaruose 2009 m. sausio-rugsėjo mėn. (Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenys).
17. Naujokas S. Suicidinių bandymų paplitimas ir socialinių bei emocinių problemų įtaka paauglių bandymams nusižudyti. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija, 2002; IV(2).
18. Šidlauskaitė-Stripeikienė I., Žemaitienė N., Klumbienė J. Lietuvos rajonų suaugusiųjų gyventojų savižudiški polinkiai ir jų sąsajos su socialiniais bei demografiniais veiksmais. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2010; XIV(4)

PREVALENCE OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN VILNIUS ACCORDING TO AGE AND GENDER

Alvydas Navickas, Jan Hilbig, Vita Danilevičiūtė, Algirdas Dembinskas, Sergejus Glebovas

Summary

Key words: suicidal behaviour, suicidal intent and attempt, suicide, relation of suicide attempts and completed suicides, age-groups.

Although the high and only slowly decreasing level of suicide rates in Lithuania is well known, little data has been gathered about the prevalence and character of suicide intents and attempts. However such knowledge is imperative when seeking to implement efficient measures of prevention and treatment for patients intending or attempting to commit a suicide. In this paper, one year`s data on suicidal behavior, patients` characteristics and the location of follow-up treatment gathered by the emergency medical service in the municipality of Vilnius was analised with respect to age and gender.

In 2007 Emergency medical service was called 815 times (146.8 per 100 000 inhabitants) because of suicidal behaviour in general, of which 734 (132.2 per 100 000 inhabitants) cases where due to suicidal intent or attempt and 81 (14.6 per 100 000 inhabitants) due to completed suicide.

A detailed analysis of suicidal behaviour according to suicide form, gender and age is presented. Based on these findings the possible extend of prevention services required is discussed.

Conclusions:

1. Suicidal behaviour of males and females in Vilnius is similar.

2. Highest prevalence of suicidal behaviour was found to be amongst young citizens: 19 to 34 year old males and 10-18 year old females.

3. Forms of suicidal behaviour in Vilnius differ significantly depending on age: suicide intents and attempts prevail amongst younger citizens while suicidal behaviour becomes more dangerous and lethal at a higher age.

4. Male gender is an important factor connected to higher lethality of suicidal behaviour.

5. Of all resources set aside for suicide prevention 10.3% should be allocated to services for children and teenagers, 81.5% to adult facilities and 8.2% to services for the elderly.

Correspondence to: alvydas.navickas@mf.vu.lt

Gauta 2012-01-27