

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Miglė Lepeškaitė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Savižudybės sostinėje ir regionuose: nusizudžiusiųjų artimųjų
perspektyva**

Darbo vadovas: doc. dr. Paulius Skruibis

Vilnius
2020

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS	8
1.1 Savižudybės ir suicidiškumo samprata	8
1.2 Savižudybės rizikos veiksniai	9
1.3 Savižudybės regionų vietovėse	14
1.3.1 Regionų savižudybių rizikos veiksniai	15
1.3.2 Regionų savižudybių rizikos modeliai	18
1.4 Savižudybės Lietuvoje ir šalies regionuose	23
2. TYRIMO METODIKA	28
2.1 Tyrimo dalyviai.....	28
2.1.1 Nusizudžiusiųjų asmenų demografiniai duomenys	28
2.1.2 Nusizudžiusiųjų asmenų artimųjų demografiniai duomenys.....	30
2.2 Instrumentai ir tyrimo eiga.....	33
2.3 Duomenų analizė	35
3. REZULTATAI	37
3.1 Sostinėje ir regionuose nusizudžiusiųjų demografiniai duomenys.....	37
3.2 Sostinės ir regionų savižudybių priežastys	37

3.3	Sostinėje ir regionuose nusižudžiusių ankstesni mėginimai nusižudyti	38
3.4	Sostinėje ir regionuose nusižudžiusių sveikatos būklė ir sutrikimai	39
3.5	Sostinėje ir regionuose nusižudžiusių gautos sveikatos priežiūros paslaugos.....	45
3.6	Sostinėje ir regionuose nusižudžiusių susidūrimai su teisėsauga ir gauta socialinė pagalba	46
4.	REZULTATŲ APTARIMAS	49
4.1	Tyrimo ribotumai	55
	IŠVADOS.....	57
	LITERATŪRA	58
	PRIEDAI	64
	1 priedas. Demografinių nusižudžiusių duomenų ir savižudybės aplinkybių palyginimas	64
	2 priedas. Nusižudžiusių artimųjų įvardintų savižudybės priežasčių palyginimas	66

SANTRAUKA

Savižudybės sostinėje ir regionuose: nusižudžiusiųjų artimųjų perspektyva, Miglė Lepeškaitė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2020 m., 68 psl.

Globaliai pastebimas didesnis kaimo gyventojų pažeidžiamumas suicidiškumui. Lietuvoje vyrauja panaši tendencija – regionuose fiksuojami net kelis kartus aukštesni nei miestuose savižudybių rodikliai. Nepaisant to, vis dar sunku numatyti, kas konkrečiai būdinga mūsų šalies kaimų gyventojų savižudybėms ir suicidiškumui. Taigi, svarbu gilintis į minimam sociokultūriniam kontekstui specifinius savižudybės rizikos veiksnius. Šiuo tikslu atliktame tyrime buvo siekiama nustatyti panašumus ir skirtumus tarp savižudybių Lietuvos sostinėje ir regionuose. Naudojantis psichologinės autopsijos tyrimo strategija, buvo atlikti interviu su 113 nusižudžiusiųjų artimųjų. Surinkta informacija apie 84 sostinėje ir 29 regionuose nusižudžiusius asmenis, kurių daugumą sudarė vyrai (75,2 proc.). Šio tyrimo rezultatai atskleidė, jog Lietuvos kaime nusižudžiusiems žmonėms buvo dažniau būdingos sunkesnės su žalingu alkoholio vartojimu susijusios problemos, retesnis lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose ir dažnesnis smurtavimas prieš kitus žmones artimoje aplinkoje. Gauti empiriniai duomenys gali prisidėti nustatant mūsų šalyje dažnoms kaimų savižudybėms būdingus specifinius veiksnius.

Raktiniai žodžiai: savižudybė, suicidiškumas, psichologinė autopsija, regionai, sostinė.

SUMMARY

Suicides in the capital city and rural regions: perspectives of people bereaved by suicide, Miglė Lepeškaitė, Vilnius, Vilnius University, pp. 68

Globally, rural areas exhibit a higher vulnerability for suicidality. The tendency in Lithuania is similar – the numbers of suicides are several times higher in the rural regions compared to the cities. Despite that, it is difficult to determine the particularities of Lithuanian rural inhabitants' suicides and their suicidality. Hence, it is crucial to further investigate the specific risk factors in this sociocultural context. The research aims to evaluate the similarities and the differences between suicides in the capital city of the country and its rural regions. Employing the research strategy of the psychological autopsy, this study is based on 113 interviews with people bereaved by suicide. The collected data is on 84 people who have died by suicide in the capital city and 29 in the rural regions, the majority of whom were men (75.2 %). The results have shown that people who died by suicide in Lithuanian rural regions had links to more severe problems of abusive alcohol consumption, less frequent use of health care and more incidents of domestic violence by harming others. Collected empirical data can be used to evaluate the specific factors of the commonly occurring rural suicides in Lithuania.

Keywords: suicide, suicidality, psychological autopsy, rural regions, the capital of the city.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Savižudybė – tyčinis savo gyvybės nutraukimas (Visuotinė lietuvių enciklopedija, 2001);

Suicidiškumas – savižudybės rizika, kurią paprastai indikuoja mintys apie savižudybę ar ketinimai nusižudyti, ypatingai išreikšta tuo atveju, kai yra gerai apgalvotas savižudybės planas (VandenBos, 2013);

Psichologinė autopsija – pomirtinė galimų asmens mirties priežasčių analizė, ypatingai dažnai naudojama savižudybės atveju. Jos metu nagrinėjamos įvairios priešmirtinio asmens gyvenimo detalės, pavyzdžiui, palikti rašteliai, laišakai, elektroninės žinutės, elgesio tendencijos ir jį (-ą) pažinojusiųjų interviu (Matsumoto, 2009).

PRATARMĖ

Maždaug 800 tūkst. žmonių visame pasaulyje kasmet nusižudo. Kiekvienai savižudybei priskiriama dar bent dvidešimt mėginimų nusižudyti. Negana to, savižudybės ir mėginimai nusižudyti sukelia grandininę reakciją paveikdami ir nusižudžiusių asmenų šeimas, draugus, kolegas, jų bendruomenes ar net valstybes. Lietuvos savižudybių rodiklis šiuo metu yra vienas aukščiausių pasaulyje (Pasaulio sveikatos organizacija, 2014; Pasaulio sveikatos organizacija, 2019). Ši liūdna tendencija pradėta fiksuoti jau prieš daugiau nei trisdešimt metų, t. y. prieš pat Lietuvai atgaunant nepriklausomybę, kai nuo 1990 m. iki 1996 m. mirtingumas dėl savižudybių padidėjo 82,4 proc. Vėliau, 1998-2002 m., savižudybių skaičius nebekilo, tačiau išliko itin aukštame lygyje – to laikotarpio vidutinis rodiklis buvo 44,6 savižudybių 100 tūkst. gyventojų (Gailienė, 2015). Nuo tada savižudybių pradėjo kiek mažėti, tačiau nuo 2011 iki 2016 m. jų vis tiek išliko maždaug tris kartus daugiau nei Europos Sąjungoje (Europos statistikos departamentas, 2020). Metai po metų ši tendencija, deja, kinta tik minimaliai ir aukštas savižudybių skaičius šalyje išlieka ir toliau: 2016 metais – 29 / 100 tūkst. gyventojų, 2017 m. – 26 / 100 tūkst. gyv. ir 2018 m. – 24 / 100 tūkst. gyv.

Apibūdinama problema yra aktuali visoje šalyje, tačiau itin dideli jos mastai pastebimi konkrečiai Lietuvos kaimų vietovėse. Nuo 1990 iki 2015 m. iš viso miestuose nusižudė 17 047 (50,3 proc.), o regionuose 16 855 (49,7 proc.) žmonės. Vidutinis šio laikotarpio nusižudymų skaičius per metus tarp mieste gyvenusiųjų buvo 656, o kaime – 648. Atsižvelgiant į didelį skirtumą tarp šių vietovių gyventojų tankumo, pastebima, jog regionuose savižudybių rodikliai minimu laikotarpiu buvo ženkliai (nuo 70 proc. iki 160 proc.) didesni nei mieste (Navickas ir kt., 2016). Kyla prielaida, jog Lietuvos kaimų gyventojai gali būti laikomi savižudybei pažeidžiama žmonių grupe. Pasauliniame kontekste tai nėra naujiena – pastaraisiais metais didėja mokslininkų susidomėjimas šia tema. Dedama daug pastangų siekiant išsiaiškinti, kas daro įtaką didesniai regionuose gyvenančių žmonių suicidiškumui. Pristatomi įvairūs tai aiškinti mėginantys teoriniai modeliai, tyrimuose atrandami individualūs, bendruomeniniai, išoriniai ir kt. kaimo savižudybių rizikos veiksniai. Šios empirinės žinios bei teorinės jų interpretacijos yra itin svarbios formuojant savižudybių prevenciją. Akivaizdu, jog tokio pobūdžio prevencija būtina ir Lietuvoje. Siekiant užtikrinti jos efektyvumą, reikalingi konkretų sociokultūrinį kontekstą atspindintys duomenys. Nepaisant to, vis dar nėra aišku, kokie suicidiškumo veiksniai yra būdingi specifiskai Lietuvos kaimų gyventojams.

1. ĮVADAS

1.1 Savižudybės ir suicidiškumo samprata

Suicidiškumas – tai savižudybės rizika, kurią paprastai parodo mintys apie savižudybę ir (ar) ketinimai nusižudyti (VandenBos, 2013). Dažniausiai savižudybė neturi vienos priežasties – paprastai toks asmens pasirinkimas yra įvairių skirtingų rizikos veiksnių sąveikos pasekmė. Savižudybė yra itin kompleksiškas reiškinys, kuris apima psichologinius, sociologinius, psichiatrinius, teologinius, filosofinius, biologinius, teisinius, politinius ir kt. veiksnius (Gailienė, 2015). Siekiant atskleisti savižudybės ir suicidiškumo sampratą, svarbu tyrinėti ne tik įvairius jų veiksnius, bet ir gilintis į teorinius šio reiškinio modelius, pagrindinius savižudybės rizikos faktorius bei asmenų rizikos vertinimo prielaidas.

Remiantis J. Franklin ir kolegų 2017 m. pristatyta metaanalize, suicidologijos mokslo pradžia siejama su 1897 m. sukurtu pirmuoju sociologiniu savižudybės sampratos aiškinimu (Durkheim, 1897/2002). Nuo to laiko savižudybes nagrinėję mokslininkai pasiūlė daugybę naujų požiūrių ir skirtingų šio elgesio aiškinimo modelių, kurie dažnai skirstomi į biologinius, sociologinius ir psichologinius. Pastaruosiuose suicidiškumas siejamas su didele skirtingų konstrukto įvairove: psichologiniu skausmu (Shneidman, 1993); pabėgimu nuo bauginančios savimonės (angl. *aversive self-awareness*) (Baumeister, 1990); beviltiškumu (pvz., Beck ir kt., 1985); problemomis su emocijų reguliacija (Linehan, 1993); ryšio su kitais sunkumais (angl. *thwarted belongingness*), buvimo našta aplinkiniams jausmu (angl. *perceived burdensomeness*) ir gebėjimu nusižudyti (Joiner, 2005; Van Orden ir kt., 2010); pralaimėjimo, buvimo spąstuose jausmais ir menku socialiniu palaikymu (Williams, 1997); įvairiais polinkio stresui modeliais (pvz., Mann ir kt., 1999; O'Connor, 2011) ir kt.

Tokia didelė sampratų įvairovė galėtų būti laikoma pasiekimu neseniai tyrinėjamos mokslo sritims, tačiau suicidologija gyvuoja jau daugiau nei šimtmetį. Nepaisant to, šiuo metu vis dar nėra pastebima ryškėjančios vieningos savižudybių aiškinimo paradigmos ir suicidologijos mokslo sritis išlieka pradinėje – ikiparadigminėje – stadijoje. Įvairūs autoriai savižudybę aiškina skirtingai bei akcentuoja vis kitus rizikos veiksnius, todėl išlieka tikimybė, jog kai kurie iš modelių visgi yra netikslūs ir tik iš dalies tinkami suicidiškumo sampratos apibrėžimui (Franklin ir kt., 2017). Taigi, gilinantis į teorinius savižudybės aiškinimus, svarbu pastebėti su jų konceptualizacija susijusius iššūkius ir ribotumus, kurie kyla dėl šio reiškinio kompleksiško ir daugiafaktoriško.

1.2 Savižudybės rizikos veiksniai

Savižudiško elgesio priežastys šiuo metu nėra suprantamos iki galo, tačiau akivaizdu, jog savižudybė yra daugybės faktorių kompleksiško interakcijų rezultatas. Pastebima didesnė mirtimi nesibaigiančio mėginimo nusižudyti rizika tarp jaunų žmonių ir moterų (jos dažniau nei vyrai mėgina nusižudyti, tačiau jie dažniau nusižudo), santuokos nesudariusių asmenų ir tų, kurie patiria socioekonominius sunkumus, pavyzdžiui, mažai uždirba, turi žemą išsilavinimo lygį ar yra bedarbiai. Nepaisant to, kad moksliniuose tyrimuose jau yra atrasta nemažai įvairių savižudybės rizikos veiksnių, iki šiol nėra žinoma, kaip ir kodėl šie kintamieji sąveikauja tarpusavyje didindami asmens suicidiškumą.

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos ataskaitos duomenimis (2014), stipriausiu indikatoriumi savižudiškam elgesiui numatyti yra laikomi anksčiau buvę asmens mėginimai nusižudyti. Net ir prabėgus metams laiko po mėginimo nusižudyti, tai išlieka svarbiu savižudybės rizikos veiksniu. Kitas bene dažniausiai suicidologijos literatūroje aptinkamas individualus rizikos veiksnys yra psichikos sveikatos sutrikimai (O'Connor ir Nock, 2014). Įvairiose sisteminėse literatūros analizėse pastebima, jog dažniausiai pasitaikančios nusižudžiusių asmenų diagnozės yra nuotaikos, priklausomybių nuo psichoaktyvių medžiagų, asmenybės sutrikimų ir šizofrenijos (Mishara ir Chagnon, 2016). Tačiau aptariant jų pasireiškimo tarp nusižudžiusių asmenų dažnio klausimą, autorių nuomonės nėra vieningos. Cavanagh ir kolegos (2003) atliko tyrimų, kurie naudojo psichologinės autopsijos metodą, kai po asmens savižudybės apklausiami jo (-os) artimieji ir renkami kiti prieinami su mirusiuoju susiję dokumentai, analizę. Autoriai padarė išvadą, jog psichikos sutrikimai yra labai stipriai su savižudybėmis susiję kintamasis, nes 90 proc. nusižudžiusių prieš mirtį turėjo vieną ar kelis psichikos sveikatos sutrikimus. Jie teigia, jog psichologinės autopsijos metodas tikriausiai yra geriausia šiuo metu prieinama metodika, kai siekiant suprasti savižudybės priežastis bandoma kuo tikroviškiau atkurti nusižudžiusio asmens psichologinę būseną, fizinės sveikatos būklę, asmenybės ypatumus, socialinę integraciją bei su ja susijusius iššūkius ir pan. Hjelmeland ir kolegos (2012) prieštarauja šiam požiūriui ir teigia, jog tokio pobūdžio tyrimų išvadas reikėtų vertinti kritiškai. Jų teigimu, nėra įmanoma nustatyti, ar asmuo turėjo psichikos sutrikimų vien tik apklausus jo (-os) artimuosius ir, nors didelė dalis minimų tyrimų autorių teigia nagrinėjantys ir kituose šaltiniuose pateikiamą informaciją, iš tiesų yra itin sunku atrasti išsamiai šios duomenų analizės dalies aprašymų. Taigi, daroma išvada, jog psichologinės autopsijos tyrimų metodas nėra patikimas būdas nustatyti, ar nusižudęs asmuo turėjo psichikos sveikatos sutrikimų. Negalima nuneigti, jog egzistuoja ryšys tarp psichikos sutrikimų ir suicidiškumo, tačiau reikėtų atsargiai vertinti anksčiau minėtą teiginį, jog net 90 proc. nusižudžiusių turėjo psichikos sveikatos sutrikimų.

Tais pačiais metais pasirodė psichologinės autopsijos tyrimai, kuriuose aiškinantis savižudybės priežastis buvo stengiamasi nesifokusuoti į nusižudžiusiojo psichopatologijos diagnozavimą. Taip pat stengtasi, interviu pradžioje užduodant atvirą klausimą apie artimųjų perspektyvą, mažinti mokslininkų nuostatų įtaką gautiems rezultatams. Anglijoje atliktame tyrime paaiškėjo, jog mažesnis kiekis nei minėta anksčiau, t. y. 68 proc., nusižudžiusiųjų paskutinį mėnesį prieš mirtį patyrė psichikos sutrikimus. Taip pat kokybiškai analizuojant artimųjų įvardintas savižudybės priežastis, pastebėta, jog jie patys gerokai rečiau minėjo psichikos sutrikimus, kai svarstė apie pagrindines mirusiojo savižudybės priežastis (Owens ir Lambert, 2012). Galiausiai, svarbu paminėti, jog nepaisant to, kad egzistuoja sąsaja tarp psichikos sutrikimų ir suicidiškumo, tai nereiškia, jog didžioji dalis žmonių, kurie turi psichikos sveikatos sutrikimų, automatiškai turės ir su savižudybe susijusių minčių ar ketinimų. Pavyzdžiui, mokslininkai atrado, jog tik mažiau nei 5 proc. pacientų, kurie buvo lankęsi gydymo įstaigose dėl nuotaikos sutrikimų, nusižudė (Bostwick ir Pankratz, 2000). Iš tiesų, dauguma psichikos sutrikimų turinčiųjų niekada nepatiria suicidiškumo (O'Connor ir Nock, 2014). Taigi, siekiant suvokti savižudybės priežastis, to neįmanoma padaryti atsižvelgiant tik į vieną rizikos veiksnių, net jei literatūroje ir aptinkamos tokios suicidiškumo kompleksiskumą redukuojančios tendencijos, svarbu tai vertinti pasitelkiant kritinį mąstymą.

Žalingas psichoaktyvių medžiagų vartojimas taip pat minimas kaip vienas pagrindinių savižudybės rizikos veiksnių. 25-50 proc. nusižudžiusiųjų turėjo priklausomybę nuo alkoholio ar kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimo ir savižudybės rizika tik didėja, jei kartu asmuo turi ir kitų psichikos sveikatos sutrikimų. Teigiama, jog kas penkta savižudybę neįvyktų, jeigu visuomenėje išnyktų alkoholio vartojimas (Pasaulio sveikatos organizacija, 2014). Kadangi toks scenarijus neatrodo realus, svarbu šį savižudybės rizikos faktorių aptarti plačiau. Manoma, jog žalingas psichoaktyvių medžiagų vartojimas su suicidiškumu gali sietis tiesiogiai ir netiesiogiai. Pastaruoju atveju pastebima, jog pats žalingas vartojimas asmenims gali sukelti papildomą distresą: nukenčia artimi santykiai, dažnėja konfliktai, blogėja socioekonominė padėtis, atsiranda rimtų fizinių sutrikimų, didėja neviltis, depresyvumas, kas, galiausiai, gali paskatinti ir mintis apie savižudybę. Tiesioginis žalingo alkoholio ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimo ryšys su suicidiškumu nėra iki galo aiškus. Mokslininkai teigia, jog apsvaigus dažnai padidėja impulsyvumas, nervingumas, agresyvumas, o esant abstinencijai gali pasireikšti depresyvumas, neviltis ar didelis neramumas (angl. *agitation*). Taip pat pabrėžiama, jog dėl didėjančio impulsyvumo psichoaktyvių medžiagų vartojimas yra labiau siejamas ne su mintimis apie savižudybę, o būtent su suicidiniu elgesiu (Rimkevičienė ir Gailienė, 2012). Taigi, priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų ir žalingas jų vartojimas gali daryti tiesioginę ir netiesioginę įtaką asmens suicidiniam elgesiui, todėl yra laikomas svarbiu savižudybės rizikos veiksniu.

Siekiant atskleisti savižudybės fenomeno kompleksiskumą ir iš to kylančią galimų savižudybės rizikos faktorių gausą, svarbu trumpai apžvelgti ir kitus suicidologijos literatūroje minimus rizikos veiksnius. Pasak O'Connor ir Nock (2014), juos galima skirstyti į keturias grupes: asmenybės, kognityvinius, socialinius ir neigiamus gyvenimo įvykius. Pirmieji veiksniai brandžiame amžiuje kinta tik minimaliai, laikui bėgant išlieka gan stabilūs ir yra siejami su tokiais žmogaus asmeninėmis savybėmis kaip beviltiškumas, impulsyvumas, perfekcionizmas, aukštas neurotiškumas ir žemas ekstravertiškumas (remiantis Didžiojo penketo asmenybės bruožais), žemas optimizmo lygis ir žemas psichologinis atsparumas. Antroje grupėje minimi kognityviniai rizikos veiksniai: kognityvinis rigidiškumas, užsitęsiantis įkyrus vieno dalyko permąstymas (angl. *ruminatio*), nemalonių minčių slopinimas, silpnas autobiografinių atsiminimų atgaminimas, ryšio su kitais sunkumai, buvimo našta aplinkiniams jausmas, mažas jautrumas skausmui, neadaptyvios problemų sprendimo strategijos, didelis neramumas, negatyvi ateities vizija ir su ja susijusių planų trūkumas, mažai priešasčių gyventi ir pralaimėjimo, buvimo spąstuose jausmai. Trečioje grupėje įvardinami tokie socialinės rizikos veiksniai kaip socialinė izoliacija, netinkamas žiniasklaidos priemonių informavimas apie savižudybes ir susidūrimas su savižudybėmis artimoje aplinkoje. Pastarasis fenomenas, kai asmenys, gyvenime dažnai susiduriantys su kitų žmonių, ypač artimųjų, savižudybėmis patys galimai dažniau renkasi šį destruktivų problemų sprendimo būdą, aiškinamas socialinio išmokimo teorija. Joje teigiama, jog žmogus mokosi naudodamas modeliavimo metodą, t. y. stebėdamas kitų žmonių elgesį ir, tikėtina, vėliau išmoktą elgesį atkartoja ir pats (Bandura ir Walters, 1977). Galiausiai, ketvirtojoje rizikos veiksnių grupėje išskiriami nepalankūs gyvenimo įvykiai: neigiamos vaikystės patirtys (pavyzdžiui, fizinis, seksualinis ar emocinis smurtas; smurto namų aplinkoje stebėjimas; tėvų ligos, skyrybos ar mirtys), traumuojantys įvykiai brandžiame amžiuje (pvz., fizinė ar seksualinė prievarta; artimojo netektis; nelaimingi atsitikimai; karo ar kitokio smurto išgyvenimas), fiziniai sveikatos sutrikimai (pvz., širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai, lėtinis skausmas ar kvėpavimo sutrikimai) ir kiti tarpasmeniniai stresoriai (pvz., problemos romantiniuose santykiuose; teisinės ir finansinės problemos; neheteroseksuali orientacija; patyčios ir viktimizacija). Taigi, be dažniausių anksčiau buvusio mėginimo nusižudyti, psichikos sveikatos sutrikimų, žalingo alkoholio ir psichoaktyvių medžiagų vartojimo rizikos faktorių, per daugiau nei šimtmetį suicidologijoje fiksuojami ir dar bent 25 kiti savižudybės rizikos veiksniai.

Savižudybes ir suicidiškumą tyrinėjantys autoriai iki šiol yra pasiūlę gan daug skirtingų savižudiško elgesio modelių. Juose siekiama įvardinti, pasak autorių, svarbiausias teorines savižudybių prielaidas bei jas iliustruoti nagrinėjant savižudybės rizikos veiksnius ir jų tarpusavio sąveikas. Vienas iš šiomis dienomis aktualiausių suicidiškumo ir savižudybių aiškinimo būdų yra O'Connor (2011)

pasiūlytas integruotas motyvacinis-valios (IMV) suicidinio elgesio modelis. Autoriaus teigimu, gilinantis į šį reiškinį, svarbu jį matyti kaip kompleksiską sąveiką tarp biologinių, psichologinių, aplinkos ir kultūros veiksnių. Teigiama, jog žmogaus suicidiškumas nuo minčių apie savižudybę iki ketinimų ir, galiausiai, mėginimo nusižudyti transformuojasi per keturis etapus: pralaimėjimo ir pažeminimo jausmo, buvimo spąstuose potyrio, su savižudybe susijusių minčių bei ketinimų atsiradimo ir suicidinio elgesio. Aprašomos individo patirtys yra tiesiogiai susijusios su kiekvienam etapui specifiskais veiksniais. Žmogaus perėjimui iš patiriamo pralaimėjimo ir pažeminimo į jausmą, kad negali ištrūkti iš spąstų, įtaką daro grėsmės savasčiai veiksniai (pvz., tarpasmeninių sunkumų įveikos stoka, bendrai neefektyvūs sunkumų įveikos būdai ir ilgai užsitęsiantis įkyrus vieno dalyko permąstymas). Patiriant šių veiksnių keliamą grėsmę, asmuo pradeda jaustis lyg papuolęs į spąstus. Šią patirtį stiprina motyvaciniai veiksniai (pvz., ryšio su kitais sunkumai, buvimo našta aplinkiniams jausmas, negatyvi ateities vizija ir su susijusių planų trūkumas, socialinės paramos stoka, žemas psichologinis atsparumas), kurių neigiamą poveikį jaučiantis žmogus pradeda patirti suicidiškumą. Minčių ir ketinimų nusižudyti virtimas savižudišku elgesiu priklauso nuo valios veiksnių (pvz., priėjimo prie savižudybės priemonių, susidūrimo su savižudybėmis artimoje aplinkoje, atsparumo fiziniam skausmui, impulsyvumo, mirties nebijojimo). Svarbu paminėti, jog IMV modelyje apibūdinamas ir aplinkos veiksnių bei reikšmingų gyvenimo įvykių poveikis individo pažeidžiamumui anksčiau apibūdintiems su savižudybe susijusiems procesams. Autorius teigia, jog šiuo klausimu yra svarbūs keli išoriniai kintamieji: paveldėtas polinkis pažeidžiamumui, žalinga individo aplinka ir nepalankūs gyvenimo įvykiai. Svarbu, jog šiame modelyje ne tik stengiamasi identifikuoti tuos asmenis, kurie patiria suicidiškumą, bet yra atsižvelgiama ir į veiksnis, kurie individus skatina realizuoti turimus savižudiškus ketinimus. Taigi, IMV modelyje savižudiškas elgesys aiškinamas remiantis trimis pagrindiniais kintamaisiais: aplinkos veiksniais, suicidiškumo raidos procesu ir mėginimo nusižudyti susiformavimu.

Identifikavę suicidiškumo modelius bei su tuo susijusius rizikos veiksnis, mokslininkai viliasi šias žinias panaudoti ir praktikoje, t. y. atliekant suicidiškų asmenų savižudybės rizikos vertinimą ir pagal tai nustatant reikiamos pagalbos pobūdį. Vienas iš rizikos vertinimo pavyzdžių yra Joiner ir kolegų (2007) išleistas JAV Nacionalinės savižudybių prevencijos gyvybės linijos (angl. *The National Suicide Prevention Lifeline*) gairės. Įvardijami keturi savižudybės rizikos komponentai: noras nusižudyti (pvz., mintys apie savižudybę, psichologinis skausmas, neviltis, jautimasis našta kitiems ir kt.), gebėjimas nusižudyti (pvz., ankstesni mėginimai nusižudyti, susidūrimas su kitų žmonių savižudybėmis, apsvaigimas nuo psichoaktyvių medžiagų ir kt.), ketinimas nusižudyti (pvz., užtikrintas savižudybės planas, vykdomi pasiruošimo savižudybei veiksmai ir kt.) ir savižudybės riziką mažinantys apsauginiai

veiksniai (socialinė parama, ateities planai, ambivalencija gyvenimo ir mirties atžvilgiu ir kt.). Atsižvelgiant į šiuos komponentus ir jų pasireiškimą rizikos vertinimo momentu, siūloma suicidiškus asmenis skirstyti į didelės, vidutinės ir mažos rizikos grupes. Šis skirstymas specialistams gali būti itin naudingas tokiais atvejais, kai reikia priimti sprendimus apie tai, ar dirbti su konkrečiu klientu ambulatoriškai, ar saugesnis pasirinkimas būtų stacionarios paslaugos. Tačiau labai svarbu atkreipti dėmesį, kad bet koks savižudybės rizikos vertinimas, taip pat ir naudojant įvairias moksliniais rizikos veiksnių tyrinėjimais pagrįstas skales, yra sąlyginis. Savižudybė yra žmogaus sprendimas ir veiksmas, todėl visiškai tiksliai jo prognozuoti neįmanoma. Net ir tais atvejais, kai savižudybės rizika vertinama kaip maža, negalima prarasti budrumo, nes ji ne tik vis tiek egzistuoja, bet ir gali pasikeisti ir išaugti net per kelias dienas (Skruibis, 2016). Large ir bendraautorių (2016) atliktoje metaanalizėje nagrinėti tyrimai, kuriuose buvo matuotas savižudybių dažnis tarp psichikos sveikatos gydymo įstaigose prieš kurį laiką besilankiusių pacientų. Nustatyta, jog savižudybės rizikos vertinimui naudojamos metodikos, kuriose žmonės skirstomi į aukštos, vidutinės ir žemos rizikos kategorijas, nėra pajėgios numatyti, ar asmuo nusižudys. Trumpai tariant, specialistų aukštai rizikos grupei priskirti individai nebuvo labiau linkę nusižudyti nei tie, kurių savižudybės rizika buvo laikoma žema. Tai nereiškia, jog reikėtų atsisakyti mėginimų vertinti žmonių savižudybės riziką, tačiau labai svarbu turėti omenyje, jog ši procedūra privalo kisti taip, kad būtų kuo labiau individualizuota ir pritaikyta konkrečiam asmeniui, o ne bendrajai populiacijai (Draper, 2012). Natūralu, jog panašios tendencijos pastebimos ne tik nagrinėjant savižudybės rizikos vertinimo metodikas, bet ir pačius rizikos veiksnius. Svarbioje per pusę praėjusio amžiaus atliktų tyrimų metaanalizėje teigiama, jog visi prieinamoje literatūroje iki šiol atrasti savižudybės rizikos faktoriai yra silpni ir netikslūs. Franklin ir bendraautoriai (2017) pabrėžia, kad dėl to suicidologijos mokslas neturėtų nustoti toliau gilintis į šiuos veiksnius ir mano, jog siekiant galutinai suvokti suicidiškumo sampratą, kaip tik reikėtų nesustoti ieškoti ir tyrinėti vis daugiau naujų rizikos faktorių. Tik svarbu tai daryti kitaip, t. y. turi keistis mokslininkų požiūris į tyrimų atlikimą bei vertinimą. Pavyzdžiui, tikėtina, jog suicidiškumas yra susijęs ne su vienu ar keletu stipriausių rizikos veiksnių, o su dideliu tarpusavyje sąveikaujančių faktorių skaičiumi. Siekiant dekonstruoti savižudybės reiškinį labai svarbu nepamiršti, jog rizikos veiksniai ir jais paremtas suicidiškumo vertinimas yra sąlyginiai, o savižudybė pirmiausiai yra žmogaus priimamas sprendimas, kurio pilnai prognozuoti, remiantis šiuo metu pasiekiamą literatūra, nėra įmanoma. Nepaisant to, skirtingi autoriai sutaria, jog ateityje svarbu ir toliau gilintis į šį kompleksiską fenomeną.

Svarbu pastebėti, jog savižudybių fenomeno daugiafinališkumas reiškia, kad tikriausiai neegzistuoja vienas visai populiacijai tinkamas suicidiškumo modelis. Taigi, ateities tyrimuose svarbu

atsižvelgti ne tik į daugumai tinkančius rizikos veiksnius, bet ir į tokius faktorius, kurie būtų būdingi konkrečiai labiau pažeidžiamoms žmonių grupėms, pavyzdžiui, paaugliams, senyvo amžiaus žmonėms, psichikos sutrikimų turintiems asmenims, kaliniams ir pan. (Franklin ir kt., 2017). Atsižvelgiant į pastarąjį pastebėjimą, šiame tyrime bus nagrinėjami vienai iš savižudybėms pažeidžiamų grupių – kaimo vietovių gyventojams – būdingi ypatumai.

1.3 Savižudybės regionų vietovėse

Analizuojant pasaulinę mirtingumo statistiką, pastebima, jog viena iš savižudybei pažeidžiamų grupių yra kaimo vietovėse gyvenantys žmonės. Dažnai savižudybių ir kitų suicidiškumo apraiškų šalies regionuose yra užfiksuojama daugiau nei miestuose (Hirsch ir Cukrowicz, 2014). Nėgana to, didelė dalis suicidologijos mokslo srityje atliekamų tyrimų savo tiriamaisiais dažniau renkasi būtent miestų vietovėse gyvenančius žmones, kas reiškia, jog jų daromos išvados apie suicidiškumą yra sunkiau pritaikomos kaimų gyventojams. Taigi, siekiant įsigilinti į šiai savižudybėms pažeidžiamai žmonių grupei būdingus specifinius individualius, sociokultūrinius, geografinius, ekonominius, politinius ir kt. veiksnius, būtina plačiau nagrinėti regionuose gyvenančių asmenų suicidiškumo ypatumus (Hirsch, 2006).

Siekiant geriau suprasti bet kokias kaimo vietovių gyventojams būdingas charakteristikas, būtina aptarti ir šio termino apibrėžimą. Pirmiausiai, svarbu pabrėžti, jog šiame darbe terminai „kaimas“ ir „regionas“ yra laikomi sinonimais. Žodis „kaimas“ skirtingiems žmonėms gali turėti skirtingas reikšmes, pavyzdžiui, gali kilti asociacija su žemdirbyste ir ūkio darbais, socialine izoliacija, mažo ploto miesteliais ar retu gyventojų tankumu. Remiantis naujausiomis literatūros apie savižudybes ir suicidiškumą regionuose apžvalgomis, įvairūs autoriai iki šiol nėra pasiekę vieningo sprendimo apie tai, kada atitinkamos geografinės teritorijos gali būti laikomos kaimo vietovėmis (Handley ir kt., 2011). Sveikatos politiką nagrinėjantys JAV mokslininkai teigia, jog priimant sprendimą dėl gyvenamų vietovių priskyrimo miestams ir kaimams, reikia atsižvelgti į tyrimo tikslus, prieinamos informacijos pobūdį ir taksonomiją. Pasak jų, dar nėra atrastas vienas kaimo vietovių apibrėžimas, kuris atitiktų visų skirtingų tyrimų tikslus, todėl literatūroje negalima atrasti ir vieningo šio termino apibrėžimo (Hart ir kt., 2005). Lietuvoje, skirstant gyvenamąsias vietas pagal jų kaimiškumo laipsnį valstybės valdymo tikslais, dažniausiai remiamasi Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) metodika. Šiuo atveju vietovės, kuriose gyventojų tankumas yra mažesnis kaip 150 žmonių / km², yra vadinamos kaimais (šiam darbe – taip pat ir regionais) (Vidickienė ir Gedminaitė-Raudonė, 2011).

Ilgą laiką suicidologijos literatūroje prieinamos informacijos apie savižudybes kaimuose ir šiose vietovėse gyvenančių asmenų suicidiškumo ypatumus buvo labai mažai, o šia tema atliekami tyrimai dažnai turėdavo metodologinių trūkumų. Taip pat labai trūko ir duomenų iš įvairių skirtingų pasaulio šalių. Dar 2006 m. atliktoje literatūros šia tema analizėje buvo aptikta tik 212 tyrimų iš 26 šalių. Augant susidomėjimui regionuose vykstančiomis savižudybėmis, nuo to laiko straipsnių šia tema padaugėjo penkis kartus ir informacijos buvo aptinkama apie daugiau nei dvigubai didesnę skaičių skirtingų pasaulio šalių (Hirsch ir Cukrowicz, 2014). Laikui bėgant, mokslinių regionų gyventojų suicidiškumo ir savižudybių tyrimų daugėja, jų akiratis plečiasi bei gaunama vis daugiau informacijos apie savižudybių rizikos veiksnius ir jų tarpusavio sąveikas naujame – regionų – kontekste. Tai padeda ne tik geriau suvokti, kaip iki šiol mažiau tyrinėtą kaimo gyventojų populiaciją veikia labiau miestiečiams būdingi suicidiškumo veiksniai, bet ir atrasti naujus, tik regionuose gyvenantiems būdingus, savižudybės rizikos veiksnius bei jų sąveikos modelius.

1.3.1 Regionų savižudybių rizikos veiksniai

Nagrinėjant regionų savižudybių rizikos veiksnius, svarbu į juos žvelgti visapusiškai ir dėmesį atkreipti į plačią žmogaus gyvenimui aktualių veiksnių įvairovę: individualiuosius (pvz., demografinius, psichikos ir fizinės sveikatos, užimtumo), bendruomeninius (pvz., tarpasmeninių santykių, socialinių normų) ir išorinius (geografinės padėties, ekonominius, politinius).

Remiantis Hirsch ir Cukrowicz (2014), savižudybių skaičius kaimo vietovėse yra didesnis nei miestuose ir ši tendencija pastebima beveik visose pasaulio šalyse, kuriose tokie duomenys yra renkami ir prieinami. Dešimtyje rečiausiai apgyvendintų JAV valstijų savižudybių skaičius yra reikšmingai didesnis nei dešimties tankiausiai apgyvendintųjų. Australijoje šią tendenciją papildė ir tai, kad regionuose gyvenantys vyrai nusižudo dažniau nei ten pat gyvenančios moterys ar vyrai ir moterys miestuose. Baltarusijoje pastebima, jog ir taip didelis savižudybių skaičiaus skirtumas tarp kaimo ir miesto per pastaruosius dvidešimt metų tik didėjo, t. y. regionuose ir toliau nusižudoma gerokai dažniau nei miestuose. Pietų Korėjoje tai pačiai tendencijai specifiskai būdingas aukštas kaimo vietovėse gyvenusių vyrų ir vyresnio amžiaus žmonių savižudybių dažnis. Kinijos ir Indijos regionų savižudybių skaičius yra daugiau nei dvigubai didesnis už miestų savižudybių rodiklius. Panaši į pastarąją tendencija vyrauja ir daugumoje kitų pasaulio šalių, pavyzdžiui, Baltarusijoje, Brazilijoje, Kamerūne, Anglijoje, Kosove, Taivane, Irane, Italijoje, Skandinavijos šalyse, Rumunijoje, Šri Lankoje ir kt. Svarbu paminėti, jog net ir šalyse, kur fiksuojami didesni savižudybių miestuose nei regionuose skaičiai (pvz., Austrijoje

ir Naujojoje Zelandijoje), šis skirtumas mažėja dėl pastaruoju metu dažnėjančių kaimo savižudybių. Kita svarbi įžvalga apie pasaulines regionų savižudybių charakteristikas yra susijusi su nusižudžiusių asmenų lytimi, t. y. kaime dažniau nei moterys nusižudo vyrai. Kinijos regionuose aptinkama vienintelė šios kaimų savižudybių charakteristikos išimtis. Ten savižudybių dažnis tarp moterų yra didesnis ir per pastaruosius kelis dešimtmečius išaugo gan drastiškai labiau nei tarp vyrų. Atsižvelgiant tik į konkrečių apsinuodijimo nuo pesticidų savižudybės būdą, moterys Kinijoje linkę tai rinktis dažniau nei vyrai miestuose ir kaimuose.

Visuotinai svarbi kaimo savižudybių rizikos veiksnių grupė yra psichologinės ir fizinės sveikatos ypatumai. Remiantis Hirsch ir Cukrowicz (2014), regionų gyventojai rečiau nei miestiečiai patiria ir (ar) praneša turintys psichologinių simptomų, mažesnė jų dalis turi diagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų ir, galiausiai, kaime rečiau gaunama su psichikos sveikata susijusių paslaugų. Kiti autoriai teigia, jog lyginant psichikos sutrikimų diagnozes turėjusių nusižudžiusiųjų skaičių, nebuvo aptikta reikšmingų skirtumų tarp kaime ir mieste pasitaikančių psichikos sutrikimų dažnio (Stark ir kt., 2016). Taip pat kaimuose atliekamuose tyrimuose randamos panašios psichologinių sunkumų sąsajų su suicidiškumu tendencijos kaip ir nagrinėjant miestiečių populiacijas. Didesnę kaimuose gyvenančių žmonių savižudybės riziką gali indikuoti tokie psichologinio distreso veiksniai: adaptyvių sunkumų įveikos būdų trūkumas, didelis beviltiškumas, neigiami gyvenimo įvykiai, šeimos narių savižudybės (Zhang ir kt., 2011), depresijai būdingi simptomai, nerimo sutrikimai, potrauminio streso sindromas ir priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų (Handley ir kt., 2012). Taip pat moksliniuose tyrimuose nagrinėjant fizinės sveikatos sutrikimus ir jų sąsajas su regionuose gyvenančiųjų suicidiškumu, randama, jog tokie fiziniai sunkumai kaip lėtinis skausmas, Parkinsono liga, onkologiniai susirgimai, fizinė negalia ir medicinos paslaugų trūkumas gali turėti ryšį su didesne savižudybės rizika (Hirsch ir Cukrowicz, 2014).

Kitas su kaimo vietovėse gyvenančiais žmonėmis dažnai siejamas ypatumas yra žemės ūkio darbai. Savaimė suprantama, jog regionuose dažniau nei miestuose yra užsiimama žemdirbyste ar gyvulininkyste, tačiau tai netampa savižudybės rizikos veiksniu vien tik dėl asmens darbo pobūdžio. Autoriai teigia, jog būtent žemės ūkio darbais užsiimančios žmonės dažniau susiduria su agrikultūrinio pobūdžio veiksniais: klimato kaita, potvyniais ir sausromis, žemės ūkiui įtaką darančiais šalies ekonomikos pokyčiais ir lengvu priėjimu prie nuodingų pesticidų. Pavyzdžiui, paskaičiavus 1970-2007 metais Australijoje pasireiškusias sausros lygį, buvo nustatyta, jog itin karštas klimatas yra susijęs su tais laikotarpiais dažnesnėmis savižudybėmis tarp regionų gyventojų, ypatingai ten gyvenusių vyrų tarpe

(Hanigan ir kt., 2012). Tyrinėjant ūkininkų populiacijas, pastebima, jog šie žmonės apie savižudybę galvoja dažniau, kai patiria daugiau dėl finansinių problemų, poreikio išlaikyti šeimą ir ūkio darbų kylančio streso ir įtampos. Taip pat savižudybės rizikos veiksniais įvardinami ilgai besitęsiančios skolos, ekonominiai nuosmukiai ir kylančios žemdirbystės sąnaudų kainos, kai krenta pagaminamų produktų kainos (Hirsch ir Cukrowicz, 2014).

Sociokultūrinis kontekstas yra dar vienas svarbus suicidiškumo aspektas, kuris natūraliai yra kitoks kaimo ir miesto gyvenvietėse. Taigi, ryškėja ir šioms dvejoms žmonių grupėms būdingi skirtingi sociokultūriniai savižudybės rizikos veiksniai. Kaimo gyventojai dažnai atstovauja labiau patriarchaliniu modeliu, garbės pagrindu ir atšiauriu individualizmu paremtą gyvenimo būdą. Toks požiūris į gyvenimą gali sukelti perdėtą įtampą kaime gyvenantiems vyrams, kurie dažnai stengiasi kuo geriau atlikti visuomenėje nusistovėjusių lyčių stereotipų jiems priskirtą stipraus, niekada fiziniu ar psichologiniu skausmu nesiskundžiančio šeimos „galvos“ vaidmenį. Tai šiems vyrams gali sukelti ne tik psichologinę įtampą, bet ir paskatinti vengimą atvirai dalintis patiriamais sunkumais. Kitu šalutiniu regionų gyventojams būdingų nuostatų produktu gali būti laikoma su psichikos sveikatos sutrikimais susijusi stigma. Dėl jos kaimų žmonės labiau vengia kreiptis į psichikos sveikatos specialistus, kas galimai siejasi ir su didesne savižudybės rizika. Literatūroje pastebima, jog visuomenėje diskriminuojamoms mažumų grupėms priklausantys asmenys, apsigyvenę kaimų vietovėse, gali susidurti su didesne savižudybės rizika nei gyvendami miestuose (Hirsch ir Cukrowicz, 2014). Pavyzdžiui, Kanados regionuose gyvenę neheteroseksualūs paaugliai vaikinai išsakė daugiau suicidinio elgesio apraiškų nei jų bendraamžiai miestuose (Poon ir Saewyc, 2009). Australijoje, nagrinėjant kaimo vietovių savižudybes, pastebėta, jog šalies čiabuviai išsiskyrė iš kitų ten gyvenusių žmonių jiems būdinga didesne savižudybės rizika (Kuipers ir kt., 2012). Galiausiai, prie įvairių pasaulio šalių regionuose gyvenančiųjų savižudybės rizikos prisideda ir tarpasmeniniai veiksniai: problemos romantiniuose santykiuose bei bendraujant su draugais ir šeima (įtraukiant ir tarp kartų kylančius nesutarimus), socialinės paramos trūkumas, ryšio su kitais sunkumai, buvimo našta aplinkiniams jausmas, visų rūšių smurtas artimoje aplinkoje, patirta seksualinė prievarta, patyčios ir vienišumo jausmas (Hirsch ir Cukrowicz, 2014).

Specifiškai regionams dažnai būdinga geografiškai atoki ir izoliuota gyvenamoji vieta, kas netiesiogiai prisideda ir prie didesnės šiose teritorijose gyvenančių žmonių savižudybės rizikos. Teigiama, jog kuo atokesnėje vietoje yra kaimo vietovė, tuo sunkiau jos gyventojams prieinamos įvairios paslaugos (pvz., fizinės ir psichikos sveikatos, socialinės paramos). Dideli atstumai ir ilgai trunkančios kelionės kaimo vietovėse paprastai reiškia ir reikalingas didesnes nei miestuose investicijas, kas gali

nulemti mažesnę įvairių paslaugų išvystymo lygį ir ribotą jų prieinamumą. Taigi, dėl regionų geografinės izoliacijos gali kilti savižudybės rizika, jei suicidiškas asmuo dėl menkai išvystyto biopsichosocialinės pagalbos tinklo laiku negauna jam (-ai) reikalingos pagalbos. Pavyzdžiui, Australijoje, Kinijoje ir Kanadoje fiksuojama, jog dėl didelių atstumų bei pagalbos teikėjų stokos egzistuoja ribotas prevencinės ir greitosios pagalbos pasiekimas (Judd ir kt., 2006; Zaheer ir kt., 2014). Galiausiai, tokiose šalyse kaip Anglija ir Australija kaimo teritorijų plėtimasis yra siejamas ir su didėjančiu savižudybių mirtingumu (Congdon, 2013; Cheung ir kt., 2012).

Galiausiai, nagrinėjant regionų gyventojų savižudybės rizikos veiksnius, svarbu atsižvelgti ir į išorinius kintamuosius, kurie dažnai tiesiogiai nepriklauso nuo individų. Tokie veiksniai kaip finansų rinka ir valstybinė politika gali neigiamai paveikti jų suicidiškumą. Pirmiausiai, savižudybės rizika siejama su tokiomis ekonominių krizių pasekmėmis kaip didėjantys bedarbystės ir socialinės izoliacijos lygiai (Congdon, 2011). Taip pat savižudybės riziką galima didinti ir tokie socioekonominio statuso ypatumai kaip skurdas ir pajamų šaltinio praradimas. Antra, svarbus savižudybės rizikos aspektas yra asmenų gebėjimas pasiekti savižudybės priemones, pvz., šaunamuosius ginklus ar nuodingas medžiagas. Kaimo vietovėse gyvenantys asmenys šiuo klausimu dažnai patenka į didesnės rizikos grupę, nes pastebima, jog dažnai jie turi lengvesnę priėjimą prie minėtų priemonių nei miestiečiai. Pasak Hirsch ir Cukrowicz (2014), darosi sunku nuneigti, kad su šaunamaisiais ginklais susijusios žinios ir įgūdžiai bei neribojamas priėjimas prie jų yra visose vietovėse savižudybės riziką didinantys veiksniai. Ypatingai tai pasireiškia tarp kaimo gyventojų, nes dėl žemės ūkio darbų poreikių (pvz., plėšrūnų atgrasymo) ar sociokultūrinių normų (pvz., medžioklės ir „ginklų kultūros“) jie turi daugiau galimybių susidurti su ginklais. Tokiose šalyse, kur priėjimas prie šaunamųjų ginklų yra ribojamas mažiau, savižudybės nusišaukiant pasitaiko dažniau regionuose nei miestų vietovėse (Searles ir kt., 2014). Taip pat ir nusinuodijimas pesticidais yra vienas iš kaimo vietovėse labiau nei miestuose dominuojančių savižudybės būdų, nes ten tai yra (panašiai kaip ir šaunamieji ginklai) geriau pažįstamos ir lengviau prieinamos priemonės. Teigiama, jog pastangos apriboti priėjimą prie pesticidų buvo sėkmingos mažinant šių chemikalų naudojimą savižudiškais tikslais (Hirsch ir Cukrowicz, 2014).

1.3.2 Regionų savižudybių rizikos modeliai

Nagrinėdami kaimo gyventojų suicidiškumą ir savižudybes mokslininkai nemažai dėmesio skiria specifiskai šiai populiacijai būdingų rizikos veiksnių identifikavimui bei jų tarpusavio sąsajų analizei. Tai atkartoja ir kitose populiacijose atliekamų suicidologijos tyrimų tendencijas. Tačiau kaip ir

nagrinėjant savižudybių fenomeną bendrai, taip ir atskleidžiant jo sampratą tik kaimo vietovėse gyvenančių asmenų tarpe, redukcioniškais suicidiškumo aiškinimo būdais nėra įmanoma pilnai atskleisti šio reiškimo kompleksškumo. Siekiami praplėsti savižudybių suvokimą, kuris kyla iš rizikos veiksnių analizės, mokslininkai remiasi jau egzistuojančiais koncepciniais suicidiškumo modeliais arba kuria naujus. Jais siekiama atspindėti įvairius minimą fenomeną veikiančius veiksnius, analizuoti jų tarpusavio sąveikas ir skirtingas šių faktorių pasekmes asmens suicidiškumui (Stark ir kt., 2016). Kaip buvo minėta anksčiau, tokių teorinių savižudybių ir suicidiškumo modelių iki šiol sukurta išties nemažai, tačiau nei vienas iš jų dar negali pilnai paaiškinti savižudybės fenomeno. Tuo tarpu natūralu, jog kaimų gyventojų savižudybes ir suicidiškumą tyrinėjantys mokslininkai negali remtis tokia pačia gausybe tik šiai populiacijai pritaikytų teorijų, todėl atrasti vieningą modelį šioje specifinėje srityje yra dar sunkiau. Taigi, siekiant išsamiau suprasti kaimų savižudybes ir suicidiškumą, svarbu aptarti su tuo susijusius skirtingų autorių šiuo metu siūlomus koncepcinius modelius: streso-dorojimosi-paramos (Kenkel, 1986), sociologinį socialinių ir kultūrinių rizikos veiksnių (Hogan ir kt., 2012) ir „tradicinius“ bei sociokultūrinius faktorius apjungiantį Stark ir kolegų (2011) variantą.

Kenkel (1986) pasiūlytame regionų suicidiškumą ir savižudybes aiškinančiame streso-dorojimosi-paramos (angl. *Stress-Coping-Support*) modelyje buvo įvardinami tie kaimo žmonių kasdienybei būdingi aspektai, apie kuriuos tuo metu vis dar trūko patikimos informacijos, todėl buvo siūloma ateityje juos nagrinėti plačiau. Taip pat autorė apibrėžė keletą skirtingų kaimo savižudybių intervencijos tikslų. Modelyje pabrėžiama, jog norint vykdyti savižudybių prevenciją ir tokiu būdu mažinti kaimo gyventojų savižudybės riziką, svarbu pasitelkti strategijas, kurios padėtų keisti regionuose patiriamo streso lygį, pagerinti žmonių naudojamų sunkumų įveikos strategijų efektyvumą bei išvystyti ir plėsti bendruomeninės socialinės paramos tinklą. Galiausiai, autorė pastebi, jog modelis pritaikytas regionų savižudybių prevencijai, tačiau jį naudojant svarbu atsižvelgti ir į tai, ar skirtingos kaimo bendruomenės nepasižymi tik joms būdingomis charakteristikomis, kurios galėtų apsunkinti šios teorinės strategijos pritaikymą. Tikėtina, jog toks modelio ribotumas kyla dėl to, kad jame tik minimaliai atsižvelgiama į socialinius ir kultūrinius savižudybės rizikos veiksnius.

Sociokultūrinius kaimo savižudybių fenomeno aspektus tyrinėjančioje literatūroje dėl anksčiau minėtų priežasčių daug dėmesio skiriama šios populiacijos vyrų, kurie užsiima ūkio darbais, patirčių atskleidimui. Kunde ir kolegų (2018) Australijoje atlikto psichologinės autopsijos tyrimo metu išryškėjo kelios pagrindinės su šių vyrų savižudybėmis susijusios temos: maskulinizmas, neužtikrintumas ir kontrolės jausmo trūkumas ūkio darbuose, nesėkmės tarpasmeniniuose santykiuose ir ūkininkaujant,

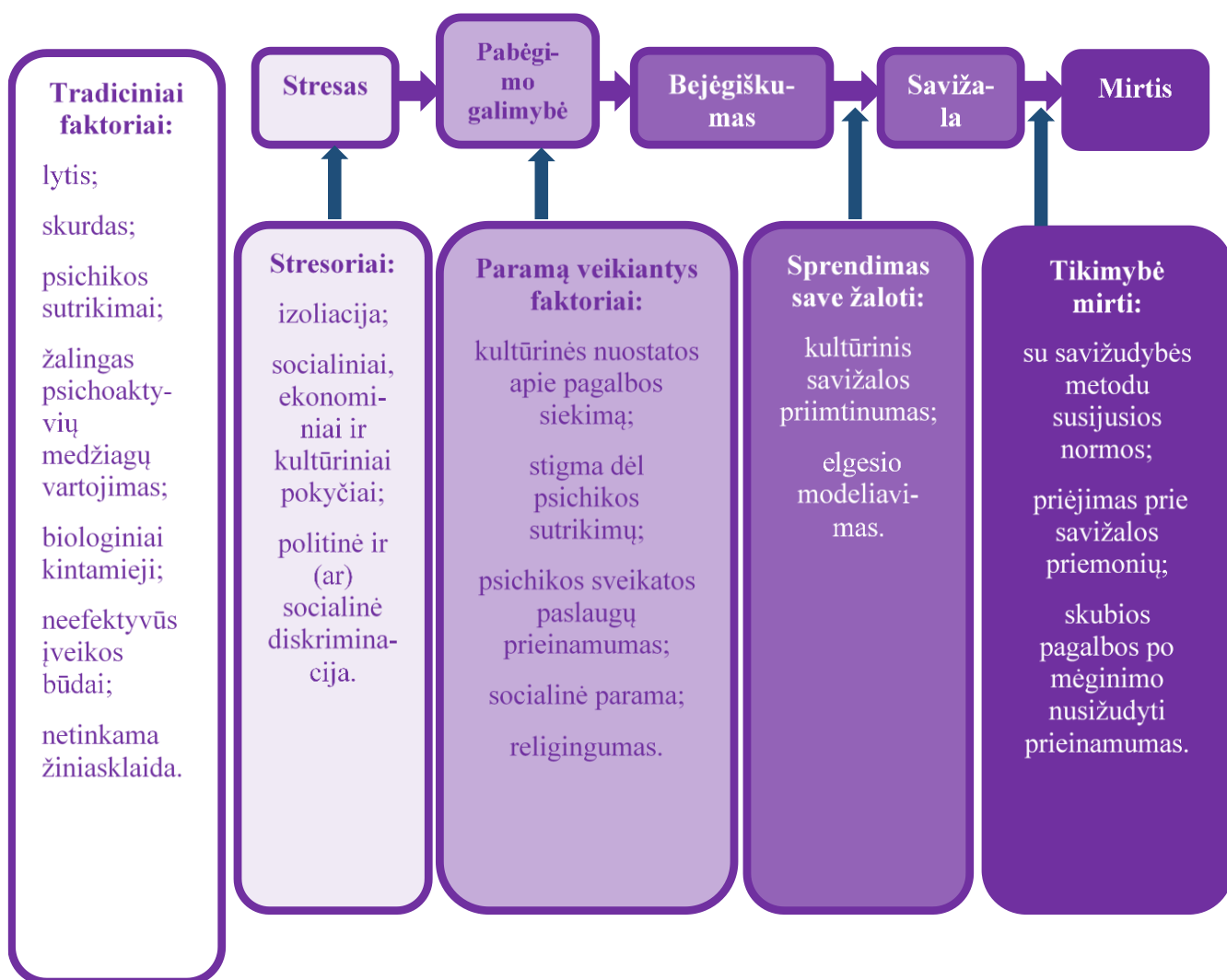
prastėjanti fizinė sveikata, neadaptyvūs sunkumų įveikos būdai ir lengvas priėjimas prie savižudybės priemonių. Autoriai teigia, jog šios temos gali padėti geriau suprasti ūkininkų savižudybių sąsajas su sociokultūriniais rizikos veiksniais. Pasak jų, pagrindinę įtaką šiems faktoriams daro kaime vyraujantys šiuo atveju žalingi vyriškumo stereotipai, pavyzdžiui, įsitikinimai apie darbą ir šeimą, lūkestis būti emociškai tvirtu ir fiziškai stipriu bei, galiausiai, pareiga būti šeimos „galva“ – ekonomiškai aprūpinti ir fiziškai apginti savo šeimos narius. Apskritai, gilinantis į regionuose gyvenančių ūkininkų suicidiškumą, svarbu atsižvelgti į jų savižudybių ryšį su tradiciškai vyriškomis kaimo žmonių vertybėmis (nepriklausomybe, pasitikėjimu savimi, darbštumu) ir tarp jų dažnai vyraujančiomis emocijomis (savigarba, stoviškumu, kalte, gėda). Tyrimuose pastebima, jog kuo stipriau vyrai gyvenime stengiasi atitikti tradiciškai stereotipinius vyriškumo vaidmenis, pvz., būti nepriklausomi nuo kitų, niekada nesiskųsti fiziniu ar psichologiniu skausmu ir riboti savo emocijas, tuo daugiau jie patiria distreso, depresiškumo, yra mažiau linkę ieškoti bei kreiptis pagalbos ir dažniau imasi neefektyvių sunkumų įveikos strategijų. Taigi, autoriai pastebi, jog dėl stereotipinių lyčių vaidmenų įtakos kaime gyvenantys ir ūkio darbais užsiimantys vyrai yra linkę manyti, kad su savo problemomis arba turėtų susitvarkyti patys, arba jų nepripažinti, ignoruoti kylančius sunkumus ir kartu vengti socialinių kontaktų (Kunde ir kt., 2018).

Kaip galima pastebėti, didelė dalis sociokultūrinių regionų ūkininkų savižudybės rizikos veiksnių yra siejama būtent su stereotipiniu maskulinizmu. Hogan ir bendraautoriai (2012) prieštarauja vyraujančiai tendencijai vyriškumą matyti kaip centrinę sociokultūrinių rizikos veiksnių ašį. Savo sociologiniame suicidiškumo ir savižudybių modelyje jie ne tik giliau nagrinėja neigiamą maskulinizmo įtaką regionų vyrams, bet ir pabrėžia kitų stiprių stresorių, pvz., ekonominių nuosmukių, gamtos stichijų ir ekologinių pokyčių, sąsajas su savižudybėmis. Šiame modelyje siekiama kaimo ūkininkų savižudybių fenomeną suprasti atsižvelgiant į jo kompleksiskumą bei apjungiant su tuo susijusių veiksnių įvairovę. Pasak autorių, esminis su šių vyrų suicidiškumu susijęs veiksnys yra ontologinio saugumo būseną, kai savo gyvenimus jie patiria kaip stabilius, veikiančius pagal pažįstamą ir priimtą tvarką, tęstinius ir prasmingus. Šiam patyrimui įtaką daryti gali daugybė fizinių, ekonominių ar psichosocialinių stresorių. Netikėtai susidūrus su nepalankiais gyvenimo įvykiais, gali pradėti svyruoti ontologinis saugumas, o kartu su juo ir pasitikėjimas savo jėgomis. Negana to, asmuo gali pradėti dvejoti savo socialiniu identitetu, kas potencialiai skatintų jį vengti užsiimti su tuo susijusia veikla ir, galiausiai, net ją nutraukti. Tokiu atveju yra pažeidžiamas socialinis individo tapatumas ir patiriama nihilizmo būseną. Pavyzdžiui, netikėtai pasaulyje prasideda ekonominė krizė, dėl kurios krenta ūkininko gaminamos produkcijos paklausa. Jis stengiasi ir toliau tęsti savo darbą, tačiau nepaisant dedamų pastangų, gaunamos pajamos ir

toliau krenta. Patyręs nesėkmę, vyras pradeda abejoti, ar gerai atlieka savo pagrindinį – ūkininko – socialinį vaidmenį. Tokia netikėta nesėkmė iki šiol buvusioje pagrindinėje gyvenimo veikloje jam sukelia nestabilumo jausmą ir distresą, o tai ilgainiui paskatina vengti visko, kas vyrui primena šią neigiamą patirtį. Ūkininkas patiria nihilizmo būseną. Ją dar pagilinti gali ir atsisakymas pripažinti savo problemas, sunkumai jas identifikuojant bei su tuo susijęs gėdos jausmas. Pasak autorių, šiems veiksniams pasireiškus kartu, ne tik sustiprėja nihilizmo būseną, bet kartu didėja ir noras nusižudyti, t. y. savižudybės rizika. Taigi, šioje sociologinėje koncepcijoje pateikiamas įvairius sociokultūrinius savižudybės rizikos veiksniais apjungiantis modelis, kuriuo aiškinamas kaimo ūkininkų savižudybių fenomenas.

Galiausiai, Stark ir bendraautoriai (2011) pasiūlė kitą savižudybes ir suicidiškumą regionuose konceptualizuojantį modelį, kuriame jie atkreipia dėmesį ne tik į „tradicinius“ laikomus visoms populiacijoms būdingus rizikos veiksniais (pvz., psichikos sveikatos sutrikimus, žalingą psichoaktyvių medžiagų vartojimą, skurdą, netinkamą žiniasklaidą ir kt.), bet ir į sociokultūrinius kaimo vietovių kontekstui specifiskus ypatumus (pvz., izoliaciją, lengvą priėjimą prie savižudybės priemonių, ideologinius kaimo gyventojų įsitikinimus ir kt.). Autoriai remiasi anksčiau aptartu IMV savižudybių modeliu (O'Connor, 2011) ir M. Williams (1997) apibūdinta psichologiškai nepakeliamos situacijos, įstrigimo joje, pralaimėjimo ir beviltiškumo jausmų patyrimo teorija. Šioje konceptualizacijoje itin svarbus pastarasis suicidinio elgesio mechanizmas: didelį stresą sukeliančiose situacijose, kai iš jų kyla pralaimėjimo jausmas, gali padidėti asmens savižudybės rizika. Ypatingai tais atvejais, kai jis (-i) niekaip negali pabėgti iš pralaimėjimo jausmą skatinančios situacijos. Pasak autoriaus, tokia būseną, kai individas jaučiasi lyg pakliuvęs į spąstus, iš kurių negali ištrūkti pats ar sulaukti kitų pagalbos, aktyvuoja kognityvinį išmokto bejėgiškumo scenarijų. Tokiu atveju asmeniui atrodo, jog jo paties veiksmai negali padaryti visiškai jokios įtakos aplinkai, todėl net neverta dėti pastangų. Šioje suicidiškumo teorijoje kalbama tik apie individualius veiksniais bei jų sąsajas su savižudybėmis, tačiau nagrinėjant kaimų savižudybių sampratą, akivaizdu, jog šie veiksniai neišvengiamai sąveikauja ir su kitais socialiniais, ekonominiais ir kultūriniais faktoriais. Taigi, Stark ir kolegės (2011), konceptualizuodami regionų savižudybes, siūlo atsižvelgti ne tik į „tradicinius“ laikomus įvairioms populiacijoms būdingus rizikos veiksniais, bet ir į regionų populiacijai specifinius suicidiškumą didinančius aspektus. Modelyje jie skirstomi į grupes pagal anksčiau aprašytą suicidiškumo procesą: didelį stresą keliantys įvykiai, negebėjimas su jais susidoroti ir iš to kylantis bejėgiškumas, sprendimo imtis save žalojančio elgesio priėmimas bei, galiausiai, tikimybė mirti (žr. 1 pav.). Minėdami pastarąjį savižudybės proceso komponentą, autoriai teigia, jog asmens tikimybė numirti po priimto sprendimo susižaloti priklauso nuo jo pasirinkto savižalos metodo bei skubios medicinos pagalbos paslaugų prieinamumo. Taigi,

aprašomame modelyje regionų gyventojų savižudybės ir suicidiškumas nagrinėjami atsižvelgiant į jiems būdingą sociokultūrinį kontekstą ir „tradicinius“ bei kaimui specifinius rizikos veiksnius.



1 pav. Savižudybės riziką regionuose konceptualizuojantis modelis (Stark ir kt., 2011)

Siekiant suvokti regionų savižudybių fenomeną, svarbu ne tik tyrinėti pavienius rizikos veiksnius, bet ir analizuoti jų tarpusavio sąveikas bei iš to kylančias pasekmes asmens suicidiškumui. Bandydami išaiškinti šio kompleksiško reiškinio sampratą, autoriai iki šiol pateikė ne vieną koncepcinių modelių variantą. Tačiau kaip ir nagrinėjant savižudybes bendrojoje populiacijoje, taip ir atskleidžiant jų ypatumus tik kaimo vietovėse gyvenančių asmenų tarpe, iki šiol nėra vieno modelio, kuris galėtų visapusiškai apibrėžti savižudybę ir suicidiškumo procesus. Dažniausiai literatūroje aptinkamos tokios kaimo savižudybių ir suicidiškumo konceptualizacijos: labiau „tradiciniu“ laikomas streso-dorojimosi-

paramos (Kenkel, 1986), sociologinis socialinių ir kultūrinių rizikos veiksnių modelis (Hogan ir kt, 2012) ir, galiausiai, „tradicinius“ bei sociokultūrinius faktorius apjungiantis regionų savižudybių modelis (Stark ir kt., 2011). Šios konceptualizacijos suteikia svarbių įžvalgų nagrinėjant kaimų savižudybių sampratą, tačiau nesunku pastebėti, jog net ir atsižvelgdami į įvairius rizikos veiksnius, vis dar esame toli nuo galimybės visiškai paaiškinti suicidiško elgesio priežastis ar kitus su tokiu žmogaus sprendimu susijusius veiksnius. Spėjama, jog viena iš to priežasčių gali būti šiuo metu vyraujanti tendencija savižudybes visose populiacijose nagrinėti pagal tuos pačius teorinius modelius. Retai atsižvelgiama į tai, kad didžioji dalis mūsų idėjų apie savižudybės sampratą kyla iš tyrimų, atliktų būtent Vakarų pasaulio (JAV, Australijos ir vakarų Europos) valstybėse (Dadašev, 2017). Taigi, svarbu ne tik atsargiai vertinti turimus regionų savižudybių rizikos modelius, bet taip pat ateityje tyrimuose atsižvelgti ir į skirtingų šalių kontekstus bei jiems būdingus specifinius rizikos veiksnius. Remiantis pastarąja įžvalga, šiame darbe bus nagrinėjamos būtent Lietuvos sociokultūriniame kontekste vykstančios regionų savižudybės ir jų ypatumai.

1.4 Savižudybės Lietuvoje ir šalies regionuose

Akivaizdu, jog savižudybės yra rimta Lietuvos visuomenės problema. Jau daugiau kaip šimtą metų savižudybių rodikliai šalyje išlieka gana stabilūs ir glaudžiai siejasi su Lietuvos politine situacija ir istoriniais lūžiais (Gailienė, 2015). Penkiasdešimt metų (nuo 1940 iki 1990 m.) šalis patyrė ilgalaikį traumavimą: vieną po kitos besikeičiančias sovietų, nacių ir antrąją sovietų okupacijas, kurių metų šalis neteko maždaug 30 proc. savo to meto gyventojų. Daugybė žmonių buvo ištremti, nuteisti mirti, įkalinti ar priversti emigruoti. Pusę amžiaus žmonės gyveno totalitariniame režime, kur patyrė nuolatinę įtampą, nei vienas negalėjo jaustis saugiai, buvo apribota jų žodžio laisvė, grėsdavo bausmės už Sovietų Sąjungos institucijų kritiką ar kitokias pasipriešinimo sistemai apraiškas. Žmogus šioje santvarkoje buvo visiškai bejėgis (Gailienė ir Kazlauskas, 2004). Galima kelti prielaidą, jog reikšminga savižudybių paplitimo problema Lietuvoje susiformavo sovietinio režimo metais. Laikui bėgant apie tai kalbama vis garsiau, tačiau taip buvo ne visada. Sovietinio režimo laikotarpis Lietuvos visuomenėje paliko gilų pėdsaką: ilgą laiką buvo vengiama net kalbėti savižudybių tema, vyravo psichiatrizacijos nuostata, jog nusižudyti gali tik psichiškai nesveiki žmonės, o psichikos sutrikimų stigma labai sustiprėjo (Gailienė, 2015). Tokios ilgalaikio traumavimo patirtys naikino žmonių atsparumą psichosocialiniam stresui, gebėjimą įveikti visuomeninių pokyčių keliamus iššūkius ir, galiausiai, paklojo puikius pamatus išmokto bejėgiškumo formavimuisi (Gailienė, 2005). Pradėjus byrėti Sovietų Sąjungai, 1990-ųjų pradžioje Lietuva patyrė labai didelius pokyčius, su kuriais susidoroti, atsižvelgiant į to meto savižudybių statistiką, sekėsi itin sunkiai.

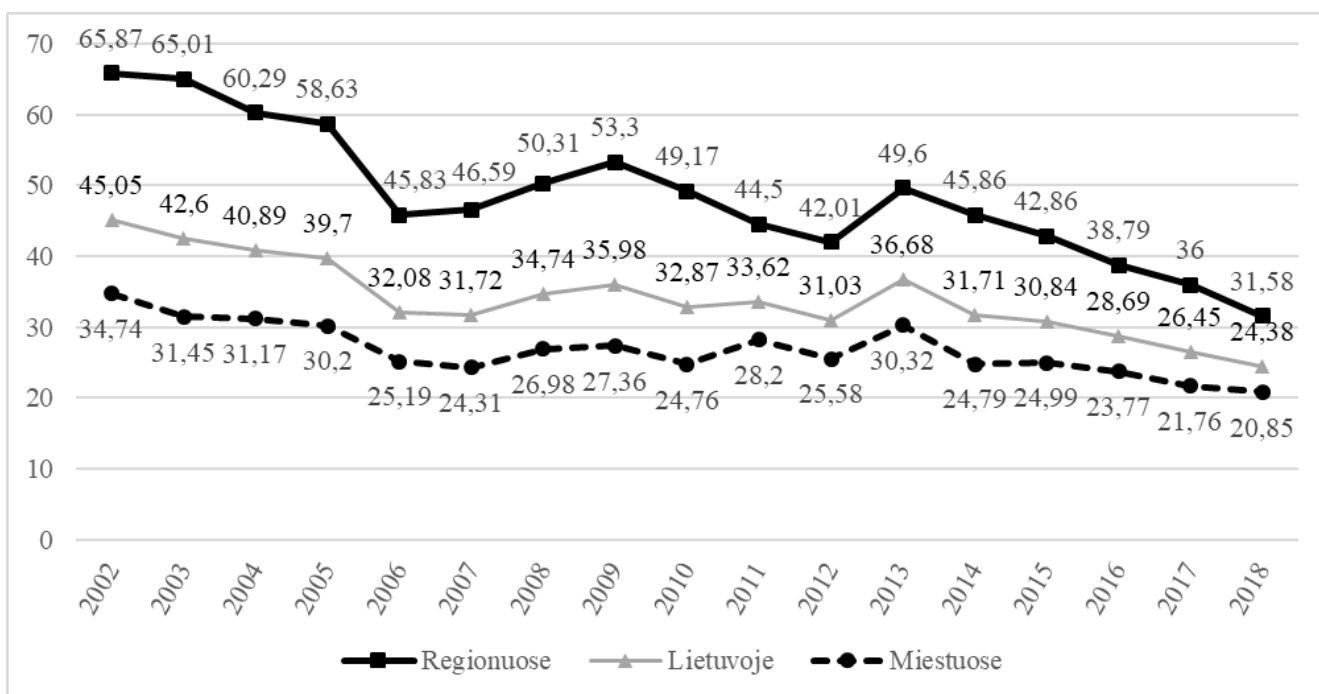
Per šešis metus (iki 1996 m.) šalies gyventojų mirtingumas nuo savižudybių išaugo 82,4 proc. ir po tokio drastiško augimo 1998-2000 m. nusistovėjo labai aukšti rodikliai (vidutiniškai 44,6 savižudybės 100 tūkst. žmonių). Svarbu paminėti, jog apibūdinti pokyčiai labiau paveikė vyrus ir jų rodikliai buvo 5-6 kartus didesni nei moterų (Gailienė, 2015). Lietuvoje ir toliau vyravo sovietiniame režime išplitusios pasyvios nuostatos bei savidestruktyvūs sunkumų įveikos būdai (žalingas alkoholio vartojimas, savižudybės), ypatingai ryškiai šios liūdno tendencijos pastebimos tarp šalies regionų gyventojų (Gailienė, 2005).

Savižudybių kontekste kaimas nuo komunistinio režimo patyrė didžiausią žalą. Pasak Gailienės (2015), priverstinė sovietų režimo pritaikyta kolektyvizacija, dėl kurios kaime gyvenusieji neteko visos iki tol turėtos privačios nuosavybės, pakirto pačius kaimo žmogaus egzistencijos pagrindus. Tai neigiamai paveikė itin svarbius bendruomeninius ir šeimos ryšius, skatino žalingą alkoholio vartojimą ir vertė žmones jausti desperaciją. Taip pat minima, jog tuo laikotarpiu kaimas buvo dar kartą psichologiškai nuskurdintas, kai ten gyvenę žmonės savo vaikus skatino keliauti gyventi į miestą, nes manė, jog ten jų laukia geresnės perspektyvos. Toks ilgalaikis senovėje nusistovėjęs kaimo tvarkos sutrikdymas ne tik apribojo regionų gyventojų galimybes išpildyti visuomenėje vyraujančius lyties stereotipų lūkesčius, bet ir sukūrė itin palankias sąlygas išmokto bejėgiškumo formavimuisi. Tikėtina, jog apibūdintas lietuviško kaimo kontekstas galėjo paveikti ne tik Sovietų Sąjungoje gyvenusius asmenis, bet ir po jų sekančias okupacijų nepatyrusias kartas. Pavyzdžiui, neseniai Lietuvoje atliktame tyrime pastebėta, jog prieš mėgindami nusižudyti šalies gyventojai buvo linkę stipriai vengti kreiptis pagalbos. Įvardinamos kelios pagrindinės to priežastys: nepasitikėjimas aplinkiniais, siekis savo problemas išspręsti be kitų žmonių pagalbos, nenoras savo sunkumais tapti našta ir įsitikinimas, jog nuoširdus dalinimasis emocijomis yra silpnumo ženklas (Dadašev ir kt., 2016).

Tarpukario Lietuvos kaime savižudybių skaičius buvo 4-5 kartus mažesnis nei miestuose, tačiau antrosios sovietinės okupacijos metu tai pasikeitė ir regionuose savižudybių padaugėjo gan drastiškai. Pirmiausiai, maždaug 1967-1970 m. savižudybių rodikliai kaime ir mieste susilygino ir nuo 1971 m. kaime buvo daugiau savižudybių nei mieste. Nuo 1932 iki 1993 m. regionų rodikliai išaugo maždaug 9-10 kartų (nuo 6 / 100 tūkst. gyv. iki 59,6 / 100 tūkst. gyv.), kai tuo tarpu miesto savižudybių skaičius padidėjo tik nereikšmingai (nuo 31 / 100 tūkst. iki 34 / 100 tūkst.) (Gailienė ir kt., 1995). Kaimo gyventojų, ypatingai vyrų, mirtingumas dėl savižudybių didėjo labiau nei miesto. Nuo 1990 iki 2002 m. mieste savižudybių padaugėjo apie 50 proc., kaime – apie 72 proc. (atitinkamai – 35 / 100 tūkst. gyv. ir 66 / 100 tūkst. gyv.). Taigi, 2002 m. savižudybės ir toliau buvo labiau paplitusios būtent šalies

regionuose. Svarbu paminėti, jog kaimo vyrų rodikliai buvo dvigubai didesni nei miesto ir tarp kaimo moterų – 1,4 karto daugiau savižudybių (Gailienė, 2005). Per praėjusius 16 m. savižudybių skaičius Lietuvos regionuose sumažėjo maždaug dvigubai, tačiau 2018 m. kaimo savižudybių rodiklis vis dar išlieka itin aukštas ir siekia maždaug 32 savižudybes 100 tūkst. gyventojų (žr. 2 pav.).

Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (2019), didžioji dalis (86,82 proc.) 2018 m. nusižudę lietuvių tai darė pasikardami, pasismaugdami ar uždusdami. Šie skaičiai yra panašūs ir šalies miestuose, ir regionuose. Skirtingai nei kitose pasaulio šalyse, Lietuvoje šaunamieji ginklai ir pesticidai, chemikalai ar kenksmingos medžiagos itin retai pasirenkami kaip savižudybės priemonės. Tik 3,66 proc. nusižudęsųjų renka ginklus, o pesticidus savižudybei panaudoja dar mažiau – 0,73 proc. žmonių. Taigi, mūsų šalyje dominuojantis savižudybės būdas yra pasikarimas ir, kitaip nei pastebima pasaulyje, šaunamieji ginklai ar kenksmingi pesticidai savižudybei naudojami itin retai ir mieste, ir kaime.



2 pav. Savižudybių rodikliai 100 tūkst. gyventojų Lietuvos regionuose ir miestuose 2002-2018 m. (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020).

Viena iš priežasčių, dėl ko laikui bėgant Lietuvos miestų ir kaimų savižudybių rodikliai kinta tik minimaliai, yra neveiksminga ir nepakankamai skaidri psichikos sveikatos priežiūros sistema. Šiuo metu vis dar nepavyksta pereiti prie biopsichosocialinio modelio ir šalyje vyrauja ydinga situacija, kai vienintelės pasiekiamos paslaugos dažniausiai yra medikamentinis gydymas ir (ar) hospitalizacija

psichiatrinės ligoninės stacionare. Visuomenėje ir politikų sprendimuose atsispindi šalies praeityje susiformavusios psichiatrizacijos tradicijos, socialinė atskirtis ir diskriminacija psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių atžvilgiu. Pastebima, jog modernios psichikos sveikatos politikos principai suformuoti dokumentuose, tačiau dėl anksčiau minėtų priežasčių taip ir nėra pradedamas jų įgyvendinimas (Pūras ir kt., 2013). Nepaisant prastos Lietuvos visuomenės psichikos sveikatos būklės (ją charakterizuoja gyventojų savižudybės, mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodikliai, stigmos ir diskriminacijos paplitimas), pažangios nemedikamentinio gydymo ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugos nėra vystomos (Petružytė ir Šumskienė, 2017). Pavyzdžiui, remiantis 2017 m. Valstybinio audito parengta ataskaita, Lietuvoje savižudybių prevencijos priemonės planuojamos netinkamai, nėra visapusės pagalbos savižudybės riziką patiriantiems asmenims teikimo sistemos. Teigiama, jog nėra patvirtintos nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos, neidentifikuojami asmenys, kuriems dėl savižudybės rizikos reikalinga pagalba, nepakankamas paslaugų prieinamumas savižudybės riziką patiriantiems asmenims ir, galiausiai, nesudarytos tinkamos sąlygos teikti kokybiškas psichologų ir psichoterapeutų paslaugas (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, 2017). Apžvelgiant nesėkmingą nacionalinės savižudybių prevencijos vystymo situaciją, svarbu paminėti, jog pastaraisiais metais šalies miestų savivaldybės ėmėsi sėkmingų iniciatyvų diegiant savižudybių intervencijos ir prevencijos algoritmus. Pavyzdžiui, 2015 m. buvo patvirtinta savižudybių rizikos valdymo strategija Kupiškio rajone (gyventojų tankumas – 20,1 žm. / km²) ir tai buvo pirmasis reagavimo į savižudybių riziką algoritmas Lietuvos kaimo vietovėse. Nepaisant labiau politiniame ir praktiniame lygmenyse atskleidžiamo regionų savižudybių aktualumo, vis dar pastebimas mokslinės literatūros apie šalies kaimuose vykstančių savižudybių apraiškas trūkumas. Dėl itin didelio savižudybių skaičiaus šalies regionuose svarbu ne tik vykdyti savižudybių prevenciją, bet ir išsiaiškinti, kokios savižudybių prevencijos priemonės būtų efektyviausios Lietuvos kaime. Šiuo tikslu svarbu gilintis į minimai sociokultūrinei aplinkai būdingus specifinius savižudybių rizikos veiksnius bei esamų pagalbos priemonių tinklą, tačiau kol kas tokių žinių turime mažai.

Taigi, šiame darbe atliekamo **tyrimo tikslas** – nustatyti panašumus ir skirtumus tarp savižudybių Lietuvos sostinėje ir regionuose.

Darbo **uždaviniai**:

1. Nagrinėti sostinės ir regionų savižudybių ypatumus, remiantis nusižudžiusiųjų artimųjų perspektyva:
 - Savižudybės priežastis;

- Ankstesnius mėginimus nusižudyti;
- Sveikatos būklę ir sutrikimus (fizinę sveikatą, psichikos sveikatą ir alkoholio vartojimo įpročius);
- Gautas sveikatos priežiūros paslaugas;
- Susidūrimus su teisėsauga ir socialinę pagalbą.

2. TYRIMO METODIKA

Aprašomame darbe naudojami duomenys yra Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Suicidologijos tyrimų centro mokslininkų grupės 2016 m. spalio mėn. – 2019 m. spalio mėn. vykdytų mokslinių tyrimų dalis. Projektams pasikeisdami vadovavo prof. habil. dr. Danutė Gailienė ir doc. dr. Paulius Skruibis. Kiti projektų vykdytojai: dr. Jurgita Rimkevičienė, dr. Odeta Geležėlytė, dokt. Jolanta Latakienė, dr. Eglė Mažulytė-Rašytinė, dokt. Andrius Lošakevičius, dr. Said Dadašev, dokt. Dovilė Grigienė, dokt. Austėja Agnietė Čepulienė, Evelina Dirmotaitė ir Laima Dagilė. Buvo atliktos 2016 m., 2017 m., 2018 m. ir 2019 m. savižudybių Vilniaus mieste ir 2017-2018 m. savižudybių Mažeikių, Joniškio ir Kelmės rajonuose analizės, kuriose surinkti duomenys buvo naudoti ir šiame tyrime.

2.1 Tyrimo dalyviai

Iš viso atlikta 113 interviu, kuriuose artimieji pasakoja apie nusižudžiusiuosius. Vilniuje buvo 84 atvejai (74,3 proc.), Kelmės rajone – 15 atvejų (13,3 proc.), Mažeikių rajone – 10 (8,8 proc.) ir Joniškio rajone – 4 (3,5 proc.). Remiantis vietovių gyventojų tankumu, šiame tyrime minimi Mažeikių rajone (gyventojų tankumas – 51,2 žm. / km²), Joniškio raj. (24,5 žm. / km²) ir Kelmės raj. (20,9 žm. / km²) nusižudę asmenys, yra laikomi regionų gyventojais, o Vilniaus mieste (1381,7 žm. / km²) – miesto, t. y. sostinės, gyventojais. Taigi, tyrimo metu buvo tarpusavyje lyginami 84 sostinėje (74,3 proc.) ir 29 regionuose (25,7 proc.) gyvenę nusižudžiusieji.

2.1.1 Nusižudžiusiųjų asmenų demografiniai duomenys

2.1.1.1 Sostinėje nusižudžiusiųjų asmenų demografiniai duomenys

Iš viso sostinės imtį sudarė 84-ių asmenų, 60-ies vyrų (71,4 proc.) ir 24-ių moterų (28,6 proc.), savižudybės. Mirusiųjų asmenų amžius svyravo nuo 13 iki 88 metų (amžiaus vidurkis – 54,25 m.; standartinis nuokrypis – 19,61 m.). Sostinėje nusižudžiusiųjų gyvenamoji situacija, šeimtinė padėtis ir užimtumas pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Nusizudžiusių gyvenamoji situacija, šeiminė padėtis ir užimtumas

Gyvenamoji situacija	<i>n</i>	Proc.
Gyveno vienas (-a)	20	23,8
Gyveno su sutuoktiniu (-e) ar partneriu (-e) ir (ar) vaikais	39	46,4
Gyveno su tėvais	13	15,5
Gyveno su kitais artimaisiais	9	10,7
Kita	3	3,6
Šeiminė padėtis (N = 83)		
Vedęs ar ištekėjusi	36	43,4
Nevedęs ar netekėjusi	21	25,3
Išsiskyres (-usi)	12	14,5
Našlys (-ė)	14	16,9
Užimtumas		
Dirbo	29	34,5
Buvo bedarbis (-ė)	15	17,9
Studentas (-ė)	4	4,8
Moksleivis (-ė)	1	1,2
Pensijoje	29	34,5
Turėjo neįgalumą	6	7,1

2.1.1.2 Regionuose nusizudžiusių asmenų demografiniai duomenys

Iš viso regionų imtį sudarė 29-ių asmenų, 25-ių vyrų (86,2 proc.) ir 4-ių moterų (13,8 proc.), savižudybės. Mirusiųjų asmenų amžius svyravo nuo 27 iki 92 metų (amžiaus vidurkis – 53 m.; standartinis nuokrypis – 15,51 m.). Regionuose nusizudžiusių gyvenamoji situacija, šeiminė padėtis ir užimtumas pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Nusižudžiusių gyvenamoji situacija, šeiminė padėtis ir užimtumas

Gyvenamoji situacija	<i>n</i>	Proc.
Gyveno vienas (-a)	7	24,1
Gyveno su sutuoktiniu (-e) ar partneriu (-e) ir (ar) vaikais	19	65,5
Gyveno su tėvais	1	3,4
Gyveno su kitais artimaisiais	2	6,9
Šeiminė padėtis		
Vedęs ar ištekėjusi	16	55,2
Nevedęs ar netekėjusi	7	24,1
Išsiskyres (-usi)	4	13,8
Našlys (-ė)	2	6,9
Užimtumas		
Dirbo	13	44,8
Buvo bedarbis (-ė)	7	24,1
Pensijoje	6	20,7
Turėjo neįgalumą	3	10,3

2.1.2 Nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai duomenys

2.1.2.1 Sostinėje nusižudžiusių asmenų artimųjų demografiniai duomenys

Iš tyrimo metu sostinėje apklaustų 84 nusižudžiusių asmenų artimųjų 34 buvo vyrai (40,5 proc.) ir 50 – moterys (59,5 proc.). Apklaustųjų amžius svyravo nuo 20 iki 74 metų (amžiaus vidurkis – 43,31 m., standartinis nuokrypis – 12,88 m.). 39 interviu dalyviai (46,4 proc.) nurodė prieš mirtį gyvenę kartu su nusižudžiusiuoju. Platesnė informacija apie sostinėje gyvenusių dalyvių santykį su nusižudžiusiuoju ir bendravimo ypatumus pateikiama 3 lentelėje.

3 lentelė. *Informacija apie tyrimo dalyvių santykius su nusižudžiusiuoju ir bendravimo ypatumus*

Ryšys su nusižudžiusiuoju (<i>tyrimo dalyvis yra</i>)	<i>n</i>	Proc.
Sutuoktinis (-ė) ar partneris (-ė)	22	26,2
Mama ar tėtis	10	11,9
Dukra ar sūnus	30	35,7
Sesuo ar brolis	7	8,3
Kita	15	17,9
Paskutinio bendravimo prieš mirtį laikas		
Ta pačią dieną	33	39,3
Prieš dieną	30	35,7
Prieš kelias dienas	12	14,3
Prieš kelias savaites	7	8,3
Prieš mėnesį	1	1,2
Prieš metus ar vėliau	1	1,2
Bendravimo dažnumas		
Kasdien ar beveik kasdien	52	61,9
Keletą kartų per savaitę	18	21,4
Keletą kartų per mėnesį	11	13,1
Rečiau nei kas mėnesį	3	3,6
Santykių artimumas		
Labai artimi	36	42,9
Artimi	25	29,8
Iš dalies artimi	11	13,1
Nelabai artimi	12	14,3

2.1.2.2 Regionuose nusizudžiusių asmenų artimųjų demografiniai duomenys

Iš tyrimo metu regionuose apklaustų 29 nusizudžiusių artimųjų 6 buvo vyrai (20,7 proc.) ir 23 – moterys (79,3 proc.). Apklaustųjų amžius svyravo nuo 22 iki 72 metų (amžiaus vidurkis – 49,59 m., standartinis nuokrypis – 13,78 m.). 13 interviu dalyviai (44,8 proc.) nurodė prieš mirtį gyvenę kartu su nusizudžiusiuoju. Platesnė informacija apie regionuose gyvenusių dalyvių santykį su nusizudžiusiuoju ir bendravimo ypatumus pateikiama 4 lentelėje.

4 lentelė. Informacija apie tyrimo dalyvių santykį su nusizudžiusiuoju ir bendravimo ypatumus

Ryšys su nusizudžiusiuoju (tyrimo dalyvis yra)	<i>n</i>	Proc.
Sutuoktinis (-ė) ar partneris (-ė)	10	34,5
Mama ar tėtis	1	3,4
Dukra ar sūnus	5	17,2
Sesuo ar brolis	4	13,8
Kita	9	31,0
Paskutinio bendravimo prieš mirtį laikas		
Ta pačią dieną	10	34,5
Prieš dieną	8	27,6
Prieš kelias dienas	5	17,2
Prieš kelias savaites	3	10,3
Prieš mėnesį	2	6,9
Prieš metus ar vėliau	1	3,4
Bendravimo dažnumas		
Kasdien ar beveik kasdien	18	62,1
Keletą kartų per savaitę	2	6,9
Keletą kartų per mėnesį	6	20,7
Rečiau nei kas mėnesį	3	10,3

Lentelės tęsinys

Santykių artimumas		
Labai artimi	6	20,7
Artimi	11	37,9
Iš dalies artimi	7	24,1
Nelabai artimi	5	17,2

2.1.2.3 Sostinės savižudybių aplinkybės

Savižudybės būdas. 73 nusižudžiusieji pasikorė (86,9 proc.), 6 asmenys savižudybės tikslu apsinuodijo (7,1 proc.), 3 nusišovė (3,6 proc.), 1 iššoko iš aukšto pastato (1,2 proc.) ir 1 panaudojo peilį (1,2 proc.).

Savižudybės vieta. 66 nusižudžiusieji tai padaryti nusprendė namuose (78,6 proc.), 7 – šalia namų (8,3 proc.), 6 – viešoje vietoje (pvz., miške, netoli darbovietės ar kitų įstaigų) (7,1 proc.) ir 5 – kitur (pvz., sodyboje, sodo namelyje, tėvų namuose) (6 proc.).

2.1.2.4 Regionų savižudybių aplinkybės

Savižudybės būdas. 27 nusižudžiusieji pasikorė (93,1 proc.), 1 asmuo savižudybės tikslu apsinuodijo (3,4 proc.) ir 1 nusišovė (3,4 proc.).

Savižudybės vieta. 15 nusižudžiusiųjų tai padaryti nusprendė namuose (51,7 proc.), 9 – šalia namų (31 proc.), 4 – kitur (pvz., sodyboje, sodo namelyje, tėvų namuose) (13,8 proc.), 1 – viešoje vietoje (pvz., miške, netoli darbovietės ar kitų įstaigų) (3,4 proc.).

2.2 Instrumentai ir tyrimo eiga

Tyrimai buvo atliekami sostinėje nuo 2016 m. spalio mėn. iki 2019 m. spalio mėn. ir regionuose nuo 2017 m. spalio mėn. iki 2019 m. rugsėjo mėn. Dalyvauti tyrime buvo kviečiami nusižudžiusiųjų artimieji, kurie po savižudybės paliko savo kontaktus Kelmės rajono Socialinės paramos centro, Joniškio rajono Socialinės paramos centro ir Lietuvos policijos departamento darbuotojams, kurie informuodavo

artimuosius apie galimybę dalyvauti šiame moksliniame tyrime. Gavus potencialių tyrimo dalyvių kontaktus, tyrėjai susisiekdavo su tokiais asmenimis telefonu ir pristatydavo tyrimą. Jeigu artimieji sutikdavo dalyvauti, būdavo suderinamas kito pokalbio telefonu arba, tyrimo dalyviams (gyvenantiems Vilniuje) pageidaujant, gyvo susitikimo Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto patalpose laikas. Prieš atliekant interviu, dar kartą pristatomas tyrimo tikslas ir paaiškinamos duomenų konfidencialumo sąlygos. Atsižvelgiant į bendrojo duomenų apsaugos reglamento (BDAR) taisykles, informuotas tyrimo dalyvio sutikimas dalyvauti tyrime prieš interviu būdavo įrašomas į elektroninę laikmeną (Skruibis ir kt., 2019; Gailienė ir kt., 2020).

Tyrimas atliekamas pusiau struktūruoto interviu principu pagal anksčiau minėtos mokslininkų grupės iš anksto paruoštus tyrimo klausimus, naudojant specialiai šiam tyrimui parengtą protokolą (anketą). Buvo numatytos šios pagrindinės klausimų grupės: mirties aplinkybės, tyrimo dalyvių numanomos mirties priežastys, ankstesni mėginimai nusižudyti, sveikatos problemos ir kiti galimi sunkumai (alkoholio vartojimas, susidūrimai su teisėsauga ir kt.), iki savižudybės gauta medicininė, psichologinė, socialinė pagalba ir jos kokybė, pagalbos trūkumas, demografiniai klausimai apie nusižudžiusiuosius ir jų artimuosius. Interviu pradedamas pirmuoju atviru klausimu („Papasakokite, prašau, kokios buvo mirties aplinkybės? Kas atsitiko?“). Tyrimo dalyviui atsakant pildomi visi tyrimo anketos klausimai, į kuriuos jis (-i) atsako. Toliau užduodami tik tie klausimai, į kuriuos tyrimo dalyvis (-ė) neatsakė. Klausimų tvarka pritaikoma pagal pokalbio eigą. Esant poreikiui, užduodami papildomi klausimai, siekiant pasitikslinti įvykių detales ir aplinkybes (Gailienė ir kt., 2016) Interviu trukmė buvo nuo 11 min. iki 100 min., vidutiniškai apie 43 min.

Nusižudžiusiųjų artimieji – tai pažeidžiama mokslinių tyrimų imtis, todėl tyrimo metu buvo siekiama atsižvelgti į jų emocinę būseną ir galimą pagalbos poreikį. Esant tokiam poreikiui, po interviu tyrimo dalyviui buvo suteikiama informacija apie galimas pagalbos galimybes ir skatinama kreiptis pagalbos. Taip pat buvo užtikrinamas tyrimo dalyvių konfidencialumas bei jų pateiktų duomenų saugumas. Iliustruojant duomenų analizėje išskirtus kodus ir aptariant gautus rezultatus darbuose ar pranešimuose pateikiamose citatose, tyrimo dalyvių minėti savo ar kitų žmonių vardai, vietovių pavadinimai buvo pakeisti kitais sutartiniais ženklais. Su pirminiais duomenų analizės rezultatais susipažinti galėjo tik šio tyrimo mokslininkų grupė. Duomenų analizei panaudoti apibendrinti duomenys, kurie nebuvo siejami su konkrečiais tyrimo dalyviais. Prieš pradėdant darbą su nusižudžiusiųjų artimaisiais regionuose, buvo gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komisijos leidimas atlikti šį tyrimą (Skruibis ir kt., 2019).

2.3 Duomenų analizė

Tyrimo duomenims apdoroti buvo naudojami ir kokybiniai, ir kiekybiniai analizės būdai. Pirmiausiai, surinktus interviu duomenis, remdamiesi turinio analizės metodu (Elo ir Kyngäs, 2008), apdorojo suicidologijos tyrimų centro mokslininkai. Kiekvieno interviu metu ir po jo tyrėjas (-a) detaliai užsirašinėdavo pateikiamą informaciją į tyrimo protokolą. Kadangi interviu buvo informacinio pobūdžio, interviu įrašymas nenaudotas, nes laikoma, jog klausiant apie faktus analizei užtenka tyrėjo (-os) užrašų, pilnas interviu transkribavimas nereikalingas (Halcomb ir Davidson, 2006; Vogt, Vogt, Gardner ir Haefele, 2014). Atlikus interviu, tyrėjas (-a) savo užrašus suvedavo į duomenų bazę išskirdamas (-a) pagrindines kategorijas. Šios kategorijos buvo išskirtos deduktyviu būdu prieš tyrimą, remiantis tyrimo klausimais. Atlikus visus interviu, kiekvienoje kategorijoje buvo išskirti prasminiai vienetai, t. y. smulkiausi tekste koduojami segmentai, kurie buvo grupuojami pagal prasmę, ir tokiu būdu kiekvienoje kategorijoje buvo išskiriami kodai. Surinktus duomenis mokslinio tyrimo grupės tyrėjai kodavo ir suvedavo į specialiai tam sukurtą duomenų bazę, leidžiančią lengviau palyginti ir apibendrinti informaciją. Pradžioje turimi duomenys buvo analizuojami individualiai pasiskirsčius atskiras analizės dalis. Vėliau, bendrų susitikimų metu, surinkti duomenys ir jų kodavimo sistema, t. y. kiekvienoje kategorijoje išskirti kodai, jų dažnumas ir pavyzdžiai (kokie interviu duomenys buvo priskirti konkrečiam kodui) buvo aptarti visų tyrėjų kartu. Duomenų tvarkymui ir analizei naudota kompiuterinė kokybinių duomenų apdorojimo programa „Atlas.ti“ Vilniaus universiteto fakultete ir „Microsoft Office“ programų paketas.

Tyrimo rezultatų patikimumui užtikrinti vertintas koduotojų sutariamumas (Vaismoradi, Turunen ir Bondas, 2013). Po pradinės kodavimo procedūros antras koduotojas, naudodamas tą pačią kodavimo sistemą, sukodavo visus interviu. Po antrojo kodavimo matuotas sutariamumo indeksas tarp dviejų koduotojų, t. y. kurią dalį prasminių vienetų abu koduotojai priskyrė tam pačiam kodui. 2016 m. buvo gautas 77,73 proc. sutariamumo indeksas, 2017 m. – 80,18 proc. ir bendra dviejų metų indekso reikšmė – 78,68 proc. Toks dviejų koduotojų sutariamumo indeksas yra laikomas pakankamu tyrimo rezultatų patikimumui pagrįsti. Taip pat buvo atliekamas tikėtinumo patvirtinimas (angl. *providing credibility checks*), kai keletas tyrėjų papildomai peržiūri tyrimo duomenis, ieško neatitikimų ar klaidų ir tariasi tarpusavyje (Elliott ir kt., 1999). Įvertinus neatitikimus tarp dviejų pirmųjų koduotojų atlikto darbo, nesutampantys atsakymai būdavo peržiūrimi trečio koduotojo ir, reikalui esant, aptariami tarp visų trijų koduotojų. Tokiu būdu buvo prieinamas bendras sprendimas, kaip reikėtų koduoti ateityje, atitinkamai pakoreguojant ir kodavimo sistemą.

Svarbu paminėti, jog šio tyrimo autorė dalyvavo atliekant Vilniaus 2018 m., Mažeikių, Joniškio, Kelmės ir Klaipėdos 2017-2018 m. interviu analizę. Dviese su kolege Migle Marcinkevičiūte, naudojantis suicidologijos tyrimų centro mokslininkų sudaryta kodavimo sistema, atliko minimų interviu duomenų kodavimo procedūrą. Taip pat prisidėjo prie anksčiau minėto tikėtinumo patvirtinimo pateikimo ir kodavimo sistemos redagavimo proceso.

Atlikus kokybinę interviu analizę, buvo pritaikyti kiekybiniai duomenų apdorojimo metodai: kiekybinimas (angl. *quantitizing*), kuris paprastai apibūdinamas kaip kiekybinis kokybinių duomenų vertimas, transformacija ar konvertavimas (Sandelowski ir kt., 2009), ir statistinė analizė. Pirmiausiai, naudojantis Suicidologijos tyrimų centro mokslininkų sudaryta kodavimo sistema, buvo sukurta supaprastinta sistema, kurioje kiekvienai kategorijai ir kodui buvo naujai suteikiamos skaitinės reikšmės. Remiantis nauja duomenų transformacijos sistema, visi tyrėjų surinkti ir kokybiškai apdoroti duomenys buvo pakeičiami tekstui (kodams ir kategorijoms) suteikiant skaitinę kategorinę reikšmę. Tokiu būdu kokybiniai duomenys buvo pritaikyti kiekybinės analizės procedūroms atlikti. Duomenims analizuoti naudota statistinių duomenų analizės programa IBM SPSS (25 versija). Aprašomoji statistika pateikta apibūdinant kintamųjų vidurkius, standartinius nuokrypius ir procentines išraiškas. Lyginant proporcijas ir vidurkius sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų asmenų grupėse, buvo naudoti neparametrinis Chi kvadrato (χ^2) kriterijaus ir nepriklausomų imčių Student t-testo statistinės analizės metodai.

3. REZULTATAI

3.1 Sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų demografiniai duomenys

Tyrimo metu buvo atliktas sostinėje ir regionuose gyvenusių nusižudžiusiųjų palyginimas pagal demografinius veiksnius (žr. 1 priedą). Matome, kad statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nebuvo rasta nei vienu iš tyrinėtų aspektų: nusižudžiusiųjų lyties, amžiaus, gyvenamosios situacijos, šeiminių padėties ir užimtumo pastaruoju metu.

Taip pat 1 priede pateikiamas sostinės ir regionų savižudybių palyginimas pagal jų būdą ir vietą. Matome, kad statistiškai reikšmingai skiriasi savižudybei pasirinkta vieta. Sostinėje gyvenę asmenys reikšmingai dažniau rinkosi nusižudyti namuose, kai tuo tarpu regionuose reikšmingai dažniau buvo nusižudoma šalia namų. Nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp savižudybės būdų: pasikoro, apsinuodijimo, šuolio iš aukštai, peilio panaudojimo ir nusišovimo.

3.2 Sostinės ir regionų savižudybių priežastys

Tyrimo metu buvo atliktas sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų palyginimas pagal jų artimųjų įvardintas savižudybės priežastis (žr. 2 priedą). Svarbu paminėti, jog tiriamieji galėjo pasirinkti daugiau nei vieną artimojo savižudybės priežastį, todėl pateikiami duomenys rodo priežasties pasirinkimų dažnį. Matome, kad statistiškai reikšmingai skiriasi šios priežastys: priklausomybė nuo alkoholio ar žalingas jo vartojimas, žalingas ar šalutinis psichotropinių vaistų poveikis ir artimojo netektis. Regionuose nusižudžiusiųjų artimieji reikšmingai dažniau nei gyvenę sostinėje savižudybės priežastimi įvardijo priklausomybę nuo alkoholio ar žalingą jo vartojimą. Sostinėje gyvenusių nusižudžiusiųjų artimieji reikšmingai dažniau nei gyvenusių regionuose artimojo savižudybės priežastimi įvardijo žalingą ar šalutinį psichotropinių vaistų poveikį ir artimojo netektį. Tarp grupių nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų įvardinant šias priežastis: psichikos sveikatos sutrikimus, sveikatos problemas (prostatos problemas, operacijos laukimą ar operacijos pasekmes, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimus, skausmą, stuburo, judėjimo ir kitas problemas), finansines problemas (skolas, greituosius kreditus ir kitas), priklausomybę nuo narkotinių medžiagų, neefektyvią psichikos sveikatos specialistų pagalbą, nereguliarų psichotropinių vaistų vartojimą, išrašymą iš psichiatrijos ligoninės ar skyriaus (praėję 1-2 savaitės), santykių, artimųjų problemas, vaikystės trauminės patirtis, išsiskyrimą arba skyrybų procesą, patirtą smurtą, vienišumą, darbo problemas (negalėjimą dirbti ar susirasti darbo ir darbo pradžią), daug

nusižudžiusių aplinkoje, patirtą vagystę, vairuotojo teisių praradimą, slapstymąsi nuo kalėjimo bausmės ir baimę pakenkti artimiesiems dėl turimo psichikos sutrikimo.

3.3 Sostinėje ir regionuose nusižudžiusių ankstesni mėginimai nusižudyti

5 lentelėje pateikiamas sostinėje ir regionuose gyvenusių ankstesnių bandymų nusižudyti palyginimas tarp grupių. Matome, kad nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp sostinėje ir regionuose niekada anksčiau nemėginusių nusižudyti, vieną ir daugiau nei vieną ankstesnį kartą bandžiusių ir repetavusių, t. y. pakartotinai tikrinusių tą patį savižudybės būdą, kuriuo vėliau ir nusižudė.

Taip pat buvo atlikta ankstesnių mėginimų nusižudyti laiko ir metodų analizė bei palyginimas tarp minėtų grupių. Nagrinėjant ankstesnių mėginimų nusižudyti laiką ir metodus, svarbu atsižvelgti į tai, kad kai kurie asmenys nusižudyti bandę buvo daugiau nei vieną kartą ($n = 16$), todėl toliau pateikiama analizė grindžiama ne asmenų, o būtent mėginimų nusižudyti kiekiu. Paaiškėjo, jog tarp tų žmonių, kurie iki mirties buvo bent kartą mėginę nusižudyti, sostinėje 53,6 proc. atvejų buvo prieš 10 ir daugiau metų ($n = 15$), 7,1 proc. – daugiau nei prieš 3 m., bet mažiau nei prieš 10 m. ($n = 2$), 75 proc. – per paskutinius 3 metus ($n = 21$), o 3,6 proc. nusižudžiusių artimieji nežinojo ($n = 1$). Nagrinėjant ankstesnių mėginimų nusižudyti metu sostinėje pasirinktus metodus, rasta, jog 42,9 proc. ankstesnių mėginimų nusižudyti metu buvo pasirinktas tas pats metodas kaip ir savižudybės metu ($n = 12$), 53,6 proc. atvejų buvo pasirinktas kitas metodas nei savižudybės metu ($n = 15$), 17,9 proc. – nusižudžiusiojo artimieji nežinojo ($n = 5$).

Regionuose 25 proc. mėginimų nusižudyti atvejų buvo įvykę prieš 10 ir daugiau metų ($n = 3$), 25 proc. – daugiau nei prieš 3 m., bet mažiau nei prieš 10 m. ($n = 3$), 75 proc. – per paskutinius 3 metus ($n = 9$), o 16,7 proc. nusižudžiusių artimieji nežinojo ($n = 2$). Nagrinėjant ankstesnių mėginimų nusižudyti metu kaimo vietovėse pasirinktus metodus, rasta, jog 66,7 proc. ankstesnių mėginimų nusižudyti metu buvo pasirinktas tas pats metodas kaip ir savižudybės metu ($n = 8$), 33,3 proc. atvejų buvo pasirinktas kitas metodas nei savižudybės metu ($n = 4$), 16,7 proc. – nusižudžiusiojo artimieji nežinojo ($n = 2$). Tarp sostinės ir regionų žmonių grupių ankstesnių mėginimų nusižudyti laiko ir pasirinktų metodų nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų.

5 lentelė. *Sostinėje ir regionuose nusižudžiusių ankstesnių mėginimų nusižudyti palyginimas tarp grupių*

Ankstesnių mėginimų nusižudyti dažnis	Sostinėje (n = 84)	Regionuose (N = 29)	χ^2	df	p
	n (%)	n (%)			
Nebuvo	56 (66,7)	16 (55,2)	4,225	4	0,376
Vienas	16 (19,0)	7 (24,1)			
Daugiau nei vienas	11 (13,1)	5 (17,2)			
Repeticija	1 (1,2)	0 (0,0)			
Artimieji nežinojo	0 (0,0)	1 (3,4)			

Pastaba. n – nusižudžiusių skaičius, % – procentinė nusižudžiusių išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.4 Sostinėje ir regionuose nusižudžiusių sveikatos būklė ir sutrikimai

Šioje rezultatų dalyje pristatoma nusižudžiusių artimųjų pateikta informacija apie nusižudžiusio asmens prieš mirtį buvusius fizinės sveikatos sutrikdymus, psichikos sveikatos sutrikimus ir alkoholio vartojimo ypatumus. Šiuo atveju artimųjų buvo prašoma apibūdinti nusižudžiusio sveikatos būklę paskutiniu metu, neatsižvelgiant į jos sąsajas su savižudybe. Taigi, pateikiama informacija su anksčiau aprašytais savižudybių priežastimis persidengia tik tais atvejais, kai artimieji teigė, jog mirusiojo sveikatos būklė ir sutrikimai buvo savižudybės priežastimis.

Pirmiausiai, 6 lentelėje pateikiamas sostinėje ir regionuose gyvenusių nusižudžiusių fizinių sutrikdymų palyginimas. Svarbu paminėti, jog tiriamieji galėjo pasirinkti daugiau nei vieną artimojo fizinės sveikatos sutrikdymą, todėl pateikiami duomenys rodo jų pasirinkimo dažnį. Matome, kad tarp skirtingose grupėse pasireiškusių fizinių sutrikdymų (traumų ir judėjimo sunkumų, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimų, prostatos ligų, regėjimo problemų ir akių ligų, endokrininės sistemos sutrikimų, neaiškių ar nenustatytų sutrikimų ir kitų sutrikdymų), nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų.

Taigi, sostinėje ir regionuose gyvenę nusižudžiusieji ne tik panašiai dažnai visai neturėjo fizinių sutrikdymų, bet ir tarp sutrikdymus patyrusiųjų panašiai dažnai fiksuojami buvo įvairūs jų pobūdžiai.

6 lentelė. *Sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų fizinės sveikatos sutrikdymų palyginimas tarp grupių*

Fizinės sveikatos sutrikdymai	Sostinėje (N = 84)	Regionuose (N = 29)	χ^2	df	p
	n (%)	n (%)			
Neturėjo	32 (38,1)	14 (48,3)	0,926	1	0,336
Traumos, judėjimo sistemos ar judėjimo sunkumai	21 (25,0)	6 (20,7)	0,220	1	0,639
Širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai	17 (20,2)	3 (10,3)	1,449	1	0,229
Prostatos ligos	8 (9,5)	3 (10,3)	0,017	1	0,898
Regėjimo problemos ir akių ligos	7 (8,3)	0 (0,0)	2,576	1	0,108
Endokrininės sistemos sutrikimai	4 (4,8)	2 (6,9)	0,195	1	0,658
Neaiškūs ar nenustatyti sutrikimai	2 (2,4)	2 (6,9)	1,287	1	0,257
Kita	18 (21,4)	10 (34,5)	1,971	1	0,160

Pastaba. N – nusižudžiusiųjų skaičius grupėje, n – pasirinkimų skaičius, % – procentinė pasirinkimų išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Antra, 7 lentelėje pateikiamas sostinėje ir regionuose gyvenusių nusižudžiusiųjų diagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų palyginimas. Matome, jog sostinėje kiek mažiau nei pusė (48,8 proc.) asmenų neturėjo psichikos sutrikimų, o regionuose tą patį galima pasakyti apie daugiau nei pusę (65,5 proc.) nusižudžiusiųjų. Lyginant šiose grupėse buvusių psichikos sveikatos diagnozių tipus (nuotaikos, priklausomybės, psichozinio spektro ar nepatikslingų sutrikimų), nustatymo laikus (paskutiniaisiais metais, prieš 1-3 m., prieš 4-7 m. ar prieš 8 ir daugiau metų) ir nustatymo vietas (ambulatorinio gydymo metu arba psichiatrinėje ligoninėje ar skyriuje), nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų.

7 lentelė. Sostinėje ir regionuose nusizudžiusiųjų diagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų palyginimas tarp grupių

	Sostinėje (n = 84)	Regionuose (n = 29)	χ^2	df	p
	n (%)	n (%)			
Psichikos sveikatos sutrikimų diagnozės pagal tipą					
Nebuvo	41 (48,8)	19 (65,5)	6,235	4	0,182
Nuotaikos sutrikimai	22 (26,2)	4 (13,8)			
Priklausomybės	6 (7,1)	4 (13,8)			
Psichozinio spektro sutrikimai	7 (8,3)	0 (0,0)			
Nepatikslinti sutrikimai	8 (9,5)	2 (6,9)			
Psichikos sveikatos sutrikimų diagnozės nustatymo laikas; Sostinėje (n = 43), regionuose (n = 10)					
Paskutiniaisiais metais	8 (18,6)	3 (30,0)	2,917	4	0,572
Prieš 1-3 m.	4 (9,3)	2 (20,0)			
Prieš 4-7 m.	6 (14,0)	2 (20,0)			
Prieš 8 m. ir daugiau	20 (46,5)	2 (20,0)			
Artimieji nežinojo	5 (11,6)	1 (10,0)			
Psichikos sveikatos sutrikimų diagnozės nustatymo vieta; Sostinėje (n = 43), regionuose (n = 10)					
Ambulatorinio gydymo metu	13 (30,2)	1 (10,0)	1,792	2	0,408
Psichiatrinėje ligoninėje ar skyriuje	22 (51,2)	7 (70,0)			
Artimieji nežinojo	8 (18,6)	2 (20,0)			

Pastaba. n – nusizudžiusiųjų skaičius, % – procentinė nusizudžiusiųjų išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Trečia, 8 lentelėje pateikiamas sostinės ir regionų nediagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų palyginimas. Svarbu pabrėžti, jog šie duomenys atspindi nusižudžiusiųjų artimųjų perspektyvą, t. y. negalima numatyti, ar artimųjų siūlomi nediagnozuoti sutrikimai iš tiesų galėtų būti patvirtinti ir specialistų. Nepaisant to, šie duomenys ir jų palyginimas tarp grupių gali suteikti svarbių įžvalgų apie tai, su kokiais kitais psichikos sveikatos sunkumais galimai susidūrė nusižudę asmenys. Matome, jog tarp grupių buvo rasti statistiškai reikšmingi skirtumai lyginant nediagnozuotus sutrikimus pagal tipą. Pasak artimųjų, sostinėje gyvenę nusižudžiusieji reikšmingai dažniau neturėjo nediagnozuotų psichikos sutrikimų, o gyvenę regionuose reikšmingai dažniau turėjo konkrečiai su priklausomybe nuo alkoholio susijusių nediagnozuotų psichikos sutrikimų. Taip pat artimųjų buvo prašoma pasidalinti priežastimis, kurios galėjo lemti tai, kad minimi nusižudę asmenys negavo pagalbos dorojantis su psichikos sutrikimais, t. y. buvo svarstoma, dėl ko šie sutrikimai liko nediagnozuoti (pats (-i) atsisakė kreiptis pagalbos, gydytojai, nors ir turėjo įtarius, neskatino kreiptis pagalbos arba nebuvo atpažinta, jog tai psichikos sutrikimas). Nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių. Sostinėje ir regionuose didžiausia dalis respondentų teigė, jog pats nusižudęs asmuo atsisakė kreiptis pagalbos.

8 lentelė. *Sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų nediagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų palyginimas tarp grupių*

	Sostinėje (<i>n</i> = 84)	Regionuose (<i>n</i> = 29)	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)			
Nediagnozuoti psichikos sveikatos sutrikimai pagal tipą					
Nebuvo	62 (73,8)	19 (65,5)	9,503	3	0,023
Depresija	16 (19,0)	3 (10,3)			
Priklausomybė nuo alkoholio	1 (1,2)	4 (13,8)			
Kita	5 (6,0)	3 (10,3)			

Lentelės tęsinys

	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Priežastys, dėl kurių nebuvo gauta pagalba; Sostinėje (<i>n</i> = 22), regionuose (<i>n</i> = 10)					
Pats (-i) atsisakė, nenorėjo, bijojo kreiptis pagalbos	16 (72,7)	9 (90,0)			
Gydytojai, nors ir turėjo įtarimus, nerekomendavo kreiptis pagalbos	4 (18,2)	0 (0,0)	2,087	2	0,352
Neatpažino, kad tai psichikos sutrikimas	2 (9,1)	1 (10,0)			

Pastaba. *n* – nusižudžiusių skaičius, % – procentinė nusižudžiusių išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Galiausiai, 9 lentelėje pateikiamas sostinėje ir regionuose gyvenusių nusižudžiusių alkoholio vartojimo įpročių palyginimas. Svarbu paminėti, jog tiriamieji galėjo pasirinkti daugiau nei vieną suartimojo alkoholio vartojimu susijusį ypatumą, todėl pateikiami duomenys rodo jų pasirinkimų dažnį. Matome, jog nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupėse tokius įpročius turėjusių nusižudžiusių: alkoholio nevartojo arba tai darė retai ir saikingai, patyrė ankstesnius žalingo vartojimo laikotarpius, prieš mirtį pradėjo dažniau arba didesniais kiekiais vartoti alkoholį, prieš mirtį pradėjo rečiau arba mažesniais kiekiais vartoti alkoholį, ilgą laiką turėjo alkoholio vartojimo problemų, asmuo nusižudė būdamas apsvaigęs, neigė savo priklausomybę alkoholiui ir nenorėjo kreiptis pagalbos, anksčiau mėgino ieškoti pagalbos dėl alkoholio vartojimo, bet jie nebuvo veiksmingi, sunkumų su alkoholiu būdavo, tačiau pavykdavo pasiekti nevartojimo laikotarpius, alkoholį vartojo tam, kad numalšintų psichikos sutrikimo simptomus, vartojo kitas psichoaktyvias medžiagas ir žalodavo save, kai būdavo pagirios.

9 lentelė. Sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų alkoholio vartojimo įpročių palyginimas tarp grupių

Alkoholio vartojimo įpročiai	Sostinėje (N = 84)	Regionuose (N = 29)	χ^2	df	p
	n (%)	n (%)			
Alkoholio nevartojo arba retai, saikingai	47 (56,0)	11 (37,9)	2,802	1	0,094
Ankstesni alkoholio vartojimo laikotarpiai	10 (11,9)	3 (10,3)	0,052	1	0,820
Vartojimo padažnėjimas	17 (20,2)	8 (27,6)	0,676	1	0,411
Sumažėjo suvartojamo alkoholio kiekis	4 (4,8)	1 (3,4)	0,088	1	0,767
Ilgą laiką turėjo alkoholio vartojimo problemų	18 (21,4)	10 (34,5)	1,971	1	0,160
Apsvaigęs mirties metu	9 (10,7)	2 (6,9)	0,358	1	0,550
Neigė savo priklausomybę alkoholiui	9 (10,7)	6 (20,7)	1,863	1	0,172
Nesėkmingi bandymai gydytis nuo priklausomybės	7 (8,3)	4 (13,8)	0,731	1	0,392
Nevartojimo laikotarpiai, nors sunkumų buvo	8 (9,5)	4 (13,8)	0,414	1	0,520
Alkoholį vartojo simptomams malšinti	4 (4,8)	1 (3,4)	0,088	1	0,767
Kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimas	4 (4,8)	0 (0,0)	1,432	1	0,231
Savižala pagirių metu	1 (1,2)	0 (0,0)	0,348	1	0,555

Pastaba. N – nusižudžiusiųjų skaičius grupėje, n – pasirinkimų skaičius, % – procentinė pasirinkimų išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.5 Sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų gautos sveikatos priežiūros paslaugos

10 lentelėje pateikiamas nusižudžiusiųjų sostinėje ir regionuose lankymosi pas sveikatos priežiūros specialistus paskutiniu metu palyginimas. Matome, jog rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp šių grupių nusižudžiusiųjų, kurie lankėsi pas vienos, kelių sričių specialistus ar visai nesilankė. Pirmiausiai, svarbu pastebėti, jog apskritai pas sveikatos specialistus regionuose nusižudžiusieji nesilankė reikšmingai dažniau nei sostinėje. Gilinantis toliau, paaiškėjo, jog sostinėje gyvenę nusižudžiusieji dažniau nei regionuose lankėsi pas vieną sveikatos specialistą, kai tuo tarpu regionuose gyvenę žmonės dažniau nei sostinėje lankėsi pas kelių sričių sveikatos specialistus (pvz., šeimos gydytoją ir gydytoją specialistą). Lyginant minėtas grupes pagal specialistų, pas kuriuos jie lankėsi, tipą, nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų. Nagrinėjant šiuos duomenis svarbu atsižvelgti į tai, kad dalis nusižudžiusiųjų lankėsi pas daugiau nei vienos srities specialistus, todėl pateikiamas palyginimas grindžiamas ne asmenų, o skirtingų jiems paslaugas teikiančių specialistų kiekiu. Regionuose ir sostinėje nusižudžiusieji panašiai dažnai lankėsi pas šeimos gydytojus, psichiatrus, psichologus ir kitų sričių gydytojus.

10 lentelė. *Sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų lankymosi pas sveikatos priežiūros specialistus paskutiniu metu palyginimas tarp grupių*

	Sostinėje (N = 84)	Regionuose (N = 29)	χ^2	df	p
	n (%)	n (%)			
Lankymasis pas sveikatos priežiūros specialistus					
Nesilankė	21 (25,0)	11 (37,9)	8,722	3	0,033
Pas vieną	41 (48,8)	6 (20,7)			
Pas kelių sričių specialistus	21 (25,0)	10 (34,5)			
Artimieji nežinojo	1 (1,2)	2 (6,9)			

Lentelės tęsinys

	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Lankymasis pas sveikatos priežiūros specialistus pagal jų tipą; Sostinėje (<i>N</i> = 63), regionuose (<i>N</i> = 18)					
Šeimos gydytojas	30 (34,1)	9 (36,0)	0,209	1	0,648
Įvairių sričių gydytojai (neįtraukiant psichiatrų)	25 (28,4)	8 (32,0)	0,049	1	0,824
Psichiatras	29 (33,0)	6 (24,0)	1,930	1	0,165
Psichologas	4 (4,5)	2 (8,0)	0,195	1	0,658

Pastaba. *N* – nusižudžiusiųjų skaičius grupėje, *n* – pasirinkimų skaičius, % – procentinė pasirinkimų išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

3.6 Sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų susidūrimai su teisėsauga ir gauta socialinė pagalba

11 lentelėje pateikiamas sostinėje ir regionuose nusižudžiusiųjų susidūrimų su teisėsauga pastaruoju metu palyginimas. Svarbu paminėti, jog tiriamieji galėjo pasirinkti daugiau nei vieno pobūdžio artimojo susidūrimą su teisėsauga, todėl pateikiami duomenys rodo susidūrimų pasirinkimo dažnį. Matome, jog sostinėje maždaug trečdalis asmenų prieš mirtį susidūrė su teisėsauga, kai tuo tarpu regionuose tokių susidūrimų turėjo kiek mažiau nei pusė nusižudžiusiųjų. Lyginant šias dvi grupes pagal susidūrimų su teisėsauga pobūdį, buvo pastebėtas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp susidūrimų su teisėsauga, kurie įvyko dėl smurto artimoje aplinkoje. Regionuose gyvenę nusižudžiusieji dėl smurtavimo prieš kitus žmones artimoje aplinkoje susidūrė su teisėsauga reikšmingai dažniau nei gyvenę sostinėje. Nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp kitokio pobūdžio susidūrimų su teisėsauga (patekimo į avariją, vairavimo išgėrus, šeimos teisės, su verslu susijusių teisminių procesų, iš kitų patirto smurto, nepatikslingų susidūrimų ir vagysčių).

11 lentelė. *Sostinėje ir regionuose nusižudžiusių susidūrimų su teisėsauga paskutiniu metu palyginimas tarp grupių*

	Sostinėje (N = 84)	Regionuose (N = 29)	χ^2	df	p
	n (%)	n (%)			
Susidūrimai su teisėsauga					
Buvo įvykę	26 (31,0)	14 (48,3)	2,829	1	0,093
Nebuvo įvykę	58 (69,0)	15 (51,7)			
Susidūrimų su teisėsauga pobūdis; Sostinėje (N = 26), regionuose (N = 14)					
Patekimas į avariją	4 (15,4)	0 (0,0)	1,432	1	0,231
Vairavimas išgėrus	7 (26,9)	2 (14,3)	0,061	1	0,805
Šeimos teisė	6 (23,1)	0 (0,0)	2,188	1	0,139
Su verslu susiję teisminiai procesai	2 (7,7)	1 (7,1)	0,095	1	0,758
Smurtas artimoje aplinkoje (nukreiptas į kitus)	6 (23,1)	8 (57,1)	8,300	1	0,004
Smurtas (patirtas iš aplinkinių)	1 (3,8)	1 (3,1)	0,632	1	0,427
Nepatikslinti susidūrimai	4 (15,4)	1 (7,1)	0,088	1	0,767
Vagystės	1 (3,8)	1 (7,1)	0,632	1	0,427

Pastaba. N – nusižudžiusių skaičius grupėje, n – pasirinkimų skaičius, % – procentinė pasirinkimų išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Taip pat buvo nagrinėjama minėtų grupių nusižudžiusių pastaruoju metu gauta socialinė pagalba. Sostinėje 13,1 proc. nusižudžiusių paskutiniu metu gavo socialinę pagalbą (N = 11). 3 atvejais (27,3 proc.) buvo gautos su neįgalumu ir (ar) socialiniu būstu susijusios socialinės paslaugos, 2 atvejais (18,2 proc.) – pagalba buityje, 2 atvejais (18,2 proc.) – finansinė parama, 3 atvejais (27,3 proc.) – su darbo ir užimtumo klausimais susijusi pagalba ir 1 atveju (9,1 proc.) – su pensijos klausimais susijusi pagalba. Regionuose 10,3 proc. nusižudžiusių gavo socialinę pagalbą (N = 3). 1 atveju (33,3 proc.) buvo gauta pagalba buityje ir 2 atvejais (66,7 proc.) – finansinė parama. Pasitelkus Chi kvadrato homogeniškumo

kriterijų, nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp sostinėje ir regionuose socialinę pagalbą gavusių nusižudžiusiųjų kiekio ($\chi^2 = 0,150$, $df = 1$, $p = 0,698$, $p < 0,05$) bei socialinės pagalbos pobūdžių ($\chi^2 = 4,101$, $df = 4$, $p = 0,393$, $p < 0,05$).

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimė buvo siekta nustatyti panašumus ir skirtumus tarp savižudybių Lietuvos sostinėje ir regionuose. Šiuo tikslu buvo nagrinėti tokie savižudybių ypatumai: demografiniai veiksniai, savižudybės priežastys, ankstesni mėginimai nusižudyti, nusižudžiusių sveikatos būklė ir sutrikimai, gautos sveikatos priežiūros paslaugos, susidūrimai su teisėsauga ir socialinė pagalba.

Tyrimė nustatyta, jog skirtingose vietovėse gyvenę nusižudžiusieji nesiskyrė pagal demografinius veiksnius, jų artimieji regionuose dažniau savižudybės priežastimi įvardindavo priklausomybę nuo alkoholio ar žalingą jo vartojimą, kai tuo tarpu sostinėje dažniau minimi buvo žalingas ar šalutinis psichotropinių vaistų poveikis ir artimojo netektis. Nustatyta, jog nusižudžiusieji sostinėje ir regionuose panašiai dažnai buvo anksčiau mėginę nusižudyti. Taip pat šios žmonių grupės buvo tarpusavyje panašios ir pagal pasireiškusius fizinius sutrikdymus bei diagnozuotus psichikos sveikatos sutrikimus. Jų artimųjų teigimu, regionuose reikšmingai dažniau nei sostinėje nusižudžiusieji turėjo nediagnozuotų psichikos sutrikimų, ypač dažniau jie būdavo susiję su priklausomybe nuo alkoholio. Atliekant duomenų analizę, pastebėta, jog regionuose nusižudę žmonės reikšmingai dažniau prieš mirtį visai nesilankė pas sveikatos specialistus, o sostinėje nusižudžiusieji reikšmingai dažniau lankėsi pas vienos srities specialistą (-ę) ir rečiau pas kelių sričių nei regionuose. Galiausiai, regionuose nusižudę žmonės prieš mirtį reikšmingai dažniau nei sostinėje susidūrė su teisėsauga dėl smurtavimo prieš kitus žmones artimoje aplinkoje.

Tyrimo metu buvo nustatyti skirtumai tarp sostinėje ir regionuose nusižudžiusių alkoholio vartojimo ypatumų. Pasak artimųjų, kaime savižudybių priežastimi dažniau nei sostinėje laikyta priklausomybė nuo alkoholio ar žalingas jo vartojimas ir būtent regionuose nusižudžiusieji dažniau turėjo su tuo susijusių nediagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų. Gailienė (2015), aprašydama sociokultūrinį savižudybių kontekstą Lietuvoje, mini sovietiniame režime išplitusius savižudybių sunkumų įveikos būdus, kurie itin įsivyravo tarp to meto regionų gyventojų bei galimai daro įtaką ir po jų sekančioms kartoms. Šio tyrimo rezultatai empiriškai patvirtina autorės apibūdinamą kontekstą ir išryškina destruktivias priklausomybės nuo alkoholio ir žalingo jo vartojimo tendencijas, kurios reikšmingesnės Lietuvos kaimo vietovėse. Taip pat pateikiami įrodymai, jog to meto regionams padaryta komunistinės santvarkos žala yra aktuali ir šiomis dienomis, t. y. pasekmes patiria ir šių dienų kaimo gyventojai, kurie laikui bėgant susiduria su vis mažiau tiesioginių sovietinės santvarkos sukeltų padarinių. Gilinantis į alkoholio vartojimo įpročius sostinėje ir regionuose, paaiškėjo, jog jie yra panašūs.

Kaime nusižudžiusių žmonių žalingi alkoholio vartojimo įpročiai, pvz., ilgalaikės su alkoholiu susijusios problemos, priklausomybės neigimas, vartojimo padažnėjimas prieš savižudybę ir nesėkmingi bandymai gydytis nuo priklausomybės, buvo tik nereikšmingai didesni nei sostinėje. Šis atradimas neatitinka anksčiau minėtų kaime dažnesnių žalingo alkoholio vartojimo tendencijų, nes nėra fiksuojama skirtumų tarp su tuo susijusių nusižudžiusių įpročių. Manome, jog toks neatitikimas tarp gautų rezultatų galimai susijęs su tyrimu užduodamų klausimų apie nusižudžiusių alkoholio vartojimą skirtumais. Gali būti, kad šiame tyrime gauti artimųjų atsakymai į skirtingus klausimus indikuoja kitokį nusižudžiusiojo alkoholio vartojimo įpročių žalingumo lygį. Minėdami priklausomybę nuo alkoholio ar žalingą jo vartojimą kaip savižudybės priežastį arba nediagnozuotą sutrikimą, artimieji galimai nurodydavo tokius vartojimo įpročius, kurie jau kėlė iššūkių kasdieniam nusižudžiusiojo funkcionavimui, buvo virtę itin žalingais ir dėl didesnio problemos sunkumo panašėjo į sutrikimus. Tuo tarpu kalbėdami apie alkoholio vartojimo įpročius, artimieji galėjo omenyje turėti labiau ne sutrikimą, o sunkumus ar tiesiog negerus vartojimo įpročius priminusį nusižudžiusiojo elgesį. Nereikšmingai didesni žalingi kaime nusižudžiusių alkoholio vartojimo įpročiai indikuoja vietovėse panašias lengvesnio laipsnio žalingumą turinčio elgesio apraiškas. Tuo tarpu reikšmingi skirtumai tarp priklausomybės nuo alkoholio ar žalingo jo vartojimo kaip savižudybės priežasties ir nusižudžiusių nediagnozuotų sutrikimų rodo regionų gyventojams dažniau būdingas didesnio žalingumo problemas, kurios galimai siekia ir priklausomybės sutrikimų lygmenį. Taigi, manome, jog nevienareikšmiai tyrimo rezultatai padeda ne tik identifikuoti kaime pasitaikančias žalingo alkoholio vartojimo apraiškas, bet ir teigti, jog toks savidestruktyvus nusižudžiusių elgesys regionuose dažniau reiškia sunkesnio laipsnio problemas ir priklausomybės nuo alkoholio sutrikimus. Kaimo gyventojai tik nežymiai dažniau žalingai vartoja alkoholį, tačiau tikėtina, jog žalingai vartojantys dažniau nei mieste turi sunkesnių problemų, kurios gali sietis su priklausomybės nuo alkoholio sutrikimais ir (ar) savižudybe.

Taip pat tyrime buvo nustatyta, jog regione gyvenę nusižudžiusieji paskutiniu metu rečiau lankėsi pas sveikatos priežiūros specialistus (šeimos gydytojus, psichiatrus, psichologus ir kitų sričių gydytojus). Tokie rezultatai gauti nepaisant to, kad tarp skirtingose vietovėse gyvenusių nusižudžiusių fizinės ir psichinės sveikatos būklių nebuvo rasta skirtumų, t. y. kaime bei sostinėje nusižudę žmonės prieš mirtį panašiai dažnai patyrė fizinius sutrikdymus ir turėjo diagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų. Taigi, galime teigti, jog regionuose nusižudžiusių sveikatos būklės ypatumai nėra esminis retesnio jų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose veiksnys. Manome, jog su šia tendencija gali būti susijęs ir tyrimo metu pastebėtas reikšmingai didesnis nediagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų skaičius kaimo vietovėse. Kyla prielaida, jog rečiau pas sveikatos priežiūros specialistus prieš savižudybę

besilankę žmonės rečiau galėjo būti specialistų identifikuojami kaip psichologinių sunkumų ar psichikos sutrikimų turintys. Tokiu būdu tarp kaimo gyventojų ne tik didėjo nediagnozuotų ir negydomų psichikos sutrikimų atvejai, bet ir kilo didesnė rizika suicidiškiems asmenims negauti jiems reikalingos pagalbos. Siekiant išvengti tokių laiku negautos pagalbos pasekmių, svarbu tyrinėti, dėl kokių priežasčių regionuose nusižudę žmonės galėjo vengti kreiptis į sveikatos priežiūros specialistus.

Vienas iš gautų rezultatų paaiškinimų galėtų būti susijęs su literatūroje minima sociokultūrinių rizikos veiksnių įtaka regionų gyventojų suicidiškumui. Kunde su kolegomis (2018) teigia, jog kaime gyvenančių vyrų pastangos atitikti tradiciškai stereotipinius vyriškumo vaidmenis buvo susijusios su vengimu kreiptis pagalbos ir jų naudojamais neefektyviais sunkumų įveikos būdais. Siekis būti nepriklausomais nuo kitų ir niekada nesiskųsti fiziniu ar psichologiniu skausmu gali būti tiesiogiai susijęs ir su Lietuvos regionuose nusižudžiusiųjų, ypač jų daugumą sudarančių vyrų, sprendimu prieš mirtį nesilankyti sveikatos priežiūros įstaigose. Kyla prielaida, jog kaime vyraujantys patriarchaliniai vyriškumo standartai gali būti susiję su ten labiau būdingu vengimu kreiptis į sveikatos specialistus. Kitas Lietuvos sociokultūriniam kontekstui aktualus reiškinys – tai plačiai įsivyravusi stigma. Tikėtina, jog vengimas kalbėti apie savižudybes bei psichikos sveikatą ir nuostata, jog nusižudyti gali tik psichiškai nesveikas žmogus, daro didelę įtaką Lietuvos gyventojams. Remiantis didesniu nediagnozuotų sutrikimų skaičiumi ir vengimu kreiptis specialistų pagalbos, galima samprotauti, jog regionuose stigma yra stipresnė nei sostinėje. Taigi, pastebėtas didesnis vengimas prieš savižudybę lankytis sveikatos priežiūros įstaigose gali būti aiškinamas Lietuvos kaime vyraujančiais žalingais vyriškumo stereotipais ir psichikos sveikatos stigmatizacija.

Sociokultūriniai veiksniai nėra vienintelė retesnį regionuose nusižudžiusiųjų lankymąsi gydymo įstaigose lemianti priežastis. Pasak Hirsch ir Cukrowicz (2014), vienas iš svarbių kaimo vietovėms būdingų savižudybės rizikos veiksnių yra geografiškai atoki ir izoliuota nuo didmiesčių gyvenamoji vieta. Šiame tyrime nebuvo fiksuojamas nusižudžiusiųjų gyvenamos vietos atokumas, todėl minimo rizikos veiksnio įtaka lankymuisi gydymo įstaigose tėra prielaida, susiformavusi dėl literatūroje pastebėtų tendencijų kitų šalių regionuose. Pavyzdžiui, Australijoje, Kinijoje ir Kanadoje, kur kaimų vietovės yra itin nutolusios nuo didmiesčių, fiksuojamas ribotas prevencinių ir greitosios pagalbos paslaugų prieinamumas, kas tiesiogiai prisideda ir prie gyventojų savižudybės rizikos (Judd ir kt., 2006; Zaheer ir kt., 2014). Manome, jog Lietuvos regionai taip pat gali būti laikomi geografiškai atokiomis vietovėmis, kas potencialiai lemia ir ribotą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, mažesnę specialistų skaičių bei nepakankamas šalies investicijas į kaimų sveikatos politiką. Natūralu, jog šie

veiksniai gali nulemti ir regionuose rečiau gaunamų sveikatos priežiūros paslaugų tendencijas, kurios patvirtintos ir nagrinėjant šio tyrimo nusižudžiusių lankymąsi gydymo įstaigose. Taigi, keliamo prielaidą, jog geografinė kaimo vietovių izoliacija ir dėl to prastėjantys sveikatos paslaugų prieinamumas bei kokybė gali paaiškinti retesnę regionų nusižudžiusių lankymąsi pas sveikatos specialistus prieš mirtį.

Galiausiai, aptarus kaimų nusižudžiusių lankymosi gydymo įstaigose tendencijų prielaidas, svarbu paminėti dar vieną galimai gan tiesiogiai su pastaruoju susijusį tyrimo atradimą. Nustatyta, jog regionuose reikšmingai rečiau savižudybės priežastimi įvardinamas žalingas ar šalutinis psichotropinių vaistų poveikis. Manome, jog tai galėjo turėti tiesioginių sąsajų su lankymu pas sveikatos specialistus, nes tik jie galėjo nusižudžiusiesiems paskirti tokių vaistų vartojimą. Remiantis šia logika, kaime nusižudę žmonės rečiau lankėsi gydymo įstaigose, todėl rečiau patyrė ir žalingą ar šalutinį psichotropinių vaistų poveikį jų suicidiškumui. Tuo tarpu sostinėje, kur sveikatos priežiūros paslaugos yra pažangesnės ir lengviau prieinamos, gyvenusių nusižudžiusių artimieji savižudybės priežastimi dažniau įvardijo būtent žalingą ar šalutinį psichotropinių vaistų vartojimą. Pasak Pūro ir bendraautorių (2013), šiuo metu Lietuvoje vienintelės pasiekiamos psichikos sveikatos paslaugos dažniausiai yra medikamentinis gydymas ir (ar) hospitalizacija. Taigi, Lietuvos vietovėse, kur gydymo paslaugos yra lengviau prieinamos, jų tipas dažniausiai yra apribotas tik medikamentiniu gydymu. Panašią tendenciją matome ir šio tyrimo rezultatuose, kai sostinėje gyvenę nusižudžiusieji prieš mirtį dažniau lankėsi gydymo įstaigose, bet nepaisant to, dažniau jų savižudybės priežastimi buvo įvardijamas žalingas medikamentų vartojimas.

Taigi, šiame tyrime nustatyta retesnis regionuose nusižudžiusių žmonių lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose, jų tarpe dažnesnis nediagnozuotų sutrikimų skaičius ir rečiau savižudybės priežastimi įvardinamas žalingas psichotropinių vaistų vartojimas. Tokie rezultatai gali būti aiškinami kaip sociokultūrinių veiksnių (patriarchalinio vyriškumo stereotipų ir psichikos sveikatos stigmatos) bei geografinės kaimo vietovių izoliacijos, mažiau išvystyto sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės pasekmės. Pabrėžtina, jog ateityje formuojant rekomendacijas regionų savižudybių prevencijai, svarbu neperimti Lietuvoje vyraujančių ir šiame tyrime Vilniaus mieste pastebimų ydingų biomedicininų tendencijų psichikos sveikatos priežiūroje dažniausiai naudoti tik vaistus. Kai kuriais atvejais tai gali būti žalinga ir turėti šalutinį poveikį, kuris, pasak nusižudžiusių artimųjų, gali būti laikomas ir savižudybės priežastimi.

Aptariant šio tyrimo rezultatus, norisi paminėti su nusižudžiusiųjų diagnozuotais psichikos sveikatos sutrikimais susijusius atradimus. Nebuvo rasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp kaime ir regionuose gyvenusių nusižudžiusiųjų, kurie turėjo psichikos sveikatos sutrikimų. Tai atitinka ir kaimų savižudybes aprašančioje literatūroje aptinkamas tendencijas (Stark ir kt., 2016). Svarbu paminėti, jog tyrimo metu taip pat buvo apskaičiuotas ir sostinės bei regionų nusižudžiusiųjų diagnozuotų psichikos sutrikimų dažnis. Kaip minėta įvade, suicidologijos mokslininkai nepasiekia vieningos nuomonės dėl psichikos sveikatos sutrikimų svarbos prognozuojant savižudybės riziką. Vieni autoriai teigia, kad 9 iš 10 nusižudžiusių žmonių turėjo ir diagnozuotą psichikos sutrikimą (Cavanagh ir kt., 2003). Tuo tarpu kiti jiems oponuoja sakydami, kad tikrasis diagnozes turėjusių nusižudžiusiųjų skaičius yra gerokai mažesnis, o psichologinės autopsijos tyrimai nėra patikimas būdas diagnozuoti psichikos sutrikimus (Hjelmeland ir kt., 2012). Šiame tyrime buvo naudotas pastarųjų autorių kritikuojamas psichologinės autopsijos metodas, tačiau svarbu pabrėžti, jog jo atlikimas buvo pakoreguotas siekiant užfiksuoti kuo objektyvesnę psichologinį nusižudžiusiojo vaizdą. Pradedant interviu pirmuoju atviru klausimu, buvo siekiama, kad asmeniniai tyrėjų įsitikinimai darytų kuo mažiau įtakos artimųjų nuomonei ir būtų išvengta tendencingų klausimų, kurie galėtų skatinti tiriamuosius daugiau kalbėti apie nusižudžiusiojo psichopatologijos ypatumus. Taigi, tyrime gauta, jog maždaug pusė sostinėje ir mažiau nei pusė regionuose nusižudžiusių žmonių prieš mirtį turėjo diagnozuotų psichikos sutrikimų. Toks atradimas empiriškai prisideda prie diskusijos apie psichikos sutrikimų svarbą vertinant savižudybės riziką. Juo remiantis, galima pritarti Hjelmeland ir kolegų (2012) išsakomoms idėjoms ir teigti, jog Lietuvoje diagnozuoti psichikos sutrikimai nėra toks stiprus savižudybės prediktorius kaip kad teigiama kitų autorių tyrimuose. Mūsų šalyje tarp nusižudžiusiųjų diagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų neturėjo maždaug pusė žmonių sostinėje ir daugiau nei pusė regionuose.

Kiti svarbūs šiame tyrime gauti rezultatai yra susiję su nusižudžiusiųjų prieš mirtį patirtais susidūrimais su teisėsauga. Rasta, jog regionuose nusižudę žmonės paskutinius metu tik nežymiai dažniau nei sostinėje kontaktavo su teisėsaugos atstovais, tačiau šios grupės skyrėsi pagal tų susidūrimų tipą. Kaime nusižudžiusieji reikšmingai dažniau į teisėsaugos akiratį prieš mirtį patekdavo dėl smurtavimo prieš kitus asmenis artimoje aplinkoje. Remiantis Gailienės (2015) aprašomu sociokultūriniu šalies kontekstu, kyla prielaida, jog regionuose vyrauja ne tik autorės minimi savižudybės sunkumų įveikos būdai (žalingas alkoholio vartojimas, savižudybės), bet šalia jų pasireiškia ir destruktivos tarpasmeninių konfliktų įveikos strategijos, pvz., smurtas artimoje aplinkoje. Galima nuspėti, jog šios kaimo gyventojams būdingos elgesio apraiškos gali būti tampriai tarpusavyje susiję. Priklausomybė nuo alkoholio ir žalingas jo vartojimas gali lemti individo impulsyvumą, kuris yra

vienaip ar kitaip siejamas ne tik su smurtavimu, bet ir su savižudišku elgesiu. Turint omenyje, kad didžioji dalis regionuose nusižudžiusių žmonių buvo vyrai, svarbu nepamiršti ir šiuo klausimu svarbių sociokultūrinių veiksnių. Kaip buvo minėta anksčiau, kaimų gyventojai dažniau vadovaujasi patriarchaliniu lyties vaidmenų modeliu. Ten gyvenantys vyrai galimai patiria perdėtą įtampą ir didelę distresą dėl jiems keliamų lūkesčių išpildyti stereotipiškai vyrišką socialinį vaidmenį. Taip pat pastebima, jog stereotipiniai šeimos vaidmenys iš vyrų reikalauja užimti šeimos „galvos“ vaidmenį, kas ne tik reiškia jau minėtą didesnę įtampą vyrui, bet kartu rodo ir moters vaidmenį nuvertinančią nuostatą. Atsižvelgiant į aprašomų rezultatų pobūdį, kyla prielaida, jog tokia patriarchalinė sąranga, kai vyras patiria didelę distresą, o moteris yra nuvertinama, gali būti ir smurto artimoje aplinkoje priežastimi. Plačiai žinoma, jog daugumoje visuomenių tokio pobūdžio smurto aukomis dažniausiai tampa būtent moterys. Remiantis šio tyrimo rezultatais, galime kelti prielaidą, kad aprašytos patriarchalinės nuostatos bei potencialios jų pasekmės yra būdingos ir Lietuvos kaimų vietovėms. Tikėtina, jog aprašyti sociokultūriniai veiksniai bei didesnis regionuose nei sostinėje nusižudžiusių žmonių polinkis žalingai vartoti alkoholį, gali paaiškinti ir dažniau paskutiniu metu jų tarpe pasitaikiusį smurtą prieš kitus asmenis artimoje aplinkoje.

Nagrinėjant gautus rezultatus, svarbu apjungti sociokultūrinius bei kitus kaimo savižudybių ypatumus ir žvelgti į juos kaip į visumą. Šiam tikslui galima pasitelkti Stark ir kolegų (2011) siūlomą modelį, kuriame autoriai kartu gilinaisi į „tradicinius“ laikomus ir į specifiskai kaimo vietovėms būdingus savižudybės rizikos veiksnius. Žvelgdami į autorių minimus „tradicinius“ rizikos faktorius, matome, jog regionuose tarp nusižudžiusiųjų dažniau pasireiškė žalingas alkoholio vartojimas. Tai galėjo prisidėti prie didesnio individų pažeidžiamumo suicidiškumui. Atliktame tyrime nebuvo nustatyta skirtumų tarp kaime ir sostinėje gyvenusių žmonių patirtų stiprių stresorių, t. y. visi nusižudžiusieji panašiai dažnai gyvenime patyrė didelį stresą. Pastebima, jog kaimo gyventojams sunkiau sekėsi susidoroti su minėtais stresoriais, nes jų pabėgimą iš keblių situacijų dažniau apsunkindavo paramą neigiamai veikiantys veiksniai. Tikėtina, jog daug streso patyrę kaime gyvenę nusižudžiusieji dažniau pradėdavo jaustis lyg įstrigę spąstuose (rečiau lankėsi sveikatos priežiūros įstaigose, turėjo daugiau nediagnozuotų ir negydomų psichikos sutrikimų), kas vėliau juos vedavo išmokto bejėgiškumo scenarijų link. Atsižvelgiant į tyrime nustatytus rezultatus bei anksčiau aptartą jų interpretaciją, tokia tendencija regionuose dažnesnė dėl neigiamų kultūrinių nuostatų apie pagalbos siekimą, didesnės stigmos dėl psichikos sutrikimų ir mažesnio psichikos sveikatos paslaugų prieinamumo. Šiame tyrime nebuvo matuoti ir lyginami sprendimo save žaloti bei tikimybės mirti kaime ir sostinėje veiksniai, todėl nėra turima pakankamai informacijos jų interpretacijai. Taigi, kaime gyvenę nusižudžiusieji patyrė didesnę suicidiškumą dėl „tradicinių“ ir specifinių rizikos veiksnių. Nepaisant to, kad prieš mirtį jie nesusidūrė

su daugiau stresorių, regionų gyventojai patyrė didesnius sunkumus ieškodami pabėgimo iš sunkiai pakeliamų situacijų, kas galimai skatindavo pralaimėjimo bei bejėgiškumo jausmus, kurie prisidėdavo ir prie didesnės individų savižudybės rizikos.

Apibendrinant, atlikus įvairių Lietuvos sostinės ir regionų savižudybių ypatumų analizę, buvo rasti keli svarbiausi kaimų savižudybių fenomeną geriau atskleisti padedantys panašumai ir skirtumai tarp grupių. Nustatyta, jog regionų gyventojai dažniau turėjo sunkesnių žalingo alkoholio vartojimo problemų, kurios potencialiai siejosi su priklausomybės sutrikimais ir (ar) savižudybe, prieš mirtį rečiau lankėsi gydymo įstaigose, turėjo daugiau nediagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų ir buvo dažniau linkę smurtauti artimoje aplinkoje. Nagrinėjant šiuos rezultatus, buvo iškelta prielaida, jog jų supratimui didelę reikšmę gali turėti įvairių autorių aprašomas sociokultūrinis kaimo kontekstas, kuriam būdingi savidestruktyvūs sunkumų įveikos būdai, patriarchalinis lyties vaidmenų modelis ir psichikos sveikatos stigmatizacija. Remiantis šia logika, Lietuvos regionų vietovėse nusižudę žmonės dažniau nei sostinėje gyveno jų psichikos sveikatai neigiamą poveikį turėjusioje sociokultūrinėje aplinkoje. Remiantis Stark ir kolegų (2011) modeliu, pastebėta, jog regionų gyventojai turėjo mažesnę atsparumą suicidiškumui dėl stipresnių jų gyvenimuose buvusių išorinių stresorių. Savižudybės rizikai didesnę įtaką galimai turėjo po individų susidūrimų su stresoriais vykstantys procesai, t. y. jie patyrė daugiau keblumų ieškodami galimybių pabėgti iš sunkiai psichologiškai pakeliamų situacijų, kas sukeldavo bejėgiškumo patyrimą. Dažniau patirdami tokio pobūdžio nesėkmes, kaimo gyventojai dažniau išgyvendavo ir pralaimėjimo bei beviltiškumo jausmus. Galiausiai, toks patyrimas galėjo ne tik aktyvuoti išmokto bejėgiškumo scenarijų, bet kartu ir didinti individų savižudybės riziką. Tikėtina, jog regionuose nusižudžiusiems žmonėms aktualūs didesni iššūkiai įveikiant psichologinius sunkumus gali turėti sąsajų su anksčiau aprašytu nepalankiu jų sociokultūriniu kontekstu. Aprašomi rezultatai ir keliamos prielaidos potencialiai gali prisidėti ir prie Lietuvos kaimo vietovėms būdingų aukštesnių savižudybių rodiklių priežasčių. Dėl šios temos svarbos ir aktualumo reikėtų tęsti panašius tyrimus, ateityje daugiau dėmesio skiriant kaimo savižudybių sociokultūrinio konteksto atskleidimui.

4.1 Tyrimo ribotumai

Nagrinėjant panašumus ir skirtumus tarp savižudybių Lietuvos sostinėje ir regionuose, nebuvo išvengta tam tikrų ribotumų. Pirmiausiai, tyrime pasirinktas psichologinės autopsijos metodas negali pateikti iki galo objektyvios informacijos apie nusižudžiusio žmogaus psichologinę būseną, fizinės sveikatos būklę, asmenybės ypatumus, tarpasmeninius santykius, kasdienes įpročius ir pan. Tiksliausiai

save apibūdinti gali tik pats žmogus, tačiau savižudybės atveju tai nėra įmanoma, todėl kreipiamasi į nusižudžiusiojo artimuosius. Taigi, nagrinėjant šiame tyrime gautus rezultatus būtina nepamiršti, jog jie atspindi artimųjų perspektyvą, kurios objektyvumo matavimo galimybės yra ribotos. Antra, analizuoti savižudybės atvejai tik iš trijų Lietuvos kaimo vietovių. Tokia imtis nėra pakankamai reprezentatyvi ir galimai atspindi tik ribotos Lietuvos regionuose nusižudžiusių žmonių populiacijos ypatumus. Trečia, tyrimo metu kokybiniai duomenys buvo keičiami į kiekybinius ir atliekama statistinė jų analizė. Tikėtina, jog dėl kiekybinimo procedūros galėjo būti prarasta informacija apie subtilesnius nusižudžiusiųjų artimųjų apibūdinamus aspektus. Kiekybiškai analizuojant šiuos duomenis susidarė tikimybė prarasti tyrimo metu surinktos informacijos „gylį“, kurį atskleisti mokslininkams paprastai padeda kokybinės tyrimų strategijos. Taigi, atsižvelgus į šio tyrimo ribotumus, būtų galima gauti patikimesnius rezultatus ir nustatyti tikslesnius bei išsamesnius panašumus ir skirtumus tarp savižudybių Lietuvos sostinėje ir regionuose.

Remiantis šio darbo ribotumų aprašymu, svarbu formuoti tolesnių tyrimų kryptis. Pirmiausiai, ateities Lietuvos regionų savižudybių tyrimuose būtų svarbu nagrinėti iš tiesų reprezentatyvias imtis. Tam reikėtų apklausti tiriamuosius ne tik iš didesnio skaičiaus regionų, bet ir rinktis tokius, kurie reprezentatyviai varijuotų pagal savo geografinę vietovę šalyje, savižudybių rodiklius ir kaimiškumo laipsnį. Pastarasis kintamasis šiame tyrime buvo vertinamas dichotomiškai skirstant vietoves į regionus ir sostinę. Siekiant geriau suprasti kaimų suicidiškumą ir savižudybes, reikėtų žvelgti į kaimiškumą ne dviprasmiškai, o kaip į kintantį įvairių veiksnių (pvz., vietovės atokumo, gyventojų tankio ir kt.) sąveikos rezultata. Tai suteiktų galimybę kaimų gyventojų savižudybes palyginti ne tik su miestų rodikliais, bet ir tarpusavyje pagal kaimiškumo laipsnį galimai atsirasiančiose regionų gyventojų grupėse. Antra, tolesniuose tyrimuose šia tema būtų svarbu gilintis į Lietuvos kaimų savižudybių sociokultūrinį kontekstą, t. y. nagrinėti šį fenomeną naudojant kokybinius duomenų analizės metodus. Tikėtina, jog tai leistų tyrėjams atrasti tikslesnius, išsamesnius ir gilesnius atsakymus į keliamus klausimus apie Lietuvos kaimų savižudybes. Galiausiai, šiame tyrime buvo nagrinėjami tik savižudybių atvejai. Ateityje būtų svarbu gilintis ir į kitus svarbius regionų gyventojų suicidiškumo aspektus: mintis apie savižudybę, ketinimus nusižudyti ir žmonių patirtis po mėginimų nusižudyti. Taigi, atsižvelgiant į šio tyrimo ribotumus, ryškėja kelios svarbiausios tolesnių tyrimų šia tema kryptys: imties reprezentatyvumo užtikrinimo svarba, kaimiškumo kaip kompleksiško kintamojo apibrėžimas, poreikis tyrinėti Lietuvos kaimų savižudybių sociokultūrinį kontekstą ir regionų gyventojų suicidiškumo ypatumus.

IŠVADOS

1. Nusižudę regionų gyventojai tik nežymiai dažniau nei sostinėje žalingai vartojo alkoholį, tačiau žalingai vartojantys turėjo sunkesnių problemų, kurios galėjo sietis su priklausomybės nuo alkoholio sutrikimais ir (ar) savižudybe;
2. Nusižudžiusieji regionuose rečiau nei sostinėje prieš mirtį lankėsi sveikatos priežiūros įstaigose;
3. Regionuose nusižudę asmenys dažniau nei sostinėje turėjo nediagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų, kurie pagal tipą dažniau buvo susiję su priklausomybe nuo alkoholio;
4. Nusižudžiusiųjų sostinėje artimieji dažniau nei regionuose savižudybės priežastimi įvardijo žalingą ar šalutinį psichotropinių vaistų poveikį;
5. Maždaug pusė nusižudžiusiųjų sostinėje ir daugiau nei pusė regionuose neturėjo diagnozuotų psichikos sveikatos sutrikimų;
6. Regionuose nusižudę asmenys dažniau nei sostinėje smurtavo prieš kitus žmones artimoje aplinkoje;
7. Visi nusižudžiusieji patyrė panašius išorinius stresorius, tačiau dėl nepalankaus sociokultūrinio konteksto regionuose jie susidūrė su daugiau iššūkių ieškodami galimybių pabėgti iš psichologiškai sunkiai pakeliamų situacijų.

LITERATŪRA

- Bagdonas, A. ir Rimkutė, E. (2013). *Anglų-lietuvių kalbų psichologijos žodynas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90–113.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 559–563.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1925-1932.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395-405.
- Cheung, Y. T. D., Spittal, M. J., Pirkis, J., & Yip, P. S. F. (2012). Spatial analysis of suicide mortality in Australia: investigation of metropolitan-rural-remote differentials of suicide risk across states/territories. *Social science & medicine*, 75(8), 1460-1468.
- Congdon, P. (2011). The spatial pattern of suicide in the U.S. in relation to deprivation, fragmentation and rurality. *Urban Studies*, 48, 2101–2122.
- Congdon, P. (2013). Assessing the impact of socioeconomic variables on small area variations in suicide outcomes in England. *International journal of environmental research and public health*, 10(1), 158-177.
- Dadašev, S. (2017). *Mėginusiųjų nusižudyti savižudybės proceso patirtis* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas. Paimta iš <https://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:24690064/datastreams/MAIN/content>
- Dadašev, S., Skruibis, P., Gailienė, D., Latakienė, J., & Grižas, A. (2016). Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in Lithuania. *Death studies*, 40(8), 507-512.
- Draper, B. (2012). Isn't it a bit risky to dismiss suicide risk assessment? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(4), 385–386.
- Durkheim, E. (1897/2002). *Savižudybė: sociologinis etiudas*. Vilnius: Pradai.

- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*, 38(3), 215-229.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Eurostat (2017). Death due to suicide, by sex. Paimta iš <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232.
- Gailienė, D. (2005). Užburtame rate: savižudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija*, 31, 7-15.
- Gailienė, D. (2015). *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*. Vilnius: Eugrimas.
- Gailienė, D. ir Kazlauskas, E. (2004). Po penkiasdešimties metų: sovietinių represijų Lietuvoje psichologiniai padariniai ir įveikos būdai. Iš D. Gailienė (Sud.), *Sunkių traumų psichologija: politinių represijų padariniai* (p. 78-126). Vilnius: Lietuvos gyventojų genocido ir rezistencijos tyrimo centras.
- Gailienė, D. ir Rimkevičienė, J. (2012). Vartojančiųjų psichoaktyvias medžiagas mėginimų nusižudyti tipai. *Psichologija*, 45, 55-69.
- Gailienė, D., Dadašev, S., Grigienė, D., Čepulienė, A. A., Dirmotaitė, E. ir Dagilė, L. (2020). *Mokslinio tyrimo „Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2018 m . lapkričio – 2019 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizė“ ataskaita*. Paimta iš https://www.fsf.vu.lt/dokumentai/TYRIMO_ATASKAITA_2019.pdf
- Gailienė, D., Domanskienė, V., & Keturakis, V. (1995). Suicide in Lithuania. *Archives of Suicide Research*, 1(3), 149-158.
- Gailienė, D., Skruibis, P., Rimkevičienė, J., Geleželytė, O., Latakienė, J., Lošakevičius, A. ir Mažulytė, E. (2016). *Mokslinio tyrimo „Suaugusiųjų ir vaikų savižudybių atvejų 2016 m. Vilniaus mieste*

analizė“ ataskaita. Paimta iš <https://drive.google.com/file/d/0B-YCbdfV6kUWINXVmtQUFFjaTQ/view>

- Halcomb, E. J., & Davidson, P. M. (2006). Is verbatim transcription of interview data always necessary?. *Applied nursing research, 19*(1), 38-42.
- Handley, T. E., Inder, K. J., Kay-Lambkin, F. J., Stain, H. J., Fitzgerald, M., Lewin, T. J., ... & Kelly, B. J. (2012). Contributors to suicidality in rural communities: beyond the effects of depression. *BMC psychiatry, 12*(1), 105.
- Handley, T. E., Inder, K. J., Kelly, B. J., Attia, J. R., & Kay-Lambkin, F. J. (2011). Urban–rural influences on suicidality: Gaps in the existing literature and recommendations for future research. *Australian journal of rural health, 19*(6), 279-283.
- Hanigan, I. C., Butler, C. D., Kokic, P. N., & Hutchinson, M. F. (2012). Suicide and drought in new South Wales, Australia, 1970–2007. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 109*(35), 13950-13955.
- Hart, L. G., Larson, E. H., & Lishner, D. M. (2005). Rural definitions for health policy and research. *American journal of public health, 95*(7), 1149-1155.
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2019). Mirties priežastys 2018. Paimta iš http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys/Mirties_priezastys_2018=.pdf
- Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2020). Mirusių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes. Paimta iš https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244
- Hirsch, J. K. (2006). A review of the literature on rural suicide. *Crisis, 27*(4), 189-199.
- Hirsch, J. K., & Cukrowicz, K. C. (2014). Suicide in rural areas: An updated review of the literature. *Journal of Rural Mental Health, 38*(2), 65.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012). Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Studies, 36*(7), 605–626.
- Hogan, A., Scarr, E., Lockie, S., Chant, B., & Alston, S. (2012). Ruptured identity of male farmers: subjective crisis and the risk of suicide. *Journal of Rural Social Sciences, 27*(3).
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A. L., & McKeon, R. (2007). Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 353-365.

- Judd, F., Cooper, A. M., Fraser, C., & Davis, J. (2006). Rural suicide—people or place effects?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(3), 208-216.
- Kenkel, M. B. (1986). Stress-coping-support in rural communities: A model for primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, *14*(5), 457-478.
- Kuipers, P., Appleton, J., & Pridmore, S. (2012). Thematic analysis of key factors associated with Indigenous and non-Indigenous suicide in the Northern Territory, Australia. *Rural and Remote Health*, *12*(4).
- Kunde, L., Kølves, K., Kelly, B., Reddy, P., & De Leo, D. (2018). “The Masks We Wear”: A Qualitative Study of Suicide in Australian Farmers. *The journal of rural health*, *34*(3), 254-262.
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PloS one*, *11*(6).
- Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė (2017). Valstybės audito ataskaita: savižudybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems su savižudybės rizika. Paimta iš https://www.vkontrole.lt/pranesimas_spaudai.aspx?id=23116
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Links, P. S., Zaheer, J., Eynan, R., & Srivustava, A. (2014). Matrix model for suicide prevention: Focus on Canada and India. In J. R. Cutcliffe, J. C. Santos, P. S. Links, J. Zaheer, H. G. Harder, F. Campbell, R. McCormick, K. Harder, Y. Bergmans, & R. Eynan (Eds.), *Routledge International Handbooks. Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research* (pp. 127–142). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 181–189.
- Matsumoto, D. E. (2009). *The Cambridge dictionary of psychology*. Cambridge University Press.
- Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2016). Why mental illness is a risk factor for suicide. In R. C. O’Connor, & J. Pirkis (Eds.), *The international handbook of suicide prevention*. (pp. 594-608). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Navickas, A., Lukavičiūtė, L. ir Navickas, P. (2016). Savižudybių dinamika nepriklausomoje Lietuvoje 1990-2015 metais. *Psichiatrijos žinios: Lietuvos psichiatrų asociacijos informacinis biuletenis*, *61*, 32-35. Paimta iš http://www.psichiatrija.lt/up/2017/01/psichiatrijos_zinios-2016-61.pdf

- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. In R. C. O'Connor & S. Platt (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 181–198). Hoboken, NJ: Wiley.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 73-85.
- Owens, C., & Lambert, H. (2012). Mad, bad or heroic? Gender, identity and accountability in lay portrayals of suicide in late twentieth-century England. *Culture, medicine, and psychiatry*, *36*(2), 348-371.
- Petružytė, D. ir Šumskienė, E. (Sud.). (2017). *Psichikos sveikatos ir gerovės paradigimų kaita Lietuvoje*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Poon, C. S., & Saewyc, E. M. (2009). Out yonder: Sexual-minority adolescents in rural communities in British Columbia. *American journal of public health*, *99*(1), 118-124.
- Pūras, D., Šumskienė, E., Veniūtė, M., Šumskas, G., Juodkaitė, D., Murauskienė, L., ... Šliužaitė, D. (2013). *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Sandelowski, M., Voils, C. I., & Knafl, G. (2009). On quantizing. *Journal of mixed methods research*, *3*(3), 208-222.
- Searles, V. B., Valley, M. A., Hedegaard, H., & Betz, M. E. (2014). Suicides in urban and rural counties in the United States, 2006–2008. *Crisis*, *35*, 18– 26.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. New York, NY: Aronson.
- Skruibis, P. (2016). *Psichologinės pagalbos gairės ketinantiems nusižudyti, mėginusiems nusižudyti ir nusižudžiusiųjų artimiesiems*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Skruibis, P., Gailienė, D., Dadašev, S., Mažulytė-Rašytinė, E., Geleželytė, O., Latakienė, J. ir Lošakevičius, A. (2019). *Mokslinio tyrimo „Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2017 m. lapkričio – 2018 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizė“ ataskaita*. Paimta iš https://www.fsf.vu.lt/dokumentai/katedros/klinijkines-ir-organizacines/Suicidologijos_tyrim%C5%B3_grup%C4%97/TYRIMO_ATASKAITA_2018.pdf
- Skruibis, P., Gailienė, D., Rimkevičienė, J., Mažulytė-Rašytinė, E., Geleželytė, O., Latakienė, J. ir Lošakevičius, A. (2018). *Mokslinio tyrimo „Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2016 m. lapkričio – 2017 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizė“ ataskaita*. Paimta iš

https://www.fsf.vu.lt/dokumentai/katedros/klinijkines-ir-organizacines/Suicidologijos_tyrimu_grupe/TYRIMO_ATASKAITA_2017.pdf

- Skruibis, P., Rimkevičienė, J., Geleželytė, O., Latakienė, J., Mažulytė, E., Grigienė, D. (2019). *Mokslininkų grupės projekto „Savižudybių problema sveikatos apsaugos sistemoje: pagalbos siekimas ir veiksmingumas“ baigiamoji ataskaita.*
- Stark, C. R., Riordan, V., & Connor, R. O. (2011). A conceptual model of suicide in rural areas. *Rural and Remote Health, 11*(2), 1–11.
- Stark, C., Riordan, V., Dougall, N., O'Connor, R., & Pirkis, J. (2016). Rurality and suicide. In R. C. O'Connor, & J. Pirkis (Eds.), *The international handbook of suicide prevention.* (pp. 569-593). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences, 15*(3), 398-405.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*, 575–600.
- VandenBos, G. R. (2013). *APA Dictionary of Clinical Psychology.* American Psychological Association.
- Vidickienė, D. ir Gedminaitė-Raudonė, Ž. (2011). Lietuvos regionų klasifikavimas pagal kaimiškumą, remiantis atokumo kriterijumi. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos, 4*, 51-59.
- Visuotinė lietuvių enciklopedija (2001). Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras. Paimta iš <https://www.vle.lt/>
- Vogt, W. P., Gardner, D. C., Haeffele, L. M., & Vogt, E. R. (2014). *Selecting the right analyses for your data: Quantitative, qualitative, and mixed methods.* Guilford Publications.
- Williams, M. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm.* London: Penguin Books.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative.* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates.* Geneva: World Health Organization.
- Zhang, J., Li, N., Tu, X. M., Xiao, S., & Jia, C. (2011). Risk factors for rural young suicide in China: A case–control study. *Journal of affective disorders, 129*(1-3), 244-251.

PRIEDAI

1 priedas. Demografinių nusizudžiusiųjų duomenų ir savižudybės aplinkybių palyginimas

12 lentelė. Sostinėje ir regionuose nusizudžiusiųjų demografinių veiksnių palyginimas tarp grupių

Demografiniai veiksniai	Sostinėje (n = 84)	Regionuose (n = 29)	χ^2 / t	df	p
	n (%) / M (SD)	n (%) / M (SD)			
Lytis					
vyras	60 (71,4)	25 (86,2)	2,526	1	0,112
moterys	24 (28,6)	4 (13,8)			
Amžius (m.)	54,25 (19,61)	53,00 (15,51)	0,311	111	0,756
Gyvenamoji situacija					
Gyveno vienas (-a)	20 (23,8)	7 (24,1)	5,407	4	0,248
Gyveno su sutuoktiniu (-e) ar partneriu (-e) ir (ar) vaikais	39 (46,4)	19 (65,5)			
Gyveno su tėvais	13 (15,5)	1 (3,4)			
Gyveno su kitais artimaisiais	9 (10,7)	2 (6,9)			
Kita	3 (3,6)	0 (0,0)			
Šeimninė padėtis; Sostinėje (n = 83), regionuose (n = 29)					
Vedęs ar ištekėjusi	36 (43,4)	16 (55,2)	2,158	3	0,540
Nevedęs ar netekėjusi	21 (25,3)	7 (24,1)			
Išsiskyręs (-usi)	12 (14,5)	4 (13,8)			
Našlys (-ė)	14 (16,9)	2 (6,9)			

Lentelės tęsinys

Demografiniai veiksniai	<i>n (%) / M (SD)</i>	<i>n (%) / M (SD)</i>	χ^2 / t	<i>df</i>	<i>p</i>
Užimtumas					
Dirbo	29 (34,5)	13 (44,8)	4,388	5	0,495
Buvo bedarbis (-ė)	15 (17,9)	7 (24,1)			
Studentas (-ė)	4 (4,8)	0 (0,0)			
Moksleivis (-ė)	1 (1,2)	0 (0,0)			
Pensijoje	29 (34,5)	6 (20,7)			
Turėjo neįgalumą	6 (7,1)	3 (10,3)			

Pastaba. *n* – nusižudžiusiųjų skaičius, % – procentinė nusižudžiusiųjų išraiška grupėje, *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

13 lentelė. *Sostinės ir regionų savižudybių aplinkybių palyginimas tarp grupių*

Savižudybės aplinkybės	Sostinėje (<i>n</i> = 84)	Regionuose (<i>n</i> = 29)	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>			
Savižudybės būdas					
Pasikorimas	73 (86,9)	27 (93,1)	1,260	4	0,868
Apsinuodijimas	6 (7,1)	1 (3,4)			
Šuolis iš aukštai	1 (1,2)	0 (0,0)			
Peilio panaudojimas	1 (1,2)	0 (0,0)			
Nusišovimas	3 (3,6)	1 (3,4)			
Savižudybės vieta					
Namuose	66 (78,6)	15 (51,7)	12,153	3	0,007
Šalia namų	7 (8,3)	9 (31,0)			
Viešojoje vietoje	6 (7,1)	1 (3,4)			
Kitur	5 (6,0)	4 (13,8)			

Pastaba. *n* – nusižudžiusiųjų skaičius, % – procentinė nusižudžiusiųjų išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

2 priedas. Nusizudžiusių artimųjų įvardintų savižudybės priežasčių palyginimas

14 lentelė. Sostinės ir regionų tiriamųjų įvardintų artimojo savižudybės priežasčių palyginimas tarp grupių

Priežastys	Sostinėje (N = 84)	Regionuose (N = 29)	χ^2	df	p
	n (%)	n (%)			
Psichikos sveikatos sutrikimai	40 (47,6)	9 (31,0)	2,414	1	0,120
Sveikatos problemos: prostatos problemos	8 (9,5)	0 (0,0)	2,972	1	0,085
Sveikatos problemos: operacijos laukimas ar operacijos pasekmės	6 (7,1)	0 (0,0)	2,188	1	0,139
Sveikatos problemos: širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai	5 (6,0)	3 (10,3)	0,632	1	0,427
Sveikatos problemos: skausmas	12 (14,3)	2 (6,9)	1,084	1	0,298
Sveikatos problemos: stuburo problemos	6 (7,1)	0 (0,0)	2,188	1	0,139
Sveikatos problemos: judėjimo problemos	5 (6,0)	0 (0,0)	1,806	1	0,179
Sveikatos problemos: kita	21 (25,0)	3 (10,3)	2,768	1	0,096
Finansinės problemos: skolos	10 (11,9)	2 (6,9)	0,570	1	0,450
Finansinės problemos: greitieji kreditai	3 (3,6)	2 (6,9)	0,564	1	0,453
Finansinės problemos: kitos	11 (13,1)	2 (6,9)	0,814	1	0,367
Neefektyvi psichikos sveikatos specialistų pagalba	15 (17,9)	1 (3,4)	3,682	1	0,055

Lentelės tęsinys

Priežastys	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Neefektyvi psichikos sveikatos specialistų pagalba	15 (17,9)	1 (3,4)	3,682	1	0,055
Nereguliarus psichotropinių vaistų vartojimas	10 (11,9)	0 (0,0)	3,788	1	0,052
Žalingas ar šalutinis psichotropinių vaistų poveikis	13 (15,5)	0 (0,0)	5,072	1	0,024
Išrašymas iš psichiatrijos ligoninės ar skyriaus (praėję 1-2 savaitės)	2 (2,4)	1 (3,4)	0,095	1	0,758
Santykių problemos	31 (36,9)	9 (31,0)	0,325	1	0,569
Artimųjų problemos	8 (9,5)	1 (3,4)	1,086	1	0,297
Vaikystės trauminės patirtys	7 (8,3)	1 (3,4)	0,782	1	0,377
Išsiskyrimas arba skyrybų procesas	10 (11,9)	3 (10,3)	0,052	1	0,820
Artimojo netektis	19 (22,6)	1 (3,4)	5,439	1	0,020
Patirtas smurtas	1 (1,2)	0 (0,0)	0,348	1	0,555
Vienišumas	12 (14,3)	2 (6,9)	1,478	2	0,478
Darbo problemos: negalėjimas dirbti ar susirasti darbą	17 (20,2)	4 (13,8)	0,592	1	0,442
Darbo problemos: darbo praradimas	14 (16,7)	1 (3,4)	3,272	1	0,070
Vairuotojo teisių praradimas	3 (3,6)	1 (3,4)	0,001	1	0,975
Vairuotojo teisių praradimas	3 (3,6)	1 (3,4)	0,001	1	0,975

Lentelės tęsinys

Priežastys	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Vairuotojo teisių praradimas	3 (3,6)	1 (3,4)	0,001	1	0,975
Slapstymasis nuo kalėjimo bausmės	1 (1,2)	0 (0,0)	0,348	1	0,555
Baimė pakenkti artimiesiems dėl turimo psichikos sutrikimo	3 (3,6)	0 (0,0)	1,064	1	0,302

Pastaba. *N* – artimųjų skaičius grupėje, *n* – priežasties pasirinkimų skaičius, % – procentinė pasirinkimų skaičiaus išraiška grupėje. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.