

# Pagyvenusių žmonių suicidinės rizikos veiksnių įvertinimas

## Rasa Rudytė

Organizacinės psichologijos magistrantė  
Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Klinikinės  
ir socialinės psichologijos katedra  
Didlaukio g. 47, LT-2057 Vilnius  
Tel./faks. 26 25 71, 76 18 90

## Rūta Sargautytė

Socialinių mokslų daktarė (psichologijos kr.)  
Vilniaus universiteto Klinikinės ir socialinės  
psichologijos katedros vyr. asistentė  
Didlaukio 47, LT-2057 Vilnius  
Tel./faks. 76 25 71, 76 18 90  
El. paštas: rutasarg@pub.osf.lt.

Savižudybių skaičius Lietuvoje nuolat auga: per septynerius nepriklausomybės metus savižudybių rodiklis pakilo nuo 26,5 iki 46,4 (100 tūkstančių gyventojų) ir įgijo didžiausią mastą lyginant su kitomis Europos šalimis (Gailienė, 1998). Pagal statistinius įvairių šalių duomenis galima spręsti apie reikšmingą savižudybių skaičiaus didėjimą tarp pagyvenusių (ypač vienišų) žmonių. Lietuvoje vyresnių nei 60 metų žmonių savižudybių taip pat padaugėjo: 1989–1990 metais jų buvo 35,0 100 tūkstančių gyventojų, o 1995–1996 metais šis rodiklis pasiekė 48,3, t. y. savižudybių rodiklis padidėjo 38 procentais. Atrodytų, jog minėta situacija natūraliai turėtų skatinti įvairių sričių specialistus domėtis ne tik jaunų, bet ir vyresnio amžiaus žmonių savižudybėmis. Deja, Lietuvoje pagyvenusių ir senų žmonių savižudybės dar nesusilaukė visuomenės susirūpinimo ir specialistų dėmesio. Kol kas mūsų krašte, kaip ir daugelyje pasaulio šalių, visuomenė linkusi toleruoti pagyvenusių žmonių suicidinių elgesį, nors jis liudija dideles šio amžiaus žmonių psychosocialines problemas, jų gyvenimo kokybės nuosmukį.

## Pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybė

„Gyvenimo kokybės“ terminas, vis dažniau minimas mokslinėje literatūroje, kol kas dar nėra tiksliai apibrėžtas. Lygiai kaip nėra aiškių pagyvenusio amžiaus tarpsnio ribų. Daugelis raidos psichologų teigia, kad suaugusio žmogaus raidos stadijos nėra tokios ryškios kaip vaiko, todėl jos priklauso labiau nuo socialinio, negu nuo biologinio amžiaus. Įvairūs autoriai nurodo skirtingą pagyvenusio amžiaus tarpsnio pradžią, o kai kurie šios gyvenimo stadijos visai neišskiria. Psichologijos žodyne (1993) amžius nuo 60 iki 75 metų vadinamas pagyvenusiu, o nuo 75 iki 90 metų – senatve. Šio darbo tiriamųjų amžius svyravo nuo 60 iki 80 metų, apimdamas abu minėtus tarpsnius, jie sąlygiškai vadinami pagyvenusiais. Kiekvieno amžiaus tarpsnio gyvenimo kokybė paprastai apibūdinama to amžiaus periodo gyvenimo situacija, o ji priklauso nuo tarpusavyje susijusių biologinių, socialinių, psichologinių veiksnių (Clark, 1995; Pearlman & Uhlmann, 1991; Nordbeck, 1989; Noro & Aro, 1996).

**Pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės biologinis aspektas.** Pagyvenusiame amžiuje kinta žmogaus anatomija: raumenys praranda elastingumą, atrofuojasi; kaulai darosi trapūs, greitai lūžta; siaurėja ir kietėja kraujagyslių sienelės, todėl pablogėja organizmo aprūpinimas krauju, apsunkinamas širdies darbas. Lėtėja fiziologiniai procesai, susilpnėja regėjimas, klausa, uoslė, susilpnėja arba išnyksta lytinių liaukų veikla, mažėja atsparumas ligoms, ilgiau sergama.

D. B. Bromley'aus duomenimis (Bromley, 1966), tik 8 proc. žmonių, kurių amžius nuo 65 iki 75 metų, neserga lėtinėmis ligomis. Tvirtinama, kad įsisenėjusios ligos pagyvenusio amžiaus žmonėms yra vienas stipriausiai gyvenimo kokybei įtaką darančių veiksnių, sukeliantis virtualią psichologinių ir socialinių problemų (Pearlman & Uhlmann, 1991; Nordbeck, 1989). Tad labai svarbu įvertinti gyvenimo kokybę tų pagyvenusių žmonių, kuriuos yra apnikusios lėtinės, progresuojančios, sunkiai pagydomos ligos.

**Pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialinis aspektas.** Bromley'us (1966) iš visų pagyvenusio žmogaus gyvenimo pasikeitimų išskyrė *traukimosi iš visuomenės* reiškinių. Žmogui senstant, senkant jo energijai, ilgainiui mažėja jo sąsajų su visuomene skaičius, o išliekančiųjų ryšių kokybė pablogėja. Ryškiausiai šis procesas matomas priešpensiniame ir išėjimo į pensiją laikotarpyje. Nustojus dirbti, pablogėja materialinė padėtis, krenta visuomeninis prestižas. Šiuo laikotarpiu žmogus neretai išgyvena ir kitokių praradimų: artimųjų mirtį, vaikų atsiskyrimą, fizinio ir psichinio pajėgumo sumažėjimą, turėtų socialinių vaidmenų netekimą. Pasitraukimas iš visuomenės pasireiškia motyvacijos

pasikeitimu, interesų rato susiaurėjimu ir jų nukreipimu į savo vidinį pasaulį. Visuomenė vis mažiau reikalauja iš pagyvenusio žmogaus, po truputį jį atstumdama, menkindama jo vaidmenį, keisdama jo socialinį statusą. Tačiau traukimasis iš visuomenės ne visuomet išimtinai negatyvus: vyresnio amžiaus žmogus pagaliau gali užsiimti tuo, apie ką anksčiau tik svajojo, – realizuoti savo interesus, hobi, atrasti naujų užsiėmimų. Dėl traukimosi iš visuomenės, kontaktų su ja susilpnėjimo mažėja visuomenės nuomonės spaudimas ir būtinybė laikytis jos normų, tenkinti jos lūkesčius. Pagyvenęs žmogus įgyja tam tikrą laisvę saviraiškai, savo individualumui (Bromley, 1966).

Dėl pagyvenusio žmogaus traukimosi iš visuomenės iškyla *vienatvės ir socialinės izoliacijos* problema. Šiame amžiuje ji pasireiškia bendravimo stoka – ir kokybės, ir kiekybės atžvilgiu. Su socialine izoliacija ir vienišumu susijęs išėjimas į pensiją, socialinio tinklo irimas, prasta sveikata, ligos, judrumo praradimas, bendras bejėgiškumas, depresiškumas, institucinės priežiūros pripažinimas, mirtys. G. Wengeris ir jo bendraautoriai teigia, kad tiek vienišumas, tiek socialinė izoliacija yra būdingesnė moterims, nes moterys dažniau gyvena vienos, našlauja (Wenger *et al.*, 1996). Našlių vienišumą sumažina vaikų apsilankymai, nors G. Arlingas šį poveikį mano esant labai menką (Arling, 1980). Dažnai būna, kad ilgą laiką našlaujantys ir gyvenantys su vaikais žmonės jaučiasi vieniši. Pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybei reikšminga draugystė bei artimi giminytės ryšiai, tad vienišumo išgyvenimą gali skatinti tiek artimo ryšio su sutuoktiniu ir vaikais stoka (Berg *et al.*, 1981), tiek draugysčių už šeimos ribų trūkumas (Wenger *et al.*, 1996).

Kitas labai svarbus pagyvenusio žmogaus gyvenimo kokybės rodiklis – *priklausomybė ir savarankiškumas*. Kuo vyresnis žmogus, tuo daugiau pagalbos iš aplinkinių jam reikia. Žmonės su išsiskyrusiu nepriklausomybės siekimu būtinybę priimti aplinkos paramą gali suvokti kaip savo gyvenimo erdvės griovimą, kaip grėsmę savo asmenybės visybiškumui. Savo vienatvės pripažinimas gali atskleisti priklausomybės poreikį. Jos neigimą (ypač esant fizinei negaliai, skurdui ir menkam palaikymui iš kitų žmonių) galima priimti ir kaip žmogaus savarankiškumo bei pasitikėjimo savo jėgomis požymį. Tačiau iš tikrųjų pagyvenusiam žmogui būtina aplinkinių pagalba ir palaikymas, ypač ligos atveju, jei jis nori išgyventi (Čiurlienė, 1993).

**Pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės psichologinis aspektas.** Psichologiniai veiksniai, apibūdinantys pagyvenusio žmogaus gyvenimo kokybę, gali būti suprasti tik tarp visų biologinių ir socialinių poveikių. Dėl individualių skirtumų jie nėra vienodi visiems pagyvenusiems žmonėms. Tačiau galima išskirti ir keletą bendrumų: mažėja organizmo gyvybinė energija – lėtėja psichiniai procesai, mažėja aktyvumas, silpnėja pažintiniai sugebėjimai, kinta jautrumo slenkstis, siaurėja emocinė sfera. Amžiui bėgant paprastai keičiasi požiūris į įvykius, reiškinius, pradeda mažiau dominti ir jaudinti aktualūs šiuolaikiniai klausimai, daug kas atrodo nereikšminga, tad neretai senoji karta nebesupranta naujosios. Pagyvenę žmonės linkę pasitraukti į savo vidinių išgyvenimų pasaulį, į prisiminimus, – jie tampa labiau introvertiški. Kartais jie ima idealizuoti bei pervertinti praeitį, dėl to dažnai yra nepatenkinti dabartine aplinka. Daugeliui pagyvenusio amžiaus žmonių sumažėja

pasiekimų poreikis ir padidėja neveiklumo tendencija. Nors artimi ryšiai tampa itin aktualūs, draugai pasirenkami atidžiau ir atsargiau.

## **Pagyvenusių žmonių suikidinės rizikos veiksniai**

Negalima išskirti vieno svarbiausio suikidinės rizikos veiksnio. Kiekvieną savižudybę lemia daugiau nei vienas veiksnys, ir tai galima pasakyti apie visų amžiaus tarpsnių žmonių savižudybes.

Apibendrinami kitų autorių tyrimus (Wachtler, 1992; Osgood, 1992; Lester & Yang, 1992; Yang, 1993; Carney *et al.*, 1994; Draper, 1995), galėtume išskirti šiuos pagyvenusių žmonių suikidinės rizikos veiksniai:

1. Psichinės ligos (depresija, alkoholizmas, asmenybės sutrikimai).
2. Lėtinės somatinės ligos.
3. Psichosocialiniai stresoriai:
  - 3.1. Netekty:
    - a) artimų žmonių mirtys,
    - b) išėjimas į pensiją,
    - c) savarankiškumo praradimas.
  - 3.2. Paramos iš šeimos ir aplinkinių nebuvimas (apleistumo, nereikalingumo jausmas).
  - 3.3. Vieništumas, socialinė izoliacija.
4. Demografiniai veiksniai:
  - 4.1. Amžius.
  - 4.2. Lytis.
  - 4.3. Vedybinis statusas.
  - 4.4. Gyvenimo situacija (gyvena vienas).

Šiuo darbu norėjome prisidėti prie itin negausių tyrimų, siekiančių įvertinti pagyvenusių žmonių suikidinės rizikos veiksniai Lietuvoje.

## Tyrimo tikslai

1. Įvertinti pagyvenusio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę ir jos reikšmę suicidinei rizikai.
2. Įvertinti socialinį aplinkos veiksnių (sugresinant savo namuose ir globos namuose gyvenančių pagyvenusių žmonių tyrimo rezultatus).
3. Įvertinti demografinių veiksnių (lyties, išsilavinimo, šeimyninės padėties, vaikų ir anūkų skaičiaus) įtaką pagyvenusių žmonių suicidinei rizikai.

## Tiriamieji

Iš 60-ies į tyrimą įtrauktų pagyvenusių žmonių nuo 60 iki 80 metų amžiaus, 30 (I gr.)

gyveno savo namuose Vilniuje, buvo visuomeniškai aktyvūs – priklausė sergančiųjų sąnarių ligomis bendrijai „Artritas“. Kiti 30 (II gr.) gyveno valstybiniuose globos namuose (Antavilių pensionate bei Gerontologijos ir reabilitacijos centro globos ir slaugos skyriuje) ir jiems taip pat buvo diagnozuotos įvairios įsisenėjusios ligos. Atsižvelgdami į tai, kad dauguma vyresnio amžiaus žmonių skundžiasi fiziniais negalavimais, pagal medicininės korteles suluginome tiriamųjų grupes lėtininių ligų sunkumo ir trukmės požiūriu. Demografinės charakteristikos, gautos pusiau struktūruoto interviu metu, pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. *Tiriamųjų demografinės charakteristikos*

Demografinės charakteristikos	Visi		I gr.		II gr.	
	n = 60	%	n = 30	%	n = 30	%
<b>Šeimyninė padėtis</b>						
Netekėjusi, nevedęs	7	11,7	2	6,7	5	16,7
Našliai, našlės	21	35	12	40	9	30
Vedę, ištekėjusios	18	30	11	36,7	7	23,3
Išsiskyrę	14	23,3	5	16,7	9	30
<b>Išsilavinimas</b>						
Be išsilavinimo	5	8,3	1	3,3	4	13,3
Pradinis	6	10	1	3,3	5	16,7
Nebaigtas vidurinis	5	8,3	0	0	5	16,7
Spec. vidurinis	23	38,3	14	46,7	9	30
Vidurinis	5	8,3	4	13,3	1	3,3
Aukštasis	16	26,7	10	33,3	6	20
<b>Lytis</b>						
Vyrai	11	18,3	4	13,3	7	23,3
Moterys	49	81,7	26	86,7	23	76,7

Demografinės charakteristikos	Visi		I gr.		II gr.	
	n = 60	%	n = 30	%	n = 30	%
<b>Vaikų skaičius šeimoje</b>						
nėra	20	33,3	6	20	14	46,7
1	19	31,7	11	36,7	8	26,7
2	15	25	9	30	6	20
3	4	6,7	2	6,7	2	6,7
4	2	3,3	2	6,7	0	0
<b>Anūkų skaičius</b>						
nėra	25	41,7	12	40	13	43,3
1	11	18,3	5	16,7	6	20
2	7	11,7	3	10	4	13,3
3	6	10	4	13,3	2	6,7
4	9	15	4	13,3	5	16,7

Būdinga, kad tik 30 proc. pagyvenusių žmonių gyveno su sutuoktiniu; kiek didesnę dalį abiejose grupėse sudarė našliai ir našlės. Visai nesukūrusių šeimoms ar išsiskyrusių buvo daugiau tarp gyvenančių globos namuose tiriamųjų.

Abiejose grupėse dominavo moterys (I gr. – 86,7%, II gr. – 76,7%).

Net 46,7 proc. tirtų globos namų gyventojų neturėjo vaikų (gyvenančių namuose grupėje – atitinkamai 20 proc. tiriamųjų).

### Tyrimo metodikos

Šiame tyrime buvo panaudotos keturios metodikos:

1. Pusiau struktūruotas interviu.
2. Lėtinės ligos problemų klausimynas (*The Chronic Illness Problem Inventory* (CIPI)).
3. Gyvenimo prasmės testas (*Purpose in Life Test* (PIL)).
4. Becko nevilties skalė (*Beck Hopelessness Scale* (BHS)).

*Pusiau struktūruoto interviu* tikslas šiame darbe – pažinti tiriamąjį, suprasti, kaip jis gyvena, kas jam rūpi, kas pastaruoju metu labiausiai jaudina, kas sunkiausia, taip pat papildyti bei patikslinti tyrimo duomenis. Su kiekvienu tiriamuoju pokalbis užtrukdavo vidutiniškai 30 minučių

*Lėtinės ligos problemų klausimynas (CIPI)* – tai L. D. Kames, B. D. Naliboffo, R. L. Heinricho ir C. C. Schag (1984) sukurta 65 klausimų metodika, skirta chroniškoms ligomis sergančių žmonių psichosocialinėms problemoms įvertinti. Šis klausimynas apima 18 temų (skalių): miego, mitybos, darbo, vaistų, pažintinės veiklos, fizinės išvaizdos, kūno sutrikimų, lytinio gyvenimo, kasdienio aktyvumo, pasyvumo, socialinio aktyvumo, santykių šeimoje ir su draugais, drovumo, santykių su gydytojais, santuokos sunkumų, perdėtos globos šeimoje, nesantuokinių ryšių, finansų, dėmesio sutelkimo į ligą. Kiekvieną iš jų atitinka tam tikras skaičius

nuosekliai išdėstyti teiginių. Tiriamasis atsako į klausimą, pasirinkdamas jam tinkantį atsakymą, kuris vertinamas nuo 0 iki 4 balų.

Dž. Krambo ir L. Macholiko *Gyvenimo prasmės testas (PIL)* jau buvo taikomas Lietuvoje kartu su kitais klinikiniais ir psichodiagnostiniais metodais suicidinei rizikai įvertinti (Gailienė ir kt., 1990; Grigelionytė, 1994). PIL padeda įvertinti savo gyvenimo prasmės pajautimą. Testą sudaro trys dalys: A – tai 20 teiginių, kurių kiekvieną siūloma įvertinti 7 balų skale (pagal šią dalį apskaičiuojamas bendras PIL balas); B – 13 nebaigtų sakinių, kurių prasmė labai panaši į pirmosios dalies 20 teiginių; C dalyje tiriamasis prašomas trumpai aprašyti savo gyvenimo tikslus, troškimus, siekius.

*Becko nevilties skalė (BHS)* skirta negatyviam požiūriui į ateitį matuoti. Ši skalė naudojama kaip netiesioginis suicidinės rizikos indikatorius depresiškiems tiriamiesiems arba žmonėms, kurie bandė nusizudyti (Beck & Steer, 1988). BHS skale tirami žmonės nuo 13 iki 80 metų. Tyrimo metodika re-

miasi Becko kognityviniu depresijos modeliu, susidedančiu iš trijų komponentų: 1) neigiamo savęs įsivaizdavimo; 2) neigiamo požiūrio į dabartinį funkcionavimą; 3) neigiamo požiūrio į ateitį. Skalę sudaro 20 teiginių, į kuriuos tiriamasis atsako „taip“ arba „ne“.

## Rezultatai ir jų aptarimas

Statistinio duomenų apdorojimo technikos. Vienfaktorinė analizė (ONE-WAY), Student–Neuman–Keuls procedūra buvo naudojamos demografinių faktorių įtakai įvertinti bendrai ir kiekvienai tiramųjų grupei atskirai. Rezultatai buvo įvertinti pagal Studento kriterijų.

Pagyvenusių žmonių suicidinė rizika didelė, ir tai rodo 2 lentelėje pateikti testų rezultatai. Iš šios lentelės matyti, kad pagyvenusių žmonių, gyvenančių savo namuose ir gyvenančių globos namuose, suicidinė rizika yra nevienoda. Pagyvenusių žmonių globos namų gyventojų (II gr.) suicidinė rizika didesnė, negu gyvenančių savo namuose (I gr.).

2 lentelė. Vidutinės BHS, CIPI ir PIL (A dalies) rodiklių reikšmės

Metodikos pavadinimas	Visi tiriamieji	I gr.	II gr.	Skirtumo patikimumas
BHS	2	10,6	13,4	p = 0,021
CIPI skalės:				
miegas	1,9	1,9	2,0	N
mityba	1,1	0,6	1,5	p = 0,03
vaistai	1,5	1,6	1,3	N
pažintinė veikla	1,1	1	1,2	N
fizinė išvaizda	1,2	1,1	1,3	N
kūno sutrikimai	2,7	2,6	2,9	N
kasdienis aktyvumas	2,7	2,6	2,8	N
pasyvumas	1,5	0,8	2,1	p = 0,000
socialinis aktyvumas	2,0	1,4	2,6	p = 0,000

Metodikos pavadinimas	Visi tiriamieji	I gr.	II gr.	Skirtumo patikimumas
santykiai šeimoje ir su draugais	2,1	1,4	2,7	p = 0,000
drovumas	2,3	1,8	2,7	p = 0,008
dėmesio sutelkimas į ligą	2,2	2,1	2,3	N
finansai	1,8	1,7	1,9	N
santykiai su gydytojais	1,9	1,7	2,1	N
<b>PIL-A</b>	91,2	98,1	84,2	p=0,01

\* Lentelėje pateikti rezultatai, gauti pritaikius Stjudento kriterijų.

Ištirtų pagyvenusių žmonių grupių BHS rezultatai atitinka vidutinį autorių nurodytą nevilties lygį – nuo 9 iki 14 balų. Gautas bendras nevilties skalės vidurkis – 12. Skirtumas tarp abiejų grupių rezultatų vidurkių statistškai patikimas: I gr. = 10,6, o II gr. = 13,4 ( $p = 0,02$ ). Tiek globos įstaigose, tiek savo namuose gyvenantys pagyvenusio amžiaus žmonės pasižymi padidinta suicidine rizika, nes jų nevilties rodiklis viršija 9 balus. A. Becko duomenimis (Beck, 1988), bandžiusiųjų nusizudyti vidutinė BHS reikšmė buvo 8,86, tuo tarpu turinčių suicidinių ketinimų įvertinimo vidurkis – 9,28. Šiame tyrime gautų aukštų nevilties lygio rezultatų negalėtume aiškinti vien vyresniu amžiumi, nes anksčiau buvo nustatyta, jog nėra statistškai reikšmingos koreliacijos tarp BHS ir amžiaus (Beck, 1988). Visų tiriamųjų, o ypač globos namuose gyvenančių pagyvenusio amžiaus žmonių aukštus Becko nevilties skalės rezultatus galima būtų aiškinti su lėtine liga susijusiomis psichosocialinėmis problemomis.

Kaip matyti 2 lentelėje, visi bendri CIPI skalių įvertinimai yra didesni už vieneta, o tai rodo, kad tiriamieji turi problemų visose vertintose psichosocialinėse sferose, skiriasi tik jų laipsnis. Abiejų grupių tiriamieji aukš-

čiausiu balu įvertino rūpesčius dėl kūno sutrikimų: I gr. – 2,6, II gr. – 2,9, bendras vidurkis – 2,79, ir kasdienio aktyvumo: I gr. – 2,6, I gr. – 2,8, bendras vidurkis – 2,73. Šie rezultatai rodo, kad pagyvensiems žmonėms, sergantiems lėtinėmis ligomis, svarbiausios yra somatinės problemos, ribojančios jų kasdienį aktyvumą. Lyginant CIPI rodiklius tarp tiriamųjų grupių, statistškai patikimi skirtumai gauti penkiose skalėse: mitybos, pasyvumo, socialinio aktyvumo, santykių šeimoje ir su draugais, drovumo. Globos namų gyventojai turėjo daugiau mitybos, santykių su šeima ir su draugais problemų, buvo pasyvesni ir drovesni, lyginant su savo namuose gyvenančiais žmonėmis. Pastarųjų mitybos ir pasyvumo skalių įvertinimai netgi nesiekia probleminio lygio.

Rezultatų skirtumus galima būtų paaiškinti skirtinga tiriamųjų socialine aplinka. Ankstesniame tyrime (Sargautytė, Kočiūnas, 1990) CIPI pagal psichosocialines problemas diferencijavo dvi sergančiųjų reumatinėmis sąnarių ligomis grupes – metų metus aktyviai dalyvaujančių „Artrito“ bendrijos veikloje ir atsitiktinių dalyvių, kurie anksčiau ar vėliau pasitraukė iš bendrijos. Pastarojoje grupėje statistškai reikšmingai pirmavo problemos, at-

sispindinčios fizinės išvaizdos, kasdienio aktyvumo, pasyvumo ir dėmesio sutelkimo į ligą skalėse. Matyt, sergantiesiems lėtinėmis ligomis gresia pavojus įsisukti į užburtą ratą: liga apriboja judrumą, darko išvaizdą, sukelia nepasitikėjimą savimi ir troškimą užsiklęsti. O tame uždaramame pasaulyje liga ir skausmas dar labiau įsiviešpatauja, tapdami gyvenimo centru. Štai dėl to svarbi tampa socialinė aplinka, skatinanti žmogaus aktyvumą ir savarankiškumą ar gramzdinanti jį į ligą, negalią, bejėgiškumą.

Daugelis pagyvenusių žmonių globos namuose gyvena ramiai, nedaug teturi buitines rūpesčių: jiems nereikia tvarkyti kambario, rūpintis maistu, ruošti valgių, pirkti ir skalbti drabužių, rūpintis šeima, – tai globos įstaigų darbuotojų pareiga. Pagyvenusio amžiaus žmonėms, gyvenantiems savo butuose, visa tai teko atlikti patiems: 23,3 proc. – visiškai savarankiškai, o 76,7 proc. – padedant artimiesiems. Rūpesčiai, darbai ir įsipareigojimai gyvenantiems savo namuose pagyvenusio amžiaus žmonėms, kad ir sergantiems lėtinėmis ligomis, neleidžia tapti pasyviais, pasiduoti ligai, labiau į ją susikoncentruoti. Jie bent kiek stengėsi įsitraukti į visuomeninį gyvenimą, lankydami bendrijos renginius, kur aptardavo sveikatos ir kasdienio gyvenimo problemas, pasidalindavo patirtimi su panašaus likimo žmonėmis, tardavosi su medicinos specialistais. Tuo tarpu globos namų gyventojai patirdavo monotoniją: kasdien tie patys žmonės, kurių dauguma ligoti, sunkiai vaikstantys, pikti ir suirzę nuo slegiančios aplinkos bei ligos sukeltų skausmų. Jie dažniausiai apsiriboja savo kambariu ir tik kai kurie valgyti nueina į valgyklą, dar mažiau kas gali išeiti į lauką.

Blogi santykiai su šeima ir draugais buvo būdingesni gyvenantiems globos namuose, ir tai, beje, sudarė 30 proc. visų atvykimo į globos namus priežasčių. Antroji svarbi priežastis – tai artimųjų neturėjimas, kai reikalinga pagalba (36,7 proc. tiriamųjų). Šie duomenys galėtų paaiškinti abiejų tiriamųjų grupių statistiškai patikimus drovumo skalės įvertinimo skirtumus. Didelė dalis II gr. tiriamųjų neturėjo ko paprašyti pagalbos, neturėjo kam pasiguosti, nes aplinkui – tokie pat ligoniai, o giminės ir artimieji aplanko retai arba visai neatvažiuoja. Globos namų darbuotojai užsiėmę savo kasdieniais darbais ir neturi laiko tenkinti individualių gyventojų poreikių. Globos namuose gyvenančiųjų mitybos problemos galėjo būti susijusios su menka maisto įvairove ir būtinybe derintis prie bendro dienos meniu, nepaisant norų ir pomėgių. O savo namuose gyvenantys, kad ir kaip sunku būtų, pasigamina maistą patys ar bent išsako savo pageidavimus.

Apibendrinant CIPI rezultatus, galima pasakyti, kad globos namuose gyvenantys pagyvenę žmonės pasižymi didesne suicidine rizika, nes jų psichosocialinės problemos, kurios išskiriamos kaip stambi savižudybių rizikos faktorių grupė, yra didesnės.

PIL testo A dalies rezultatai liudija tą patį faktą: pagyvenusių žmonių, gyvenančių globos namuose, suicidinė rizika didesnė, nes, kaip matyti iš 2 lentelės, jų gyvenimo prasmės jausmas yra mažesnis (84,2), negu gyvenančiųjų savo namuose (98,1). Tai statistiškai patikimas skirtumas ( $p = 0,01$ ). Bendras abiejų grupių gyvenimo prasmės jausmo rodiklis – 91,2, o toks rezultatas yra žemesnis negu žemutinė autorių nurodoma įvertinimų vidurkio norma (pagal Dž. Krambo, viduti-



niškai normalūs įvertinimai telpa į intervalą nuo 92 iki 112). Remiantis PIL rezultatais, galima daryti išvadą, kad peržengusių 60 metų ir sergančių lėtinėmis ligomis žmonių gyvenimo prasmės jausmas yra menkas. PIL testo autoriai teigia, kad nėra reikšmingos koreliacijos tarp PIL testo rezultatų ir amžiaus, tad ir šio darbo tiriamųjų gyvenimo prasmės jausmą galėjo nulemti lėtinė liga. A. Kulpa'os, tyrusio sergančiųjų bronchine astma gyvenimo prasmės jausmą, gauti PIL rezultatai parodė, kad 93 proc. ligonių patyrė gyvenimo beprasmybės jausmą. D. Gailienė ir jos bendraautorės pastebėjo, kad suicidinė rizika didėja, esant santykinai žemam PIL rodikliui ir drauge teigiamam (ar bent neutraliam) požiūriui į savižudybę kaip į išeitį iš sudėtingos

situacijos (Gailienė ir kt., 1990). Mūsų darbo abiejų grupių tiriamųjų požiūris į savižudybę, sprendžiant pagal 16 PIL A teiginį, nėra palankus (I gr. – 5,4, II gr. – 5,2, skirtumas statistiškai nepatikimas). Visgi atskirų teiginių analizė parodė, kad savo namuose gyvenantys žmonės gyvenimą labiau vertino, matė, kad yra dėl ko gyventi.

Suicidinę riziką atskleisti padeda žemas PIL rodiklis, B ir C testo dalyse išryškėjantis požiūris į savižudybę, į savo gyvenimo perspektyvas ir pasiekimus (Gailienė ir kt., 1990). Iš 3 lentelės, kuri rodo PIL B dalies 13-o sakinio „Mintis apie savižudybę...“ dažniausiai pasitaikiusios pabaigos variantus bendrai ir abiejose tiriamųjų grupėse atskirai, nėra matyti ryškių skirtumų.

3 lentelė. *PIL B dalies 13-o sakinio pabaigos variantų pasiskirstymas*

Sakinio pabaigos variantai	Visi tiriamieji		I gr.		II gr.	
	n	%	n	%	n	%
Niekada negalvoju	39	65	20	66,7	19	63,3
Anksčiau tokių minčių buvo, o dabar nėra	10	16,7	4	13,3	6	20
Kartais apie tai galvoju	5	8,3	3	10	2	6,7
Dažnai apie tai galvoju	6	10	3	10	3	10

Vidutiniškai 65 proc. tiriamųjų abiejose grupėse (I gr. 66,7%, II gr. 63,3%) teigė niekuomet negalvoję apie savižudybę, rimtai galvojančių apie savižudybę tiek I, tiek II grupėje buvo po tris žmones. Retkarčiais galvojančių apie savižudybės galimybę pasirodė esant daugiau tarp gyvenančių savo namuose – 10 proc. (n = 3), o 20 proc. (n = 6) globos įstaigose gyvenančių tiriamųjų apie savižudybę nebegalvoja, nors anksčiau tokių minčių

yra buvę (I gr. 13,3%, n = 4). Rezultatai, pateikti 3 lentelėje, rodo, kad apie 35 proc. visų tiriamųjų (I gr. 33,3 proc., II gr. 36,7 proc.) pagalvoja apie savižudybę kaip apie išeitį iš susiklosčiusios padėties. Analizuojant tiriamųjų požiūrį į savižudybę, jų suicidinius ketinimus, svarbu atsižvelgti ir į tai, kad pagyvenę žmonės nelinkę kalbėti apie savižudybę (Carney *et al.*, 1994).

4 lentelė. *PIL C dalies atsakymų apie tikslus, siekius bei troškimus pasiskirstymas*

Tikslai, troškimai bei siekiai	Visi tiriamieji		I gr.		II gr.	
	n	%	n	%	n	%
<b>I. Sveikatos:</b> pradėti vaikščioti, kad mažiau skaudėtų	22	36,7	11	36,7	11	36,7
<b>II. Asmeniniai kontaktai:</b> padėti kitiems, būti savarankiškam ir nepriklausomam nuo kitų, būti suprastam, gerai sutarti su žmonėmis, turėti gerą draugą	11	18,3	7	23,3	4	13,3
<b>III. Charakterio bruožų akcentavimas:</b> tobulinti save, būti kam nors reikalingam, būti mylimam	2	3,3	2	6,7	0	0
<b>IV. Įsigyti materialinių vertybių</b>	5	8,3	2	6,7	3	10
<b>V. Ramybės</b>	3	5	1	3,3	2	6,7
<b>VI. Numirti</b>	6	10	1	3,3	5	16,7
<b>VII. Nieko nenoriu</b>	2	3,3	0	0	2	6,7
<b>VIII. Kiti:</b> dirbti, kur nors nuvažiuoti, sveikai gyventi, grįžti namo	9	15,1	6	20	3	9,9

4 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad dominavo sveikatos troškimas (36,7%). Ant-  
ras pagal dažnumą pasirenkamas tikslas bu-  
vo asmeniniai kontaktai (18,3%). Čia abiejų  
tiriamųjų grupių atsakymai išsiskyrė: I gr.  
tiriamiesiems tai buvo vienas iš dažniausiai  
pasirenkamų tikslų (23,3%) tuo tarpu glo-  
bos namuose gyvenantys pagyvenusio am-  
žiaus žmonės dažniau pareiškėdavo norą nu-  
mirti (16,7%), negu palaikyti gerus asmeni-  
nius santykius (13,3%). Savo namuose gyve-  
nantiems tiriamiesiems vienodai svarbu bu-  
vo tiek išsiugdyti teigiamus charakterio bruo-  
žus (6,7%), tiek įsigyti materialinių vertybių  
(6,7%), o globos namuose gyvenantys visai  
nemastė apie kokio nors charakterio bruožo  
tobulinimą. Pastarieji dažniau savo tikslu rin-

kosi materialinių vertybių įsigijimą (10%).  
Du antros grupės tiriamieji neturėjo jokių  
tikslų bei troškimų, o tarp savo namuose gy-  
venančių vyresnio amžiaus žmonių tokių vi-  
sai nepasitaikė. Noras numirti ir tikslų nei-  
gimas būdingesnis II grupės tiriamiesiems  
(23,4% visų pasirenkamų tikslų, o I gr. –  
3,3%). Tai liudija, kad globos namų gyven-  
tojai, nepaisant pastovios personalo globos,  
nejaučia didesnio psichologinio komforto už  
gyvenančius savo namuose. Priežasties gali-  
ma ieškoti socialinės aplinkos skirtumuose,  
bet būtina atsižvelgti ir į įvairius demografi-  
nius veiksniai.

Pagal vienfaktorinę analizę (ONEWAY)  
bei Student–Neuman–Keuls procedūrą gau-  
ta, kad tokie demografiniai veiksniai, kaip šei-

myninė padėtis, išsilavinimas, vaikų bei anū-  
kų buvimas šeimoje turėjo įtakos, įvertinant  
tiriamųjų gyvenimo prasmės jausmą, nevirties  
lygį, psichosocialines problemas. Vedybinis  
statusas turėjo reikšmės PIL A dalies rezul-  
tatams. Mažiausias pasitenkinimas gyvenimu  
– nevedusių ar netekėjusių (79,7), o didžiau-  
sias – susituokusių (104,8) tiriamųjų. Gauti  
rezultatai rodo, kad nevedusiųjų, išsiskyrū-  
siųjų, našlių PIL A dalies rezultatai yra že-  
mesni už vedusiųjų, ir visi šie skirtumai yra  
statistiškai patikimi ( $p < 0,05$ ).

Tyrimo rezultatai parodė, kad išsilavinimo  
veiksnyms abiejų grupių tiriamųjų rezultatams  
neturėjo didelės įtakos. Vien tik CIPI pasy-  
vumo skalėje gautas statistiškai reikšmingas  
skirtumas ( $p < 0,05$ ) tarp baigusiuju aukštąjį  
mokslą ir neturinčių išsilavinimo tiriamųjų  
(atitinkamai 0,87 ir 2,06).

Vaikų buvimas šeimoje darė įtaką tiriamų-  
jų nevirties lygiui, gyvenimo prasmės jausmui,  
santykiams su šeima ir draugais. Didžiausias  
nevirties lygis buvo nustatytas neturintiems  
vaikų (BHS = 3,8;  $p < 0,05$ ). Nevirties lygis  
mažėja augant vaikų skaičiui šeimoje. Gyve-  
nimo prasmės jausmas taip pat menkiausias  
vaikų neturinčių tiriamųjų grupėje (PIL A =  
8,9;  $p < 0,05$ ). Globos namuose gyvenančių  
ir neturinčių vaikų tiriamųjų gyvenimo pra-  
smės jausmas dar mažesnis – vidutiniškai 76.  
CIPI santykių su šeima ir draugais skalės įver-  
tinimas taip pat skiriasi priklausomai nuo vai-  
kų skaičiaus šeimoje: daugiausia problemų tu-  
ri bevaikiai globos namų gyventojai.

Nevirties lygis susijęs ir su anūku skaičiu-  
mi. Didžiausias nevirties lygis abiejose tiri-  
amųjų grupėse nustatytas neturintiems anūku  
pagyvenusiems žmonėms (I gr. BHS = 13,  
II gr. BHS = 15;  $p < 0,05$ ). Anūku skaičius

lėmė ir socialinio aktyvumo skalės rezulta-  
tus: mažiausias aktyvumas pasirodė esąs tų  
globos namų gyventojų, kurie neturėjo anūku.

Tyrimo rezultatai parodė, kad tokie demog-  
rafiniai veiksniai, kaip šeimyninė padėtis, vai-  
kų bei anūku buvimas šeimoje, yra reikšmingi  
įvertinant pagyvenusių žmonių, gyvenančių glo-  
bos įstaigose ar savo namuose, suicidinę riziką.

Mūsų gauti pagyvenusių žmonių tyrimo re-  
zultatai – pesimizmas, žemas gyvenimo pra-  
smės jausmas, didelės psichosocialinės pro-  
blemos (kasdienio aktyvumo, kūno sutrikimų,  
santykių su šeima ir su draugais, socialinio  
aktyvumo, pasyvumo, drovumo) – rodo, kad  
būtina ieškoti efektyvių prevencinių poveikio  
priemonių pagyvenusių žmonių savižudybių  
plitimui sustabdyti. Tačiau tam reikėtų atlikti  
išsamesnius tyrimus, leidžiančius įvertinti tik-  
rąjį suicidinių tendencijų mastą tarp pagyve-  
nusių žmonių.

## Išvados

1. Pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybė psi-  
chologiniu ir socialiniu atžvilgiu nėra pa-  
tenkinama ir sudaro pagrindą suicidinei ri-  
zikai:
  - a) lėtinės ligos, kuriomis serga daugelis  
pagyvenusių žmonių, sukelia daug  
kasdienio aktyvumo, asmeninio ben-  
dravimo, socialinio aktyvumo pro-  
blemų;
  - b) nevirties lygis aukštas;
  - c) gyvenimo prasmės jausmas žemas.
2. Pagyvenusių žmonių suicidinei rizikai įta-  
ką daro socialinės aplinkos veiksnys – gy-  
venančių globos namuose suicidinė rizika  
statistiškai patikimai didesnė nei gyvenan-  
čių savo namuose:

- a) globos namų gyventojai yra pasyvesni, drovesni, mažiau socialiai aktyvūs, turi daugiau bendravimo su šeimos nariais ir draugais problemų nei gyvenantys savo namuose;
  - b) globos namuose gyvenančių pagyvenusio amžiaus žmonių nevilties lygis aukštesnis nei gyvenančių savo namuose;
  - c) pagyvenusių žmonių, gyvenančių globos namuose, pasitenkinimas gyvenimu mažesnis nei gyvenančių savo namuose.
3. Vienių (išsiskyrusių, nevedusių bei netekėjusių, našlių) pagyvenusių žmonių suicidinė rizika didesnė nei gyvenančių santuokoje; ypač tai būdinga globos namų gyventojams.
4. Vaikų ir anūkų nebuvimas šeimoje padidina pagyvenusių žmonių, ypač gyvenančių globos namuose, suicidinę riziką.
  5. Pagyvenusių žmonių požiūris į savižudybę nepalankus. Nėra statistiškai patikimo skirtumo tarp pagyvenusių žmonių, gyvenančių globos namuose ar savarankiškai, požiūrio į savižudybę.
  6. Būtina atkreipti visuomenės ir specialistų dėmesį į vis didėjantį pagyvenusių žmonių savižudybių skaičių, prastą jų gyvenimo kokybę ir skatinti efektyvių prevencinių po-veikio priemonių paieškas.

## Literatūra

1. Arling G. The Elderly Widow and her Family, Neighbours and Friends // Fuller M. M., Martin C. A. (Eds.) *The Older Woman*. Charles C. Thomas, Springfield, III., 1980. P. 170–189.
2. Beck A., Steer R. Beck Hopelessness Scale. USA, 1988.
3. Berg S., Melestrom D., Persson G. and Serenberg A. Loneliness in the Swedish Aged // *Journal of Gerontology*. 1981. Vol. 36. P. 342–349.
4. Bromley D. *The Psychology of Human Ageing*. Great Britain: Penguin Books, 1966.
5. Carney S., Rich Ch., Burke P., Fowler R. Suicide Over 60: The San Diego Study // *J Am Geriatr Soc*. 1994. Nr. 42. P. 174–180.
6. Clark Ph. G. Quality of Life, Values, and Teamwork in Geriatric Care: Do We Communicate What We Mean? // *The Gerontologist*. 1995. Vol. 35. Nr. 3. P. 402–411.
7. Čiurlienė G. Senelių adaptacijos globos namuose dinamika ir psichologiniai veiksniai. Diplominis darbas. Vilnius, 1993.
8. Domanskienė V., Gailienė D. Savižudybių paplitimas Lietuvoje // *Psichologija*. 1992. Nr. 12. P. 65–80.
9. Draper B. M. Prevention of Suicide in Old Age // *The Medical Journal of Australia*. 1995. Nr. 162. P. 533–534.
10. Gailienė D. Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje. Vilnius: Tyto Alba, 1998.
11. Gailienė D., Knabikienė G., Asminavičiūtė R. Suicidinės rizikos psichodiagnostinio įvertinimo galimybės // *Psichologija*. 1990. Nr. 10. P. 3–13.
12. Grigelionytė M. Gyvenimo prasmės tyrimo metodika. Diplominis darbas. Vilnius, 1994.
13. Kames L. D., Naliboff B. D., Heinrich R. L., Schag C. C. The Chronic Illness Problem Inventory: Problem-Oriented Psychosocial Assessment of Patients with Chronic Illness // *Int'l. J. Psychiatry in Medicine*. 1984. Vol. 14. Nr. 1. P. 65–75.
14. Lester D., Yang B. Social and Economic Correlates of the Elderly Suicide Rate // *Suicide-Life-Threat-Behav*. 1992. Vol. 22. Nr. 1. P. 36–47.
15. McIntosh J. L. Epidemiology of Suicide in the Elderly // *Suicide-Life-Threat-Behav*. 1992. Vol. 22. Nr. 1. P. 15–35.
16. Nordbeck B. Quality of Life, Health and Aging // Report at XIV Congress of Gerontology, Acapulco, Mexico, June 1989.
17. Noro A., Aro S. Health-Related Quality of Life among the Least Dependent Institutional Elderly Compared with the Non-institutional Elderly Population // *Quality of Life Research*. 1996. Vol. 5. Nr. 3. P. 355–366.

18. Osgood N. The Etiology and Prevention of Geriatric Suicide // Bohme K. *et al.* (Eds.) Suicidal Behavior. Proceedings of the XVIth Congress of the International Association for Suicide Prevention, Roderer-Verlag, 1993. P. 94–97.

19. Pearlman R. A., Uhlmann R. F. Quality of Life in Elderly, Chronically Ill Outpatients // *Journal of Gerontology*. 1991. Vol. 46. Nr. 2. P. M31–M38.

20. Sargautytė R., Kočiūnas R. Living with Arthritis: How to Overcome the Helplessness // *Abstr. Xth Biennial Meetings of ISSBD. Poster Exhibitions and Special Exhibitions*. 9–13 July 1989, Jyväskylä, Finland. P. 374.

21. Wachtler C. Risk Factors And Causes of Suicidality in Old Age: An Explanatory Model // Boh-

me K. *et al.* (Eds.) Suicidal Behavior. Proceedings of the XVIth Congress of the International Association for Suicide Prevention, Roderer-Verlag, 1993. P. 211–215.

22. Wenger G., Davies R., Shahtahmasebi S., Scott A. Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement // *Ageing and Society*. 1996. Nr. 16. P. 333–358.

23. Yang B. The Impact of the Economy on the Elderly Suicide Rate in the U.S.A. // Bohme K. *et al.* (Eds.) Suicidal Behavior. Proceedings of the XVIth Congress of the International Association for Suicide Prevention, Roderer-Verlag, 1993. P. 196–199.

## ASSESSMENT OF SUICIDAL RISK IN ELDERLY

Rasa Rudytė, Rūta Sargautytė

### Summary

The suicide rate is increasing in Lithuania, therefore it is very important to estimate the reasons of suicides in the target age groups. The aim of this study was to appraise the social environment, chronic illness and some demographic characteristics as the suicidal risk factors in elderly. The suicidal risk was assessed by Purpose in Life Test, Beck Hopelessness Scale, Chronic Illness Problem Inventory and a Semi-structured interview.

Sixty chronically ill subjects from 60 to 80 years old were assessed, 30 of them residing privately or with their families, and other 30 – in governmental

institutions for the care of elderly. The suicidal risk in the elderly was estimated as high. Various chronic illnesses caused problems in daily and social activity, interrupted relationships with family members and friends. Elderly residing in boarding houses experienced significantly lower feeling of the purpose in life, higher hopelessness level and more severe psychosocial problems. Singleness, absence of children and/or grandchildren decreased the psychological well-being and enhanced suicidal risk in elderly, especially those residing in boarding houses.