

## SAVIŽUDYBIŲ LYGIO DIFERENCIACIJA LIETUVOJE VIDUTINĖS TIKĖTINOS GYVENIMO TRUKMĖS DIDĖJIMO KONTEKSTE

Daumantas STUMBRYŠ  
LSTC Visuomenės geografijos ir demografijos institutas  
A. Goštauto g. 9, LT-01108 Vilnius  
El. paštas: daumantas.stumbrys@fsf.vu.lt

Viktorija ANDREIKĖNAITĖ  
VU MF Sveikatos mokslų institutas  
M. K. Čiurlionio g. 21, LT-03101 Vilnius  
El. paštas: v.andreikenaite@gmail.com

Arūnas GERMANAVIČIUS  
VU MF Klinikinės medicinos institutas, Psichiatrijos klinika  
M. K. Čiurlionio g. 21, LT-03101 Vilnius  
El. paštas: agermanavicius@gmail.com

**Santrauka.** Šiame straipsnyje, remiantis agreguotais Higienos instituto ir Lietuvos statistikos departamento duomenimis, nagrinėjama savižudybių lygio diferenciacija pagal lytį, amžių ir gyvenamąją vietovę, aptariama savižudybių prevencija Lietuvoje. Pagrindinis šio darbo tikslas – įvertinti, kokį poveikį vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimui nuo 2007 iki 2017 m. turėjo savižudybių lygio pokyčiai atskirose demografinėse Lietuvos gyventojų grupėse. Analizė atlikta naudojant vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dekompozicijos metodą. Nustatyta, kad iš visų analizėje nagrinėtų demografinių grupių savižudybės didžiausią poveikį vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimui turėjo tarp kaimo vyrų – 0,44 iš 6,77 metų. Didžiausi pozityvūs vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai dėl savižudybių užfiksuoti tarp vyrų, jaunesnių nei 40 metų amžiaus grupėse: mieste – 0,20 iš 0,22 metų, kaime – 0,32 iš 0,44 metų. Moterų savižudybių poveikis vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimui tiek mieste (-0,01 metų), tiek kaime (0,09 metų) buvo nežymus. Taigi pastarųjų metų savižudybių rodiklių kaita patvirtina vieną pagrindinių posovietinio mirtingumo modelio bruožų – selektyvius mirtingumo lygio pokyčius skirtingose demografinėse gyventojų grupėse.

**Raktažodžiai:** savižudybės, mirtingumo diferenciacija, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, Lietuva, savižudybių prevencija.

### Įvadas

Lietuva pasižymi itin aukštu mirtingumo dėl savižudybių lygiu jau daugiau nei tris dešimtmečius. Remiantis Eurostato duomenimis, trijų metų (2013–2015 m.) bendrieji standartizuoti savižudybių rodikliai Lietuvoje buvo 30,28, o visų Europos Sąjungos šalių bendras rodiklis siekė 10,91 mirčių, tenkančių 100 000 gyv. (OECD/EU, 2018). Nuo 1993 m. savižudybių skaičius sumažėjo 1,6 karto, tačiau šalis išlieka pirmoje vietoje tarp Europos šalių (OECD/EU

2018). Savižudybių lygis – vienas svarbiausių rodiklių, rodančių visuomenės psichikos sveikatos būklę (OECD/EU 2018). Sutariama, kad savižudybės – kompleksinė visuomenės sveikatos problema. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (OECD/EU 2018) pažymi, kad aukšti savižudybių rodikliai Lietuvoje susiję su daugeliu veiksnių, įskaitant greitus socialinius ir ekonominius pokyčius, didinančius psichologinį, socialinį nesaugumą. Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad mūsų psichikos sveikatos priežiūros sistema yra „neveiksminga ir nepakankamai skaidri“ (Pūras ir kt., 2013, 10): nevertinamas sistemos veiksmingumas, nesukurtos paskatos siekti naujovių, vykdyti nepriklausomą lėšų efektyvumo, žmogaus teisių apsaugos ir kitų sistemos veiklos rezultatų stebėseną (Pūras ir kt., 2013). Svarbu pažymėti, kad Lietuva iki šiol neturi ilgalaikės nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos.

Aukštas savižudybių lygis – daugelio posovietinių šalių problema. Šiose šalyse per trumpą laiką įvyko dramatiški istoriniai pokyčiai, kuriuos sekė savižudybių rodiklių svyravimai (Gailienė, 2005). Viena iš teorinių prieigų, kuria remiantis nagrinėjamas aukštas savižudybių lygis posovietinėse šalyse, yra psichosocialinio streso teorija (Cornia, Paniccia, 2000; Shkolnikov, 1998; 2004). Radikalūs makrosocialinio lygmens pokyčiai paliko negrįžtamą įspaudą žmonių gyvenimuose: tapatumo, savirealizacijos ir psichologinio atsparumo klausimais. Kai mas Lietuvoje nuo komunistinio režimo nukentėjo labiausiai, nes priverstinė kolektyvizacija ir beveik visiškai privачios nuosavybės sunaikinimas palietė pačią kaimo žmogaus egzistencijos esmę – sutraukė tradicinius bendruomenės ir šeimos ryšius, stūmė žmones į desperaciją (Gailienė, 1998). Šiandien vyresnio amžiaus kaimo gyventojų savižudybių rodikliai vis dar išlieka didžiausi tarp visų pagrindinių demografinių grupių.

Vienas iš pagrindinių Lietuvos gyventojų mirtingumo modelio bruožų – didelė mirtingumo diferenciacija skirtingose socialinėse-demografinėse gyventojų grupėse (Jasilionis ir kt., 2007; 2015; Stankūnienė, Jasilionis, 2011). Po Nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje prasidėjusios įvairios reformos – sveikatos sistemos, socialinė, ekonominė, kultūrinė – turėjo skirtingą poveikį socialinėms-demografinėms gyventojų grupėms. Dėl to didėjo savižudybių diferenciacija (Gailienė, 1998). Palyginus su sovietiniu laikotarpiu, pasikeitė rodiklių dinamikos tendencijos: mieste savižudybių daugėjo beveik taip pat, kaip ir kaime, negatyvios tendencijos beveik vienodai paveikė ir vyrus, ir moteris (Gailienė, 1998). Pastaraisiais metais atlikti mirtingumo diferenciacijos tyrimai rodo, kad mirtingumo dėl savižudybių diferenciacijos rodikliai išlieka aukšti (Jasilionis ir kt., 2015). Aukštesnė savižudybių rizika yra tarp kaimo gyventojų, mažiau išsilavinusių, bedarbių ar ekonomiškai neaktyvių asmenų. Palyginus 2001–2004 ir 2011–2013 m. su gyventojų surašymu sujungtais duomenimis paremtų tyrimų rezultatus, itin didelį nerimą kelia labai padidėjęs mirtingumo nuo savižudybių lygis ekonomiškai neaktyvių, negalią turinčių gyventojų grupėje (Jasilionis ir kt., 2015). Taigi mirtingumo dėl savižudybių diferenciacija išlieka aktualia demografijos mokslo ir gyventojų politikos tema, nepaisant to, kad vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo 2007 m. nuosekliai augo.

Straipsnį sudaro kelios dalys. Pirmoje straipsnio dalyje pristatomi analizės metu naudoti duomenys ir metodai. Antroje dalyje yra pateikiama trumpa Lietuvos gyventojų vidutinės

tikėtinos gyvenimo trukmės ir bendro savižudybių lygio pokyčių pastaraisiais dešimtmečiais apžvalga. Trečioje dalyje, naudojant amžiaus lyties piramidžių vizualizavimo metodą, nagrinėjama savižudybių lygio diferenciacija ir jos poveikis vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei. Straipsnio pabaigoje aptariami diskusiniai klausimai, savižudybių prevencinės priemonės.

## 1. Metodai ir duomenys

Mirtingumo diferenciacijos tyrimuose nagrinėjant kelių skirtingų populiacijų mirtingumo rodiklius dažniausiai naudojami standartizuoti mirtingumo rodikliai (angl. *standardized death rates*). Mirtingumo rodiklių standartizacija leidžia sumažinti nagrinėjamos populiacijos struktūros poveikį šiems rodikliams. Tokios analizės metu daroma prielaida, kad populiacijų struktūra, pagal gyventojų amžių, yra lygi pasirinktai standartinei populiacijos struktūrai. Taigi rodiklio reikšmė priklauso nuo to, kokios struktūros populiacija bus pasirinkta kaip standartinė.

Sugretinus dviejų skirtingų populiacijų vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę, populiacijos struktūros poveikis skaičiuojamiems rodikliams yra dar labiau sumažinamas, kadangi mirtingumo lentelės (angl. *life table*) yra sudaromos vienodai 100 000 gyventojų populiacijai. Kitaip tariant, taikant mirtingumo lentelių metodą tikėtina gyventojų struktūra priklauso nuo mirtingumo rodiklių skirtingose gyventojų amžiaus grupėse. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė apibrėžiama, kaip „tikimybinis rodiklis, rodantis, kiek vidutiniškai metų gyvens kiekvienas gimęs arba sulaukęs tam tikro amžiaus žmogus, jeigu visą būsimą tiriamos kartos gyvenimą mirtingumo lygis kiekvienoje gyventojų amžiaus grupėje nekis“ (Lietuvos statistikos departamentas 2018).

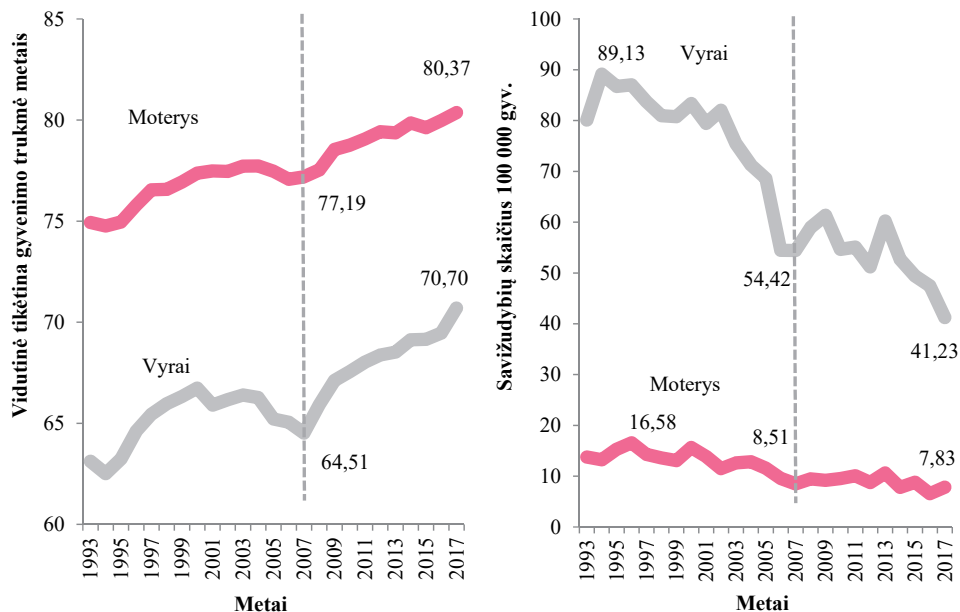
Demografiniuose tyrimuose dažnai sugretinami dviejų skirtingų populiacijų demografiniai rodikliai. Nustačius šių demografinių rodiklių skirtumus, kyla klausimas, kokie kiti demografiniai veiksniai darė poveikį šių rodiklių skirtumams ir kokio stiprumo šis poveikis buvo (Andreev, Shkolnikov, 2012). Siekiant įvertinti, kokį poveikį vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei turėjo savižudybių lygio pokyčiai atskirose demografinėse Lietuvos gyventojų kategorijose, buvo atlikta vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dekompozicija. Dekompozicijos metu nustatyta, kiek metų prie vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimo pridėjo mažėjantis mirtingumas dėl savižudybių skirtingose gyventojų grupėse. Dekompozicinė analizė atlikta remiantis Maxo Planko Demografinių tyrimo centro mokslininkų parengta metodika (plačiau apie šį metodą – Andreev, Shkolnikov, 2012). Tyrimui pasirinktas laikotarpis nuo 2007 iki 2017 m. Šio laikotarpio metu, tiek vyrų, tiek moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuosekliai didėjo.

Dekompozicinės analizės metu naudoti savižudybių rodikliai apskaičiuoti naudojant Higienos instituto pateiktus mirties atvejų pagal mirties priežastis ir demografinius kintamuosius (lytį, amžių, gyvenamąją vietovę) duomenis. Savižudybių rodikliai, tenkantys 100 000 gyventojų, apskaičiuoti naudojant Lietuvos statistikos departamento pateiktus vidutinio gyventojų skaičiaus atitinkamose demografinės gyventojų grupės duomenis. Gauti duomenys pateikti naudojant amžiaus lyties piramidžių metodą.

## 2. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ir savižudybių lygio pokyčiai Lietuvoje

Nuo 2007 iki 2017 m. Lietuvoje užfiksuotas didžiausias vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimas nuo to laiko, kai turime patikimus demografinius mirtingumo duomenis.<sup>12</sup> Per šį laikotarpį vidutinė tikėtina vyrų gyvenimo trukmė pailgėjo nuo 64,51 iki 70,70 metų (1 pav.). Moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė šiuo laikotarpiu taip pat nuosekliai didėjo – nuo 77,19 iki 80,37 metų, su nedidelėmis korekcijomis 2013 ir 2015 m. (Human Mortality Database, 2019).

1 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ir standartizuoti savižudybių rodikliai vyrų ir moterų populiacijoje Lietuvoje 1993–2017 m.



Šaltiniai: Higienos institutas, Lietuvos statistikos departamentas ir Human Mortality Database. Skaičiamai autorių.

Per šį laikotarpį vyrų ir moterų standartizuoti savižudybių rodikliai mažėjo, tačiau skirtingais tempais. Vyrų mirtingumo dėl savižudybių rodikliai 2017 m. buvo 5,27 karto didesni, tačiau nuo 2007 iki 2017 m. vyrų mirtingumo rodikliai sumažėjo 24,24 proc., o moterų tik 8,00 proc. Taigi vyrų standartizuoti savižudybių rodikliai mažėjo greičiau negu moterų. Be to, vyrų savižudybių rodikliams būdinga šuoliška kaita, o moterų savižudybių lygio rodiklių mažėjimas nuoseklesnis.

Anksčiau atlikti tyrimai (Stumbrys, 2018) rodo, kad pagrindinis veiksnys, prisidėję prie vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimo 2007–2015 m., buvo pozityvūs mirtingumo

<sup>12</sup> Human Mortality Database ([www.mortality.org](http://www.mortality.org)) yra sukaupti Lietuvos gyventojų mirtingumo duomenys nuo 1959 m.

dėl išorinių mirties priežasčių pokyčiai. Ši mirties priežasčių grupė lėmė 38,68 proc. viso nagrinėtu laikotarpiu užfiksuoto vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimo (Stumbrys, 2018). Tyrimų apie tai, kaip vyrų savižudybių lygio mažėjimas susijęs su pozityviais gyvenimo trukmės pokyčiais, straipsnio autoriams nėra žinoma. Kaip nėra žinoma tyrimų, kur būtų nagrinėjamos moterų savižudybių lygio Lietuvoje sąsajos su jų vidutinė tikėtinos gyvenimo trukmės kaita.

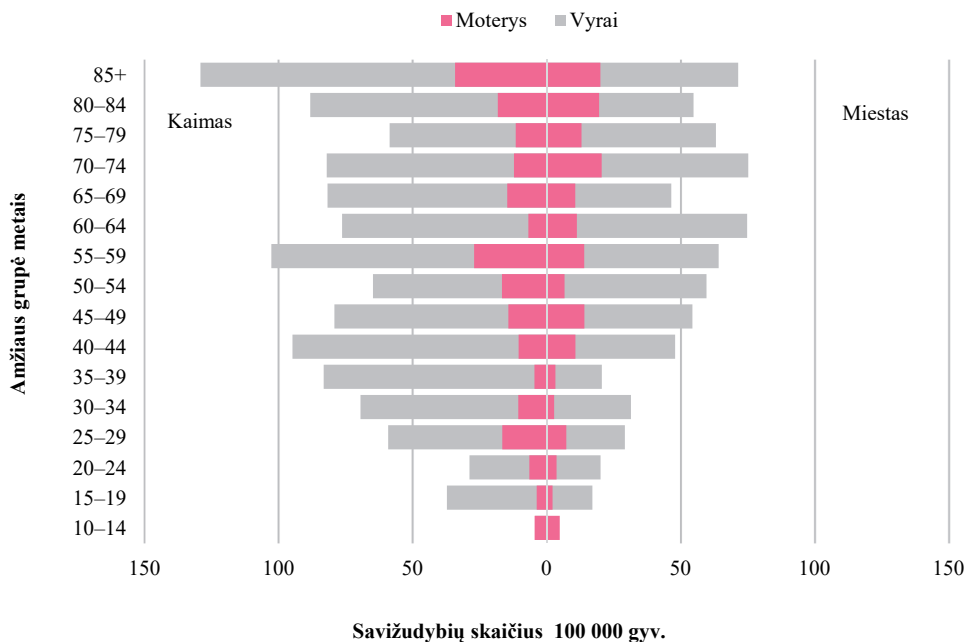
### 3. Tyrimo rezultatai

Lietuvoje, kaip ir kitose Europos Sąjungos šalyse, vyrų savižudybių rodikliai yra kelis kartus didesni negu moterų (OECD/EU (2018)). Tačiau savižudybių rodiklių analizė naudojant amžiaus lyties piramidžių duomenų vaizdavimo metodą atskleidė, kad vyrų ir moterų savižudybių struktūra 2017 m. turėjo daug panašumų: kaimo gyventojų savižudybių rodikliai buvo didesni negu miesto, su didžiausia savižudybių rizika susidūrė vyriausio amžiaus gyventojų grupės, mažiausi savižudybių rodikliai buvo tarp jauniausio amžiaus gyventojų grupių (2 pav.). Vis dėlto vyrų ir moterų savižudybių amžiaus lyties piramidės turėjo ir skirtumų. Savižudybių rodiklių skirtumai pagal gyvenamąją vietovę buvo didesni tarp vyrų, negu tarp moterų. Beveik visose vyrų amžiaus grupėse, išskyrus vieną (75–79 m. amžiaus), kaimo gyventojų savižudybių rodikliai buvo didesni negu miesto. Tarp moterų, gyvenančių kaime, savižudybių rodikliai buvo didesni vienuolikoje amžiaus grupių, o tarp moterų, gyvenančių mieste, – šešiose amžiaus grupėse. Taigi savižudybių rodiklių skirtumai pagal gyvenamąją vietovę 2017 m. buvo didesni tarp vyrų, tačiau diferenciacija pagal amžiaus grupes – didesnė tarp moterų.

Vyrų savižudybių rodiklių skirtumai pagal gyvenamąją vietovę 2017 m. varijavo priklausomai nuo vyrų amžiaus grupių. Mieste gyvenančių vyrų savižudybių skaičius 100 000 gyv. metais buvo 1,63 karto didesnis negu kaime. Šio rodiklio reikšmės 2017 m. kaime buvo 60,93, o mieste – 37,36. Tačiau kai kuriose amžiaus grupėse šie skirtumai buvo dar didesni (2 pav.). Vyrų amžiaus grupėje iki 40 metų bendras savižudybių rodiklis kaime siekė 37,01, o mieste – 16,21. Didelis miesto ir kaimo vyrų savižudybių rodiklių skirtumas užfiksuotas ir tarp vyriausio amžiaus gyventojų grupės (85 ir daugiau metų). Mažiausi savižudybių rodikliai pagal gyvenamąją vietovę užfiksuoti tarp vidutinio ir vyresnio amžiaus vyrų – 45–84 m. amžiaus grupėje. Taigi vyrų savižudybių rodiklių skirtumai pagal gyvenamąją vietovę buvo didžiausi tarp jauniausio ir tarp vyriausio amžiaus gyventojų grupių.

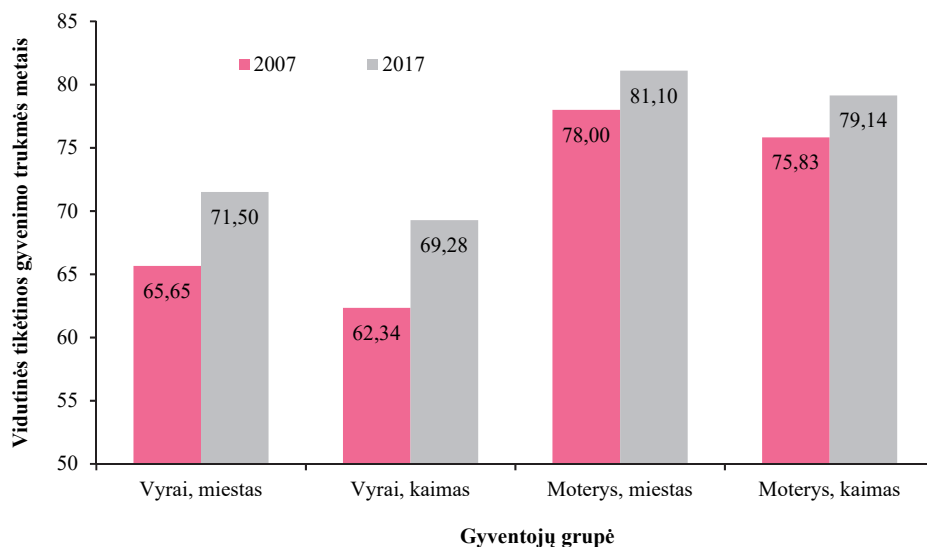
Analizės rezultatai rodo, kad vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė visose nagrinėtos demografinės grupės didėjo. Vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimas 2007–2017 m. buvo apie du kartus didesnis negu moterų. Tai reiškia, kad bendras moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės atotrūkis nuo vyrų mažėjo. Svarbu pažymėti, kad šio rodiklio reikšmė išlieka didžiausia tarp visų Europos Sąjungos šalių (OECD/EU, 2018). Daugiausiai vidutinė tikėtina gyvenimo ilgėjo tarp kaime gyvenančių vyrų – 6,94 metų.

**2 pav.** Mirties atvejų skaičius 100 000 gyv., pagal amžiaus grupes, lytį ir gyvenamąją vietovę 2017 m. Lietuvoje



*Šaltiniai:* Higienos institutas ir Lietuvos statistikos departamentas. Skaičiavimai autorių.

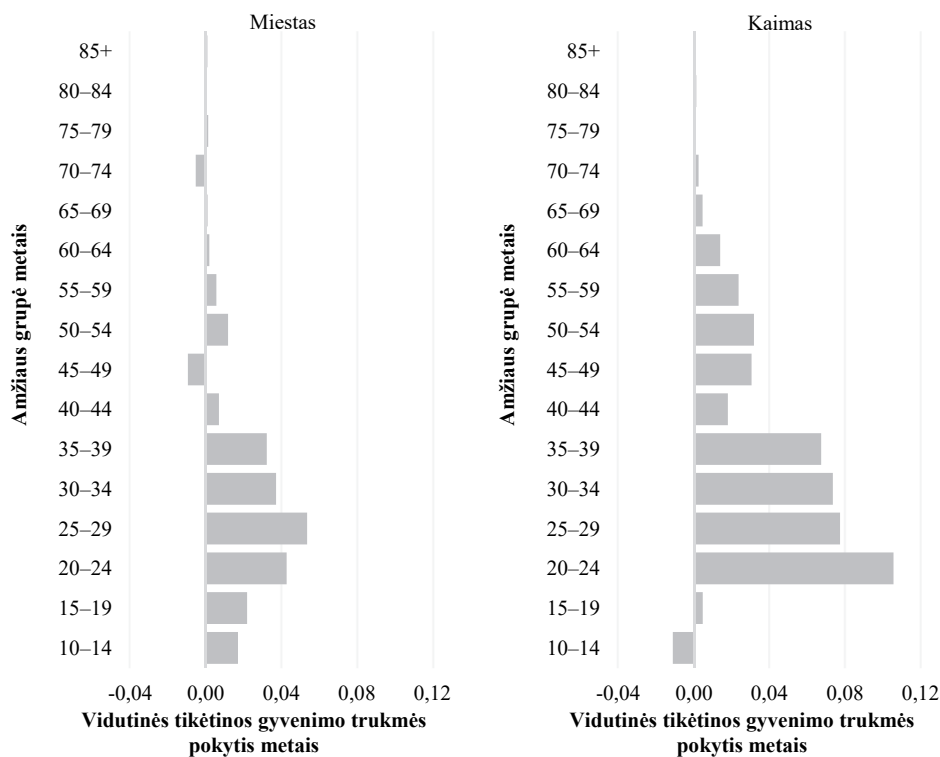
**3 pav.** Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pagal lytį ir gyvenamąją vietovę 2007 ir 2017 m.



*Šaltiniai:* Higienos institutas ir Lietuvos statistikos departamentas. Skaičiavimai autorių.

Dekompozicinės analizės rezultatai rodo, kad vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimui 2007–2017 m. daugiausiai įtakos turėjo mirtingumo dėl savižudybių mažėjimas tarp jaunesnio amžiaus gyventojų grupių (4 ir 6 pav.). Tarp mieste gyvenančių vyrų savižudybių lygio mažėjimas lėmė 0,22 metų, o tarp kaime – 0,44 metų bendro vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimo. Didžioji dalis pozityvių vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčių buvo susiję su savižudybių lygio mažėjimu tarp jaunesnių nei 40 metų vyrų (mieste – 0,2 metų, kaime – 0,32 metų). Taigi galima teigti, kad vidutinio ir vyriausio amžiaus vyrų grupės, kuriose savižudybių rodikliai yra didžiausiai, prie bendros vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės augimo prisidėjo mažiausiai.

**4 pav.** Vyrų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokytis metais, nulemtas mirtingumo dėl savižudybių pokyčių Lietuvoje 2007–2017 m. mieste ir kaime

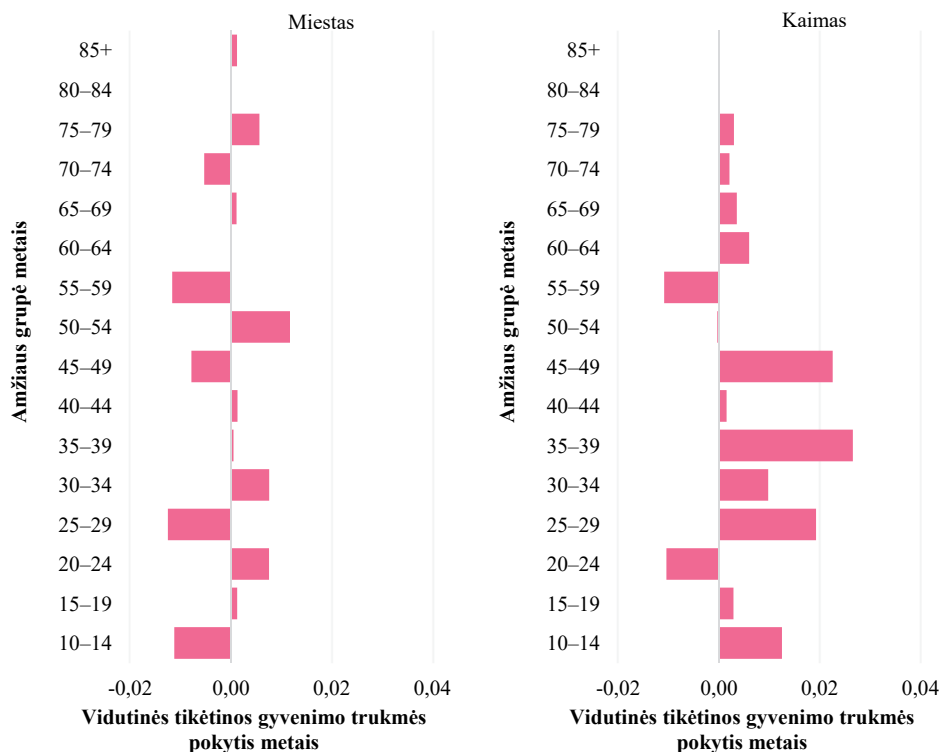


Šaltiniai: Higienos institutas ir Lietuvos statistikos departamentas. Skaičiavimai autorių.

Moteryų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dekompozicinės analizės pokyčiai prieštaringi. Tarp mieste gyvenančių moterų savižudybių poveikis vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiams 2007–2017 m. buvo artimas nuliui (-0,01 metų). Skirtingose amžiaus grupėse savižudybių lygio pokyčių poveikis vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiams buvo priešingas, todėl gauta amžiaus lyties piramidė labiau primena kopėčių, negu demografijoje įprastą matyti piramidės siluetą (5 pav.). Tarp kaime gyvenančių moterų buvo užfiksuoti didesni teigiami vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai dėl savižudybių lygio mažėjimo,

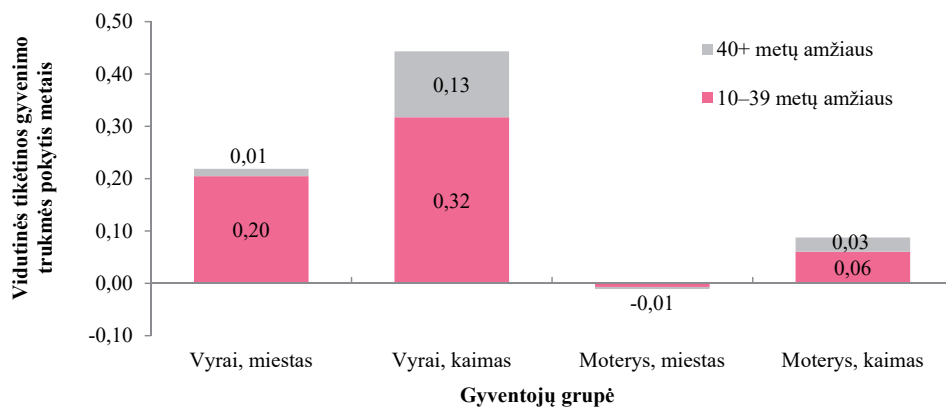
negu tarp miesto moterų, tačiau moterų savižudybių poveikis bendram vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimui buvo minimalus (0,09 metų).

**5 pav.** Moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokytis metais nulemtas mirtingumo dėl savižudybių pokyčių Lietuvoje 2007–2017 m. mieste ir kaime



Šaltiniai: Higienos institutas ir Lietuvos statistikos departamentas. Skaičiavimai autorių.

**6 pav.** Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokytis metais, nulemtas mirtingumo dėl savižudybių pokyčių Lietuvoje 2007–2017 m. (pagal lytį, gyv. vietovę ir amžiaus grupes)



Šaltiniai: Higienos institutas ir Lietuvos statistikos departamentas. Skaičiavimai autorių.



Apibendrinant dekompozicinės analizės rezultatus, galima teigti, kad dėl mažėjančių savižudybių rodiklių 2007–2017 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė daugiausiai didėjo tarp kaime gyvenančių vyrų. Šie pokyčiai didžiaja dalimi buvo susiję su savižudybių lygio mažėjimu tarp jaunesnių negu 40 metų gyventojų. Savižudybių lygio pokyčių poveikis moterų vidutinei tikėtinai gyvenimo trukmei buvo nežymus. Analizės metu gauta informacija galėtų būti svarbi socialinės ir sveikatos politikos formuotojams, siekiant tikslingai nukreipti savižudybių prevencijos priemones į tas demografines grupes, kurias pozityvūs savižudybių lygio pokyčiai paliečia mažiausiai.

#### **4. Diskusija: savižudybių rizikos grupės ir kryptingos prevencijos stoka**

Dekompozicinės analizės rezultatai rodo, kad savižudybių lygio pokyčiai turėjo skirtingą poveikį vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimui skirtingose demografinėse grupėse. Dėl mažėjančių savižudybių rodiklių vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė labiausiai didėjo tarp jaunesnio amžiaus vyrų grupių. Kitaip tariant, savižudybių rodikliai labiausiai mažėjo tose vyrų amžiaus grupėse, kur jie ir taip buvo santykinai maži. Šį reiškinį galima nagrinėti remiantis kartos efekto hipoteze. Mažesnis jauno amžiaus vyrų savižudybių lygis galėtų būti siejamas su nauja karta, kuriai būdingos mažiau žalingos su sveikata susijusios gyvensenos praktikos, mažesnis psichosocialinio streso lygis, geresnė šios gyventojų grupės psichikos sveikata.

Nagrinėjant savižudybių diferenciaciją, svarbu atkreipti dėmesį į savižudybių prevencijos priemonių kryptingumą ir jų veiksmingumą. Savižudybių prevencija yra tarpdisciplininė sritis, neatsiejama nuo visuomenės sveikatos prevencinių planų įgyvendinimo, taip pat ir psichologinių žmogaus savybių, socialinių, ekonominių sąlygų, istoriškai, kultūriškai fenomenalių ir tik tai šaliai būdingų savybių. Lietuvoje būta daug bandymų, siekiant įgyvendinti savižudybių prevencijos idėjas, suburta daug darbo grupių, kuriant savižudybių prevencijos planus, strategijas. Vis dėlto vieni didžiausių pasaulyje savižudybių rodiklių rodo, kad Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklė yra prasta, o savižudybių prevencija susiduria su didžiuliais sunkumais. Valstybinio audito ataskaitoje pažymima, kad „Lietuvoje savižudybių prevencijos priemonės planuojamos netinkamai, nėra visapusės pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims teikimo sistemos“ (Valstybinio audito ataskaita, 2017).

Nuo 2015 m. kai kuriose Lietuvos savivaldybėse prasidėjo teigiami pokyčiai savižudybių prevencijos srityje: Vilniaus miesto savivaldybėje įsteigta savižudybių prevencijos memorandumo darbo grupė. Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių prevencijos 2016–2019 m. strategijos rėmuose paruošta specialistų pagal tarptautines programas: ASSIP<sup>13</sup>, CAMS<sup>14</sup>,

<sup>13</sup> ASSIP trumpalaikė terapija susideda iš keturių sesijų, paskui vyksta susirašinėjimas laiškais su psichoterapeutu. Pirmoje sesijoje vyksta interviu pokalbis su pacientu, kuris neseniai bandė žudyti. Šis interviu pokalbis yra išrašomas vaizdo medžiagai su paciento sutikimu. Antroje sesijoje vyksta vaizdo įrašo atkūrimas. Pacientas ir psichoterapeutas žiūri įrašytą interviu pokalbį kartu, vaizdo žiūrėjimas nuolat nutraukiamas dėl papildomos informacijos. Pacientas gauna papildomą mokomąją medžiagą namų darbams, kad galėtų skaityti ir komentuoti. Trečioje sesijoje pacientas rašo dienoraščio tipo laišką jau tuomet, kai yra atitolęs nuo krizinės būklės. Pacientui išduodamos individualios kreditingės kortelės dydžio prevencinės rekomendacijos, kad jis visuomet turėtų jas šalia. Ketvirtoje sesijoje vyksta mini-ekspozicija. Praktikuojama saugos strategija, naudojant įrašytą vaizdo interviu pokalbį. Galiausiai vyksta paciento ir psichoterapeuto susirašinėjimas laiškais, kuris tęsiasi 2 metus; pirmus 3 mėnesius pirmais metais ir 6 mėnesius antrais metais (Gysin-Maillart, 2016). Laiškų metodas galutinėje fazėje padeda palaikyti klientą psichologiškai, skatinamas žmogiškasis ryšys. Tai yra itin svarbu po bandymų žudyti.

<sup>14</sup> CAMS – tai mokslo įrodymais grįstas pagalbos metodas asmenims, galvojantiems apie savižudybę. CAMS metodas yra sukurtas Amerikoje, tačiau per pastaruosius 30 m. išplito ir Europoje. Šis metodas specialistams padeda nustatyti savižudybės riziką ir planuoti tolimesnę pagalbą bei stebėti pagalbos teikimo efektyvumą. Išsamūs metodo tyrimai rodo, kad jis yra lankstus ir lengvai pritaikomas, o jo naudojimas stipriai sumažina savižudybės riziką: patiriamą psichologinę kančią, mintis apie savižudybę ir mėginimus nusižudyti (Jobes, 2016).

SafeTALK<sup>15</sup> ir ASIST<sup>16</sup>. 2017 m. birželio mėn. dalis šių programų buvo įtrauktos į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą gydytojų, slaugytojų, odontologų, farmacininkų ir visuomenės sveikatos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimosi sąrašą. Remiantis Savizudybių prevencijos mokytojų asociacijos duomenimis, pagal šias dvi standartizuotas mokymo programas Lietuvoje 2016–2019 m. buvo apmokyti 13425 vartininkai. Šiomis programomis apmokyti šių specialybių atstovai: policijos pareigūnai, ugniagesiai-gelbėtojai, pagalbos linijų savanoriai, ugdymo įstaigų bendruomenės, pirminės, antrinės ir tretinės grandies medicinos personalas, įkalinimo įstaigų darbuotojai, psichologai, psichoterapeutai, socialiniai darbuotojai ir kt. Vilniaus miesto 2016 m. savizudybių atvejų analizė (Skruibis, 2018) parodė, kad beveik pusė nusižudžiusių turėjo diagnozuotus psichikos sveikatos sutrikimus ir lankėsi pas psichiatrą paskutiniu metu. Vis dėlto psichikos sveikatos specialistai arba neatpažino savizudybės rizikos, arba pagalbos teikimas nebuvo pakankamai efektyvus, kad užkirstų kelią savizudybei. Tikėtina, kad panašūs sunkumai egzistuoja ir kitose savivaldybėse. Todėl siekiama suteikti bendruomenėse dirbantiems specialistams įgūdžius naudoti „bendradarbiavimu grįsto savizudybės rizikos vertinimo ir valdymo“ (CAMS) metodą.

Kita, šiuo metu taip pat tik Vilniuje taikoma efektyvi trumpoji terapija žmonėms, mėginusiems nusižudyti, yra ASSIP. ASSIP terapija rekomenduojama visiems pacientams po bandymo žudytis. Dažniausiai rizika išlieka ir po bandymų žudytis pačiais pirmaisiais metais. ASSIP yra specifinė terapija, kuria siekiama, kad pacientas suprastų savizudybės priežastis krizės fone. Taip pat ši terapijos technika pasižymi individualaus saugumo plano parengimu ateičiai. ASSIP nepakeičia jokio kito rekomenduojamo tolimesnio gydymo. Šeimos gydytojai dalyvauja paciento gydyme, nes jie būna informuoti apie teikiamas procedūras ir gauna visos gydymo istorijos kopiją. ASSIP terapijos technika yra kilusi iš Šveicarijos, ji plačiai taikoma dėl aiškaus principo, instrumento ir paprastumo. Pastaruoju metu Lietuvoje priimta keletas svarbių savizudybių prevencijos dokumentų. Sveikatos apsaugos ministerijoje įsteigtas Psichikos sveikatos skyrius (2019 m. spalio mėn.), kuris koordinuoja psichikos sveikatos sritį, įskaitant savizudybių prevenciją. Sveikatos apsaugos ministras patvirtino savizudybės grėsmę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašą<sup>6</sup> ir veiksmų bei atsakomybės už savizudybių krizę ar bandymą atlikti savizudybę algoritmą<sup>7</sup>. Abiejų dokumentų įgyvendinimas svarbus, užtikrinant pagalbą į savizudišką elgesį linkusiems asmenims bei aiškias funkcijas įstaigoms.

Nagrinėjant mirtingumą dėl savizudybių, svarbu atkreipti dėmesį, kad realus savizudybių lygis gali būti didesnis už oficialią statistiką. Dalis savizudybių gali slėptis po mirties priežasties kodu Y10–Y34 – nepatikslintas ketinimas. Tokiais atvejais, kai kūnas būna visiškai sumaitotas ar suiręs, nustatyti, ar tai buvo savizudybė, neįmanoma. Ir nors savizudybių rodiklis rodo mažėjimo tendenciją, mirtingumas dėl nepatikslintų mirties priežasčių bei mirtingumas dėl nepatikslinto ketinimo rodo priešingas tendencijas. Jis ypač išauga 2006–2011 m. Dalis šių nepatikslintų mirčių atkeliauja iš užsienio. Tarptautiniai tyrimai rodo, kad dalis savizudybių gali slypėti po šiomis mirtimis (De Leo, 2015). Taigi ši sritis reikalauja išsamesnio tyrimo ateityje.

<sup>15</sup> SafeTALK – 4 val. trukmės mokymai, skirti atpažinti savizudybės riziką ir nukreipti asmenį specialisto pagalbai.

<sup>16</sup> ASIST – savizudybių intervencijos įgūdžių mokymai – 2 dienų (16 val.) kursai, kurių metu visi suaugę asmenys mokomi atpažinti savizudybės riziką ir atlikti intervenciją, kuri gali sumažinti savizudybės riziką „čia ir dabar“.

Kitas svarbus veiksnys, susijęs su savižudybių epidemija Lietuvoje, yra nesaikingo alkoholio vartojimo kultūra. Alkoholio vartojimo rodikliai Lietuvoje jau kelis dešimtmečius išlieka vieni didžiausių tarp visų Europos Sąjungos šalių (OECD/EU, 2018). Vilniaus krašte atlikti tyrimai rodo, kad 62,1 proc. nusizudžiusių vyrų ir 31,2 proc. nusizudžiusių moterų kraujyje buvo rasta alkoholio (Benošis, Žukauskas, 2008, 1501). Neatlikus išsamių tyrimų, sunku pasakyti, ar būtent alkoholis tapo savižudybės priežastimi, tačiau akivaizdu, kad nesaikingas alkoholio vartojimas galėtų būti siejamas su dideliais savižudybių rodikliais Lietuvoje. Be to, anksčiau atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad savižudybių rodikliai sovietmečiu buvo sumažėję tuo laikotarpiu, kai buvo įgyvendintos reformos, susijusios su alkoholio prieinamumo mažinimu (Värnik ir kt., 2001).

Mūsų analizės rezultatai rodo, kad vyresnio ir vyriausio amžiaus gyventojų savižudybių lygio pokyčiai neturėjo teigiamo poveikio vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimui. Tai reiškia, kad ši gyventojų amžiaus grupė stokoja tikslingų savižudybių prevencijos priemonių. Šios priemonės ypač svarbios socialinės atskirties ir vienišumo (Mikulionienė, 2018), o tuo pačiu ir savižudybių problemos prevencijai. Aktyvia savižudybių prevencija užsiima emocinės paramos linijos<sup>17</sup>, kurių specialistai ar savanoriai įgyja savižudybių intervencijos įgūdžių per gana trumpą laikotarpį (Skrubis ir kt., 2019). Tačiau tikslingų nacionalinio lygmens priemonių, nukreiptų į vyresnio amžiaus gyventojų savižudybių prevenciją vis dar trūksta.

## Literatūra

- Andreev E. M., Shkolnikov V. M. (2012). An Excel spreadsheet for the decomposition of a difference between two values of an aggregate demographic measure by stepwise replacement running from young to old ages. *Rostock: Max Planck Institute for Demographic Research (MPIDR Technical Report TR–2012–002)*.
- Benošis A., Žukauskas G. P. (2008). Kai kurios susijusios su alkoholio vartojimu, mirties priežastys tarp pagyvenusių žmonių. *Sveikatos mokslai*, 1, pp.1499-1506.
- Cornia G. A., Panicià R. eds. (2000). *The mortality crisis in transitional economies*. OUP Oxford.
- De Leo D. (2015). Can We Rely on Suicide Mortality Data? *Crisis*; 36 (1):1-3.
- Gailienė D. (1998). Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje. Vilnius: Tyto alba.
- Gailienė D. (2005). Užburtame rate: savižudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija*, 31, pp.7-15.
- Gysin-Maillart A., Schwab S., Soravia L., Megert M., Michel K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS medicine*, 13(3), p.e1001968.
- Higienos institutas. (2019). Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalas. Prieiga internete: <https://stat.hi.lt/default.aspx> (žiūrėta 2019 m. spalio 20 d.).
- Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Prieiga internete: [www.mortality.org](http://www.mortality.org) or [www.humanmortality.de](http://www.humanmortality.de) (žiūrėta 2019 m. spalio 17 d.).

---

<sup>17</sup> „Vaikų linija“, „Jaunimo linija“, „Pagalbos moterims linija“, „Vilties linija“, „Sidabrinė linija“, Kupiškio emocinės paramos linija pagyvenusiems žmonėms „Tavo laikas“.

- Jasilionis D., Shkolnikov V. M., Andreev E. M., Jdanov D. A., Ambrozaitiene D., Stankuniene V., Meslé F., Vallin J., Rogers G. (2007). Sociocultural mortality differentials in Lithuania: results obtained by matching vital records with the 2001 census data. *Population*, 62(4), pp.597-646.
- Jasilionis D., Stankūnienė V., Maslauskaitė A., Stumbrys D. (2015). Lietuvos demografinių procesų diferenciacija.
- Jobes D. A. (2015). The CAMS approach to suicide risk: philosophy and clinical procedures. *Suicidologi*, 14(1).
- Lietuvos statistikos departamentas. (2019). Oficialiosios statistikos portalas. Prieiga internete: <https://osp.stat.gov.lt> (žiūrėta 2019 m. spalio 20 d.).
- Mikulionienė S., Rapolienė G., Valavičienė N. (2018). Vyresnio amžiaus žmonės, gyvenimas po vieną ir socialinė atskirtis. Monografija.
- OECD/EU. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Prieiga internete: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en).
- Pūras D., Šumskienė E., Veniūtė M., Šumskas G., Juodkaitė D., Murauskienė L., Mataitytė-Diržienė J., Šliužaitė D. (2013). *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Shkolnikov V. M., Andreev E. M., Leon D. A., McKee M., Meslé F., Vallin J. (2004). Mortality reversal in Russia: the story so far. *Hygiea Internationalis*, 4(1), pp.29-80.
- Shkolnikov V. M., Cornia G. A., Leon D. A., Meslé F. (1998). Causes of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations. *World development*, 26(11), pp.1995-2011.
- Skruibis P., Gailienė D., Rimkevičienė J., Geleželytė O., Latakienė J., Lošakevičius A., Mažulytė E. (2018). Mokslinio tyrimo „Vaikų ir suaugusiųjų savižudybių įvykusių 2016 m. lapkričio – 2017 m. spalio mėnesiais Vilniaus mieste analizė“. Vilniaus universitetas: Vilnius.
- Skruibis P., Astrauskas K., Mazulyte-Rasytine E. (2019). Changes in prospective helpline volunteers' suicide intervention skills throughout the initial training. *Death studies*, pp.1-5.
- Stankūnienė V., Jasilionis D. (2011). Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros prieštaringi pokyčiai. *Filosofija. Sociologija*, 22(4), pp.334-347.
- Stumbrys D. (2018). Vyrų mirtingumo mažėjimas Lietuvoje: nuosekli raida ar trumpalaikiai pokyčiai? *Filosofija. Sociologija*, 29(2), pp.119-125.
- Valstybinio audito ataskaita. Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems su savižudybės rizika. Valstybės kontrolė. 2017.
- Värnik A., Wasserman D., Palo E., Tooding L. M. (2001). Registration of external causes of death in the Baltic States 1970–1997. *The European Journal of Public Health*, 11(1), pp.84-88.

**1 priedas.** Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčiai pagal mirties priežastis ir amžiaus grupės

Amžiaus grupės metais	Savižudybės				Kitos mirties priežastys			
	Vyrai		Moterys		Vyrai		Moterys	
	Miestas	Kaimas	Miestas	Kaimas	Miestas	Kaimas	Miestas	Kaimas
0	0,000	0,000	0,000	0,000	0,370	-0,028	0,376	0,141
1–4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,017	0,089	0,058	0,028
5–9	0,000	0,000	0,000	0,000	0,027	0,001	0,013	0,090
10–14	0,017	-0,011	-0,011	0,012	-0,002	0,100	0,066	0,057
15–19	0,022	0,005	0,001	0,003	0,113	0,245	0,070	0,028
20–24	0,043	0,106	0,008	-0,010	0,288	0,393	0,001	0,014
25–29	0,054	0,077	-0,013	0,019	0,258	0,507	0,097	0,128
30–34	0,037	0,073	0,008	0,010	0,256	0,562	0,068	0,030
35–39	0,032	0,067	0,000	0,027	0,339	0,755	0,056	0,194
40–44	0,007	0,018	0,001	0,001	0,511	0,519	0,185	0,122
45–49	-0,010	0,030	-0,008	0,023	0,709	0,672	0,169	0,301
50–54	0,012	0,032	0,012	0,000	0,680	0,834	0,248	0,407
55–59	0,006	0,024	-0,012	-0,011	0,692	0,770	0,376	0,422
60–64	0,002	0,014	0,000	0,006	0,592	0,552	0,334	0,426
65–69	0,001	0,005	0,001	0,004	0,323	0,289	0,179	0,119
70–74	-0,005	0,002	-0,005	0,002	0,144	0,209	0,214	0,171
75–79	0,001	0,000	0,006	0,003	0,194	0,060	0,336	0,197
80–84	0,000	0,001	0,000	0,000	0,091	0,107	0,276	0,221
85+	0,001	0,000	0,001	0,000	0,027	0,034	-0,012	0,131
<b>Iš viso:</b>	<b>0,219</b>	<b>0,443</b>	<b>-0,011</b>	<b>0,088</b>	<b>5,628</b>	<b>6,670</b>	<b>3,111</b>	<b>3,228</b>

## SUICIDE MORTALITY DIFFERENTIALS IN THE CONTEXT OF LIFE EXPECTANCY INCREASE IN LITHUANIA

Daumantas STUMBRYŠ

Institute of Human Geography and Demography of LSRC

A. Goštauto st. 9, LT-01108 Vilnius

E-mail: daumantas.stumbrys@fsf.vu.lt

Viktorija ANDREIKĖNAITĖ

Vilnius University Faculty of Medicine Institute of Health Sciences

M. K. Čiurlionio st. 21, LT-03101 Vilnius

E-mail: v.andreikenaitė@gmail.com

Arūnas GERMANAVIČIUS

Vilnius University Faculty of Medicine Institute of Clinical Medicine

M. K. Čiurlionio st. 21, LT-03101 Vilnius

E-mail: agermanavicius@gmail.com

**Summary.** This paper examines the differentiation of suicide rates by gender, age, and place of residence. The analysis is based on aggregated data from The Institute of Hygiene (Lithuania) and Statistics Lithuania. The aim of this analysis is to evaluate the contribution of suicide mortality rates to changes in life expectancy in different demographic groups in Lithuania. Analysis period covers period from 2007 to 2017. The analysis was conducted by using life expectancy decomposition method. The decrease in suicide rates among rural men was found to have the greatest contribution to the increase in life expectancy – 0.44 out of 6.77 years of overall life expectancy increase. The greatest positive changes in life expectancy due to the decrease in suicide rates were recorded among men under 40 years: 0.20 out of 0.22 years of life expectancy increase in all age groups in urban areas and 0.32 out of 0.44 years of life expectancy increase in all age groups in rural areas. Female suicide contribution to the increase in life expectancy was close to zero in both urban (-0.01 years) and rural (0.09 years) areas. Thus, changes in suicide rates confirm one of the key features of the post-soviet mortality model, i.e. selective changes in mortality rates across different demographic groups.

**Keywords:** suicide, mortality differentials, life expectancy, Lithuania, suicide prevention.