

I.3 ŽELJA PO SMRTI IN RAZLIČNI VIDIKI SAMOMORILNOSTI MED STAREJŠIMI ODRASLIMI V SLOVENIJI

Saška Roškar,

Nacionalni inštitut za javno zdravje

I./50

Ključne ugotovitve:

- V Sloveniji je približno 7 % prebivalcev, starih 50 let in več, v zadnjem mesecu na kakršenkoli način (pasivne ali aktivne misli) razmišljalo o samomoru oziroma o tem, da si želijo umreti.
- Delež prebivalcev, ki so v zadnjem mesecu na kakršenkoli način razmišljali o samomoru oziroma so izražali željo po smrti, se razlikuje glede na spol (več žensk), starost (delež narašča s starostjo), izobrazbo (večji delež pri manj izobraženih), način življenja (večji delež pri tistih, ki živijo sami) in finančno stanje gospodinjstva (večji delež pri tistih, ki težje shajajo).
- Delež prebivalcev, ki so v zadnjem mesecu na kakršenkoli način razmišljali o samomoru oziroma so izražali željo po smrti, se razlikuje tudi glede na prisotnost depresije v zadnjem mesecu ali diagnoze čustvenih motenj (večji delež pri tistih z depresijo in čustvenimi motnjami), število kroničnih bolezni (večji delež pri tistih z več boleznimi), dolgotrajne bolezni (večji delež pri tistih, ki imajo dolgotrajne bolezni) in omejenost aktivnosti (večji delež pri bolj omejenih).
- Med državami, ki so sodelovale v raziskavi, se Slovenija glede na delež oseb, starih 50 let in več, ki so v zadnjem mesecu imele kakršnekoli samomorilne misli oziroma željo po smrti, uvršča v povprečje.

1. Uvod

Samomor je statistično gledano precej redka oblika smrti, a kljub temu sodi med poglavitne vzroke smrtnosti v številnih državah po svetu in v Evropi. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije zaradi samomora vsako leto umre približno 800.000 ljudi (www.iasp.info/wspd), vsaj desetkrat toliko pa jih samomor poskuša narediti (Bertolote in Fleischmann, 2002). Variabilnost umrljivosti zaradi samomora po svetu je zelo velika, in Slovenija spada med države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene. Povprečen samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev) v Sloveniji je v obdobju 2003–2013 znašal 23,06 (36,76 za moške in 9,78 za ženske; Baza umrlih, NIJZ, 2014). Samomorilnost starejših, predvsem tistih nad 65 let, je bila v enakem obdobju v primerjavi s celotno populacijo v Sloveniji bistveno višja (približno dvakrat). Podobno so imeli slovenski starostniki vsaj dvakrat višji količnik samomora kot skupno povprečje 27 članic Evropske unije (Roškar, 2010).

1.1. Samomorilni proces

Samomor se le redko zgodi v trenutku, saj gre običajno za postopen razvoj t. i. samomorilnega procesa. To pomeni, da samomorilnemu dejanju mnogokrat predhodijo blažje oblike samomorilnega vedenja, kot so samomorilne misli, samomorilni načrt, namen in na koncu samomorilni poskus, ki se lahko konča s smrtjo (Neeleman, De Graaf in Vollebergh, 2004; van Heeringen, 2001a). Na ravni samomorilnih misli ločimo dve pojavnosti: pasivne in aktivne samomorilne misli. O pasivnih samomorilnih mislih govorimo takrat, kadar oseba npr. razmišlja o tem, da želi, da bi umrla ali da bi se ji zgodilo nekaj, kar bi za posledico imelo njeno smrt. Takšne pasivne samomorilne misli torej niso neposredno usmerjene proti samemu sebi oziroma niso usmerjene v to, da bi oseba sama kaj naredila v smeri končanja lastnega življenja. Zato tudi ne moremo trditi, da vsako razmišljanje o smrti dejansko pomeni samomorilni vzgib ali željo. Drugače je pri aktivnih samomorilnih mislih, ko oseba razmišlja o tem, da bi naredila samomor (torej ne samo o tem, da želi umreti), oziroma o tem, da bi sama končala svoje življenje. Odstotek starejših, ki izražajo pasivne samomorilne misli ali željo po smrti, s starostjo narašča (Ayalon in Sharon, 2011). Avtorji so ugotavljali (Beautrais, 2001), da med populacijo dokončanih samomorov prevladujejo moški, medtem ko je pri poskusih samomora več žensk. Za ženske tudi velja, da v primerjavi z moškimi večkrat navajajo samomorilne misli in samomorilni načrt (Bernal idr., 2007; Kamin idr., 2009). Starostniki o svojih samomorilnih mislih redkeje poročajo v primerjavi z mlajšimi, kljub temu pa v študijah ocenjujejo, da med 2,3 in 17 % starostnikov doživlja občutke nezadovoljstva z življenjem in posledično brezizhodnost ali samomorilne misli (De Leo in Scocco, 2002).

Čeprav je razvoj samomorilnega vedenja redko posledica enega dejavnika tveganja, se avtorji na podlagi ugotovitev iz različnih študij nagibajo k temu, da najpomembnejše tveganje za pojav samomorilnega vedenja predstavlja prisotnost duševne motnje. Ocenjujejo, da je med osebami, starejšimi od 65 let, ki so storile samomor, 71–95 % posameznikov trpelo zaradi ene duševne motnje (Conwell in Duberstein, 2005). Med temi je najpogostejša depresivna motnja s pridruženimi občutki obupa. Sicer pa med pomembnejše dejavnike tveganja za razvoj različnih oblik samomorilnega vedenja avtorji prištevajo še spol (večje tveganje med moškimi; Kerkhof in Arensman, 2001), nizko izobrazbo (Kerkhof in Arensman, 2001), slab socio-ekonomski status in revščino, zlasti kadar je za dolgo trajna (Gunnell, Peters, Kammerling in Brooks, 1995), zakonski stan (bolj ogroženi ovdoveli, razvezani in samski; Lohr in Schmidtke, 2004), negativne življenjske dogodke (Cooper, Appleby in Amos, 2002), manj oporno socialno omrežje in osamljenost (Evans, Hawton in Rodham, 2004; Ayalon in Sharon, 2011), prisotnost kroničnih telesnih bolezni in bolečin (Quan, Arboleda-Florez, Fick, Stuart in Love, 2002) ter starost. Tveganje za samomor s starostjo narašča (O'Connell, Chin, Cunningham in Lawlor, 2004), saj se s starostjo hkrati kopičijo tudi številni dejavniki tveganja (kronične bolezni, osamljenost, slab socio-ekonomski status ...).

V tem poglavju želimo prikazati, kako pogosta je želja po smrti oziroma kako prisotno je kakršnokoli razmišljanje o samomoru med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več, glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, zakonski stan

in finančno stanje gospodinjstva. Prav tako želimo dobljene rezultate prikazati glede na mednarodne podatke iz drugih držav, ki sodelujejo v raziskavi.

2. Opis metod in uporabljenih spremenljivk

Delež starejših, pri katerih je prisotna želja po smrti, smo dobili iz vprašanja: »Ali ste si v zadnjem mesecu želeli, da bi bili raje mrtvi?« Udeleženci so lahko na vprašanje odgovorili z **da** ali z **ne**. Odgovor **da** je glede na metodologijo vprašalnika pomenil, da je udeleženec »imel občutke samomorilnosti oziroma željo, da bi bil mrtev«, odgovor **ne** je pomenil, da udeleženec »ni imel takšnih občutkov«. Med tiste, ki so odgovorili z **da**, so glede na teoretična izhodišča bili uvrščeni vsi, ki so imeli kakršnekoli misli na smrt (torej pasivne samomorilne misli), kot tudi tisti, ki so imeli samomorilne misli (torej aktivne samomorilne misli). Med tiste, ki so odgovorili z **ne**, so bili uvrščeni tisti udeleženci, ki niso imeli nobenih misli na smrt ali samomor. Pri kategoriji, ki združuje odgovore oseb, ki so odgovorile z **da**, gre za zelo širok kontinuum, saj se v isti kategoriji lahko najdeta dva posameznika, ki sta v razvoju samomorilnega procesa različno daleč in sta zato tudi različno ogrožena. Če ponazorimo s primerom: v isti kategoriji (odgovor **da**) bo posameznik, ki samo razmišlja o tem, da želi umreti in se zjutraj ne več zbuditi, ter posameznik, ki že lahko ima načrt za samomor.

Zaradi teh metodoloških ovir torej na podlagi odgovorov ne moremo vedeti, ali izraženi »občutki samomorilnosti oziroma želja, da bi bil mrtev« predstavljajo aktivne ali le pasivne misli o samomoru. V rezultatih zato govorimo o **kakršnihkoli (pasivnih in aktivnih) samomorilnih mislih ali želji po smrti**.

Delež odgovorov na vprašanje »Ali ste si v zadnjem mesecu želeli, da bi bili raje mrtvi?« smo analizirali glede na naslednje spremenljivke:

- spol,
- starost,
- izobrazba,
- življenje s partnerjem,
- finančno stanje gospodinjstva,
- prisotnost depresije oziroma žalosti v zadnjem mesecu,
- prisotnost diagnoze čustvene motnje kadarkoli v življenju,
- prisotnost dolgotrajne bolezni,
- prisotnost kronične bolezni,
- stopnja omejenosti pri aktivnostih.

3. Rezultati

3.1. Opis vzorca

Na vprašanje »Ali ste si v zadnjem mesecu želeli, da bi bili raje mrtvi?« je odgovarjalo 2756 prebivalcev Slovenije, starih 50 let in več. Porazdelitev vzorca glede na spol, različne starostne skupine, izobrazbo, zakonski stan, območje bivanja in finančno stanje gospodinjstva je prikazana v tabeli 1.

TABELA 1: PORAZDELITEV VZORCA GLEDE NA SPOL, STAROST, IZOBRAZBO, ZAKONSKI STAN, FINANČNO STANJE GOSPODINJSTVA IN OBMOČJE BIVANJA

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

I./53

	n	%
SKUPAJ	2756	
SPOL		
Moški	1196	43
Ženske	1560	57
STAROST		
50–64 let	1386	51
65–79 let	1011	37
80 let ali več	321	12
IZOBRAZBA		
Osnovna ali manj	949	35
Srednja	1349	49
Višja ali več	449	16
ŽIVI S PARTNERJEM		
Da	2065	75
Ne	683	25
KAKO GOSPODINJSTVO FINANČNO SHAJA SKOZI MESEC		
Zelo težko	578	22
Z nekaj težavami	1064	40
Precej zlahka/Zlahka	1004	38
OBMOČJE BIVANJA		
Urbano	805	41
Ruralno	1148	59

3.2. Rezultati glede na spol, starost, izobrazbo, zakonski stan in finančno stanje gospodinjstva

Med 50 in več let starimi prebivalci Slovenije, ki so bili zajeti v raziskavo, jih je v zadnjem mesecu kakršnekoli samomorilne misli ali željo po smrti navajalo 6,9 %. Deleži prebivalcev, ki so si v zadnjem mesecu želeli, da bi bili mrtvi (oziroma so navajali kakršnekoli samomorilne misli), so glede na razdelitev po spolu, starostnih skupinah, izobrazbi, zakonskem stanju in finančnem stanju gospodinjstva prikazani v tabeli 2.

TABELA 2: DELEŽ OSEB, KI SO V ZADNJEM MESECU NAVAJALE KAKRŠNEKOLI SAMOMORILNE MISLI ALI IMELE ŽELJO PO SMRTI, MED PREBIVALCI, STARIMI 50 LET IN VEČ, GLEDE NA SPOL, STAROST, IZOBRAZBO, ZAKONSKI STAN IN FINANČNO STANJE GOSPODINJSTVA

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	% (n)
SKUPAJ	6,9 (187)
SPOL	
Moški	4,6 (54)
Ženske	8,6 (133)
STAROST	
50–64 let	3,6 (50)
65–79 let	8,2 (81)
80 let ali več	17,6 (55)
IZOBRAZBA	
Osnovna ali manj	13,3 (125)
Srednja	4,0 (54)
Višja ali več	1,8 (8)
ŽIVI S PARTNERJEM	
Da	4,8 (99)
Ne	13,1 (88)
KAKO GOSPODINJSTVO FINANČNO SHAJA SKOZI MESEC	
Zelo težko	10,1 (58)
Z nekaj težavami	5,8 (61)
Precej zlahka/Zlahka	5,8 (58)

I./54

Kot je razvidno iz tabele 2, so ženske dvakrat pogosteje kot moški navajale kakršnekoli samomorilne misli oziroma željo po smrti. Povezava med spolom in samomorilnimi mislimi v preteklem mesecu je bila statistično značilna ($\chi^2 = 17,1749$, $p < 0,001$), čeprav je bila povezanost šibka.

Med starostnimi skupinami in prisotnostjo samomorilnih občutkov se je prav tako pokazala statistično pomembna povezanost ($\chi^2 = 80,5654$, $p < 0,001$), ki je bila razmeroma močna. Odstotek oseb, ki so v zadnjem mesecu navajale kakršnekoli samomorilne misli ali imele željo po smrti, je bil najvišji med prebivalci, starimi 80 let in več, najmanjši pa med prebivalci, starimi 50–64 let. V starostni skupini 80 let in več je bil delež tistih, ki so v zadnjem mesecu navajali kakršnekoli samomorilne misli ali željo po smrti, statistično pomembno višji kot v starostni skupini 50–64 let ($\chi^2 = 0,1375$, $p < 0,001$) in 65–79 let ($\chi^2 = 0,893$, $p < 0,001$). Podobno je bil tudi v starostni skupini 65–79 let delež tistih, ki so v zadnjem mesecu navajali kakršnekoli misli na samomor, statistično pomembno višji kot v starostni skupini 50–64 let ($\chi^2 = 0,0481$, $p < 0,001$).

Razmeroma močna statistično pomembna povezanost obstaja tudi med stopnjo izobrazbe in prisotnostjo kakršnihkoli samomorilnih misli ali želji po smrti v zadnjem mesecu ($\chi^2 = 95,7906$, $p < 0,001$). Odstotek oseb, ki so v zadnjem mesecu navajale kakršnekoli misli na samomor, je bil največji v skupini z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, najmanjši pa v skupini z višjo izobrazbo ali več. Med tistimi z osnovnošolsko izobrazbo ali manj je bil delež oseb, ki so v zadnjem mesecu navajale kakršnekoli misli na samomor, statistično pomembno višji kot v skupini oseb s srednješolsko izobrazbo ($\chi^2 = 0,0928$, $p < 0,001$) in tistimi z višjo izobrazbo ali več ($\chi^2 = 0,1153$, $p < 0,001$). Odstotki oseb, ki so v zadnjem mesecu navajale kakršnekoli samomorilne misli ali željo po smrti, se v skupini s srednješolsko izobrazbo in tistimi z višjo izobrazbo ali več med sabo ne razlikujejo statistično pomembno.

Kot je razvidno iz tabele 2, so o kakršnihkoli samomorilnih mislih v zadnjem mesecu v večjem deležu poročali tisti, ki živijo sami, kot pa tisti, ki živijo s partnerjem. Razlike med deleži so bile statistično pomembne, povezava med spremenljivkama pa zmerno močna ($\chi^2 = 53,5865$, $p < 0,001$).

Šibka statistično pomembna povezanost obstaja tudi med finančnim stanjem gospodinjstva in prisotnostjo kakršnihkoli samomorilnih misli v zadnjem mesecu ($\chi^2 = 13,2288$, $p = 0,001$). Odstotek oseb, ki so v zadnjem mesecu navajale kakršnekoli misli na samomor ali željo po smrti, je bil v skupini, ki je ocenila, da njihovo gospodinjstvo zelo težko shaja skozi mesec, skoraj dvakrat večji kot v skupinah, ki sta ocenili, da gospodinjstvo shaja z nekaj težavami ali da shaja precej zlahka ali zlahka. Slednji dve skupini se v odstotkih nista razlikovali. Med tistimi, ki so ocenili, da gospodinjstvo shaja zelo težko, je bil delež oseb, ki so v zadnjem mesecu kakorkoli razmišljale o samomoru ali imele željo po smrti, statistično pomembno višji kot v skupini oseb, ki so ocenile, da skozi mesec shajajo z nekaj težavami ($\chi^2 = 0,0433$, $p = 0,003$), in tistimi, ki so ocenili, da shajajo precej zlahka ali zlahka ($\chi^2 = 0,0427$, $p = 0,003$).

3.3. Rezultati glede na povezovanje z nekaterimi drugimi spremenljivkami

Kot je razvidno iz tabele 3, je bil delež tistih, ki so v zadnjem mesecu kakorkoli razmišljali o samomoru ali imeli željo po smrti, precej višji med tistimi, ki so v zadnjem mesecu imeli depresijo oziroma občutke žalosti, v primerjavi s tistimi, ki depresije oziroma občutkov žalosti v zadnjem mesecu niso imeli. Razlika v deležih je bila statistično pomembna ($\chi^2 = 189,072$, $p < 0,0001$), povezava med spremenljivkama pa zelo močna.

Razmeroma močna statistična povezanost se je pokazala tudi med prisotnostjo samomorilnih misli ali željo po smrti v zadnjem mesecu in diagnozo emocionalnih motenj kadarkoli v življenju. V skupini oseb, ki so imele kadarkoli v življenju postavljeno diagnozo čustvenih motenj, je bil delež tistih, ki so v zadnjem mesecu razmišljali o samomoru, pomembno višji kot v skupini oseb, ki nikoli niso imele postavljene diagnoze čustvenih motenj ($\chi^2 = 61,3935$, $p < 0,0001$).

Analiza je pokazala, da so samomorilne misli ali želja po smrti v zadnjem mesecu povezane tudi s prisotnostjo dolgotrajne bolezni in številom kroničnih

bolezni. V obeh primerih je bila razlika statistično pomembna, povezanost pa šibka. Osebe, ki imajo kakšno dolgotrajno bolezen, so v večjem deležu navajale prisotnost kakršnihkoli samomorilnih misli v preteklem mesecu oziroma željo po smrti kot osebe, ki dolgotrajnih bolezni nimajo ($\chi^2 = 10,3487$, $p = 0,0010$). Podobno so osebe, ki imajo več kot dve kronični bolezni, v večjem deležu navajale prisotnost kakršnihkoli samomorilnim misli v zadnjem mesecu kot osebe, ki imajo eno ali dve kroničnih bolezni ($\chi^2 = 0,0486$, $p < 0,001$) ali jih nimajo ($\chi^2 = 0,0749$, $p < 0,001$). Statistično pomembnih razlik med deleži oseb z od eno do dvema kroničnima boleznima ali nobeno ni bilo.

TABELA 3: DELEŽ OSEB, KI SO V ZADNJEM MESECU NAVAJALE KAKRŠNEKOLI SAMOMORILNE MISLI ALI IMELE ŽELJO PO SMRTI, MED PREBIVALCI, STARIMI 50 LET IN VEČ, GLEDE NA IZBRANE SPREMENLJIVKE

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE

	% (n)
DEPRESIJA ALI ŽALOST V ZADNJEM MESECU	
Da	15,7 (154)
Ne	1,8 (32)
DIAGNOZA ČUSTVENIH/EMOCIONALNIH MOTENJ	
Da	19,9 (42)
Ne	5,7 (144)
ŠTEVILO KRONIČNIH BOLEZNI	
Nič	3,8 (27)
Eno do dve	6,5 (91)
Več kot dve	11,3 (69)
DOLGOTRAJNA BOLEZEN	
Da	8,5 (111)
Ne	5,4 (76)
OMEJENOST AKTIVNOSTI	
Zelo omejen	15,8 (52)
Omejen, toda ne zelo	6,9 (65)
Ni omejen	4,8 (70)

Zmerna statistično pomembna povezanost se je pokazala tudi med omejenostjo pri vsakodnevni aktivnosti in kakršnihkoli samomorilnih misli ($\chi^2 = 50,3426$, $p < 0,001$). Kot je razvidno iz tabele 3, je bil delež tistih, ki so v zadnjem mesecu navajali kakršnekoli misli o samomoru, najvišji med tistimi, ki so bili pri svojih aktivnostih zelo omejeni, za polovico manjši je bil delež med tistimi, ki so se počutili omejene, toda ne zelo, najmanjši pa je bil delež med tistimi, ki pri svojih aktivnostih niso bili omejeni. Razlika v deležih med drugo in tretjo skupino (počutili so se omejene, toda ne zelo, oz. niso bili omejeni) ni bila statistično pomembna. Je pa bila statistično pomembna razlika med skupinama oseb, ki

so se počutile zelo omejene oziroma se niso počutile omejene ($x^2 = 0,1096$, $p < 0,001$), ter skupino oseb, ki so se počutile zelo omejene oziroma so se počutile omejene, toda ne zelo ($x^2 = 0,0895$, $p < 0,001$).

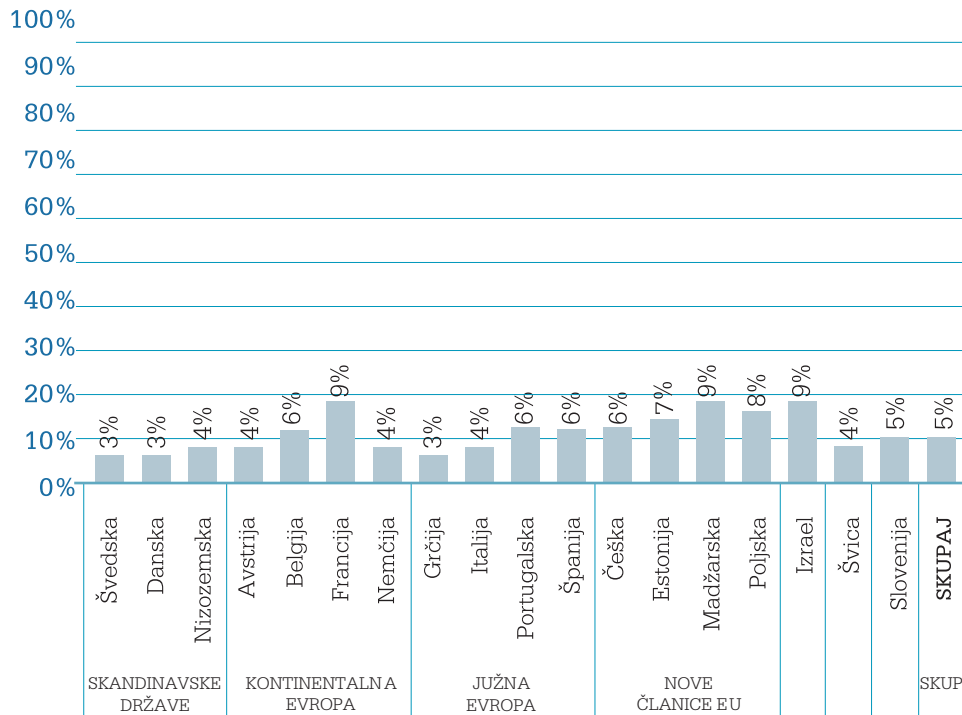
3.4. Primerjava rezultatov z drugimi državami, vključenimi v raziskavo

Med moškimi prebivalci Slovenije, starimi 50 let ali več, jih je v zadnjem mesecu 5 % navajalo kakršnekoli misli o samomoru ali o tem, da si želijo umreti. Kot lahko vidimo na sliki 1, se Slovenija na podlagi tega deleža v primerjavi z drugimi državami uvršča v povprečje¹.

Podobna razporeditev se je pokazala pri ženskah. Med ženskimi prebivalkami Slovenije, starimi 50 let ali več, jih je v zadnjem mesecu 9 % navajalo kakršnekoli misli o samomoru ali o tem, da si želijo umreti. S tem se Slovenija v primerjavi z drugimi državami uvršča v povprečje (slika 2). Podobno kot v Sloveniji se je v vseh državah razen v Izraelu (kjer je bil odstotek pri moških enak kot pri ženskah) pokazalo, da so ženske v večjem odstotku kot moški poročale o kakršnihkoli samomorilnih mislih v zadnjem mesecu.

SLIKA 1: DELEŽ MOŠKIH, KI SO V ZADNJEM MESECU NAVAJALI KAKRŠNEKOLI MISLI O SAMOMORU ALI SO IMELI ŽELJO PO SMRTI, V DRŽAVAH, KI SO DELUJEJO V RAZISKAVI.

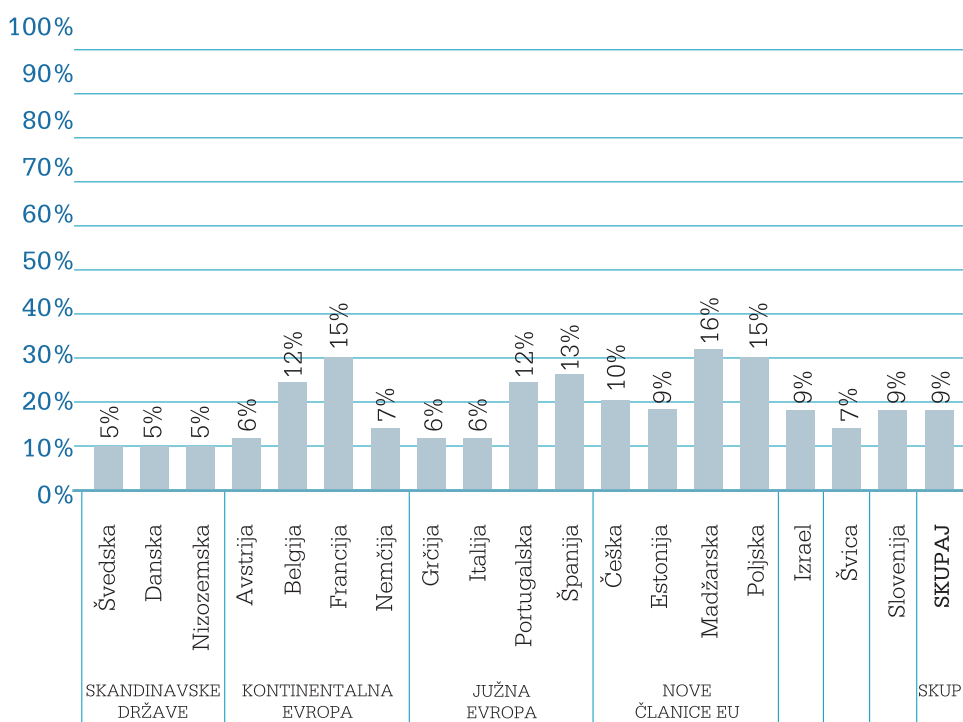
Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE



¹ Pri državah SHARE smo uporabili tudi podatke prvega in drugega vala raziskave (Slovenija je prvič sodelovala v četrtem valu).

SLIKA 2: DELEŽ ŽENSK, KI SO V ZADNJEM MESECU RAZMIŠLJALE O SAMOMORU ALI SO IMELE ŽELJO PO SMRTI, V DRŽAVAH, KI SODELUJEJO V RAZISKAVI.

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE



I./58

4. Razprava z zaključki

V prispevku smo želeli prikazati, kako pogosto je prisotno kakršnokoli razmišljanje (pasivne ali aktivne misli) o samomoru oziroma želja po smrti med prebivalci Slovenije, stari 50 let in več, glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, zakonski stan, finančno stanje gospodinjstva in nekatere druge izbrane spremenljivke. Prav tako smo želeli dobljene rezultate prikazati glede na mednarodne podatke iz ostalih držav, ki sodelujejo v raziskavi.

Delež oseb, starih 50 let in več, ki so poročali o kakršnihkoli samomorilnih mislih oziroma želji po smrti v zadnjem mesecu, je bil v naši študiji 7 %, kar sovpada s poročanji drugih avtorjev o tem, koliko starostnikov doživlja občutke brezizhodnosti in posledično samomorilnosti (De Leo in Scocco, 2002). Tak rezultat Slovenijo med sodelujočimi državami uvršča v sredino. O podobnem odstotku so poročali tudi iz drugih držav osrednje Evrope (Ayalon, 2011). Po pričakovanjih smo ugotovili, da je bil odstotek žensk, ki so poročale o kakršnihkoli samomorilnih mislih oziroma želji po smrti, dvakrat višji kot pri moških, kar je v skladu z ugotovitvami drugih avtorjev (Bernal idr., 2007; Kamin idr., 2006; Ayalon, 2011). Ena izmed možnih razlag za tako stanje je, da ženske bolj poročajo o tem, kaj se z njimi dogaja, oziroma o svojih težavah lažje spregovorijo. Po drugi strani pa je tudi možno, da razvoj samomorilnega procesa pri ženskah poteka bolj postopoma in zajema vse faze (misli, namen, načrt, poskus), medtem ko se pri moških proces razvije hitreje (od misli do poskusa oziroma samomora). Zato med samomori najdemo tudi več moških, med poskusi samomorov pa več žensk (Beautrais, 2001).

Podobno kot v drugih študijah (O'Connell idr., 2004; Ayalon in Sharon, 2011) smo tudi v naši študiji ugotavljali, da odstotek tistih, ki kakorkoli razmišljajo o samomoru oziroma izražajo željo po smrti, narašča s starostjo. Ugotovitev ni presenetljiva, saj se z naraščanjem starosti začnejo kopičiti nekateri dejavniki tveganja. Eden takih dejavnikov je zagotovo spremenjen zakonski stan, pri čemer so bolj ogroženi ovdoveli, razvezani in samski (Lohr in Schmidtke, 2004). Zakonskega stanu v naši študiji nismo neposredno preverjali, smo pa preverjali, s kom živi anketiranec. Rezultati so pokazali, da so osebe, ki živijo same, v večji meri poročale o samomorilnih mislih v zadnjem mesecu kot tiste, ki živijo s partnerjem. Ti rezultati so v skladu z ugotovitvami drugih avtorjev o tem, da manj oporno socialno omrežje in osamljenost povečata tveganje za samomorilno vedenje (Evans, Hawton in Rodham, 2004) oziroma željo po smrti (Ayalon in Sharon, 2011). To verjetno lahko razložimo s tem, da osamljeni ljudje in ljudje, ki nimajo dovolj opornega socialnega omrežja, težje prenašajo določene preizkušnje in težave, ker jih morajo reševati sami. Nezanemarljiv dejavnik tveganja za samomor, ki v starosti pridobiva pomen, je tudi slab oziroma nizek socio-ekonomski status in revščina (Gunnell idr., 1995). Naši rezultati so potrdili povezavo med finančnim stanjem gospodinjstva in prisotnostjo kakršnihkoli samomorilnih misli. Po pričakovanjih je bil delež oseb, ki so poročale o kakršnihkoli samomorilnih mislih ali izražale željo po smrti, najvišji med tistimi, ki so ocenili, da njihovo gospodinjstvo zelo težko shaja skozi mesec. Sicer tega v študiji nismo preverjali, vendar je s finančnimi prihodki običajno povezana izobrazba (višja izobrazba naj bi pomenila višji dohodek). Po pričakovanjih smo ugotovili, da so v največjem deležu o kakršnihkoli samomorilnih mislih v zadnjem mesecu poročale osebe z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, kar se sklada z ugotovitvami drugih avtorjev, da je nizka izobrazba dejavnik tveganja (Kerkhof in Arensman, 2001). Če sklepamo, da se izobrazba do določene mere povezuje s finančnim stanjem, potem se verjetno finančno stanje gospodinjstva oziroma posameznika do neke mere povezuje tudi z družbenim življenjem posameznika – osebe z manjšim prihodkom so lahko bolj omejene pri socialnih aktivnostih, kar postopoma vodi v osamljenost, ki pa, kot smo povedali prej, lahko sproži samomorilne misli. Zato bi bilo za to starostno skupino še bolj potrebno promovirati različna družjenja (da se prepreči osamljenost), poskrbeti za tiste, za katere vemo, da so osamljeni, posebno pozornost pa nameniti socialno ogroženim v tej starostni skupini. Po drugi strani pa je osamljenost oziroma okrnjeno socialno omrežje lahko znak duševne bolezni.

Po navedbah drugih avtorjev je kar 71–95 % starostnikov, ki so storili samomor, trpelo zaradi ene od duševnih motenj, med katerimi je bila najpogostejša depresija (Conwell in Duberstein, 2005). Tudi mi smo na našem vzorcu ugotovili pomembno povezanost med depresijo ali žalostjo v zadnjem mesecu, diagnozo čustvenih motenj kadarkoli v življenju in kakršnihkoli samomorilnih misli oziroma željo po smrti. Ta ugotovitev je še posebej pomembna za osebe, ki redno prihajajo v stik s starejšimi, saj kaže na to, da bi veljalo pojavnost depresivne simptomatike, vključno z občutki brezupa in samomorilnimi mislimi, pri starejših redno preverjati. Še posebej pri tistih, ki trpijo zaradi kakšne dolgotrajne ali kronične bolezni. Prisotnost kroničnih telesnih bolezni so tuji avtorji navajali kot dejavnik tveganja za samomorilno vedenje (Quan idr., 2002) ter

željo po smrti (Ayalon, 2011). Tudi v naši raziskavi smo potrdili povezanost med obema spremenljivkama. Delež oseb, ki so v zadnjem mesecu razmišljale o samomoru ali imele željo po smrti, je bil največji v skupini, ki je poročala o več kot dveh kroničnih boleznih. Podobno je bil odstotek oseb s samomorilnimi mislimi višji v skupini z dolgotrajno boleznijo. Verjetno se dolgotrajne in kronične bolezni povezujejo z bolečinami, ki lahko sprožijo občutke brezupa, ta pa je eden glavnih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje. Hkrati starost s sabo prinaša tudi določeno stopnjo omejenosti pri vsakodnevni aktivnostih, kar prav tako lahko neugodno vpliva na duševno zdravje. V študiji smo ugotovili povezanost med omejenostjo pri vsakodnevni aktivnostih (predvsem hudo omejenostjo) in samomorilnimi mislimi. Ker nismo nadzorovali vzroka za to omejenost, lahko o vzrokih le ugibamo. Po eni strani je omejenost lahko posledica kroničnih bolezni ali znak duševne bolezni (depresije). V vsakem primeru bi bilo treba več pozornosti posvetiti starejšim prebivalcem, ki so pri svojih aktivnostih tako ali drugače omejeni, saj bi to zanje lahko pomenilo priložnost za ponovno reintegracijo v družbo.

Literatura

- Ayalon, L. (2011): »The prevalence and predictors of passive death wishes in Europe: a 2-year follow-up of the survey of health, ageing, and retirement in Europe«. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 923–929.
- Ayalon, L., Sharon, S. E. (2011): »The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life«. *International Psychogeriatrics*, 23, 1677–1685.
- Baza umrlih, NIJZ, 2014.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A. (2002): »A global perspective in the epidemiology of suicide«. *Suicidology*, 7, 6–8.
- Beautrais, A. L. (2001): »Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one?«. *Psychological Medicine*, 31, 873–845.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, T., Bruffaerts, R., Lepine, G., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I. (2007): »Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study«. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27–34.
- Cooper, J., Appleby, L., Amos, T. (2002): »Life events preceding suicide by young people«. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37, 271–275.
- Conwell, Y., Duberstein, P. (2005): »Suicide in older adults: determinants of risk and opportunities for prevention«. V: Hawton, K. (ur.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour*, 221–238. Oxford: Oxford University Press.
- De Leo, D., Scocco, P. (2002): »Treatment and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly«. V: Hawton, K., van Heeringen, K. (ur.): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 553–570. West Sussex: Willey.

- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. (2004): »Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population – based studies«. *Clinical Psychology Review*, 24, 957–979.
- Gunnell, D. J., Peters, T. J., Kammerling, R. M., Brooks, J. (1995): »Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions and socioeconomic deprivation«. *British Medical Journal*, 311, 226–230.
- Kerkhof, J. F. M., Arensman, E. (2001): »Pathways to suicide: The epidemiology of the suicidal process«. V: van Heeringen, C. (ur.), *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*, 15–40. Chichester: Wiley.
- Kamin, T., Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S., Dernovšek, M. Z. (2009): *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Lohr, C., Schmidtke, A. (2004): »Marital relationship of suicide attempters«. V: de Leo, D., Bille Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A. (ur.), *Suicidal Behaviour, Theories and Research Findings*, 125–137. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Neeleman, J., De Graaf, R., Vollebergh, W. (2004): »The suicidal process: prospective comparison between early and later stages«. *Journal of Affective Disorders*, 82, 43–52.
- Roškar, S. (2010): »Samomor«. V: Tančič, A., Poštuvan, V., Roškar, S. (ur.): *Spregovorimo o samomoru in depresiji med starejšimi*, 29–32. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Van Heeringen, C. (2001a): »The suicidal process and related concepts«. V: van Heeringen, C. (ur.): *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process approach to research, treatment and prevention*, 3–15. Chichester: Wiley.
- Quan, H., Arboleda-Florez, J., Fick, G. H., Stuart, H. L., Love, E. J. (2002): »Association between physical illness and suicide among elderly«. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 190–197. Dostopno na: www.iasp.info/wspd, Dostop: 25. julij 2014.