

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA
MEDICINOS FAKULTETAS
PSICHIATRIJOS KLINIKA

Laura Maurušaitytė

Pacientų, sergančių depresija, polinkio į savižudybę vertinimas

Magistrinis darbas

Darbo vadovė:
Dr. Aida Kunigėlienė

KAUNAS, 2016 m.

TURINYS

SANTRUMPOS.....	4
SANTRAUKA.....	5
SUMMARY.....	6
ĮVADAS.....	7
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA	
1.1. Depresijos sąvoka ir samprata.....	9
1.2. Depresijos nomenklatūra.....	9
1.3. Depresijos epidemiologija.....	10
1.4. Depresijos etiologija.....	11
1.5. Depresijos simptomatika.....	11
1.6. Savižudybės ir mėginimo žudyti sąsajos su depresija.....	12
2. TYRIMO METODIKA.....	13
2.1. Tyrimo planavimas.....	13
2.2. Tyrimo objektas.....	13
2.3. Tiriamųjų atranka.....	13
2.4. Tyrimo imties dydžio apskaičiavimas.....	13
2.5. Tyrimo ir duomenų analizės metodai.....	14
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	
3.1. Rezultatai.....	15
3.2. Rezultatų aptarimas.....	19
4. IŠVADOS.....	20
5. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	21
6. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	22
7. PRIEDAI	

7.1. 1 priedas.....	26
7.2. 2 priedas.....	27
7.3. 3 priedas.....	28
8. PADĒKA.....	29

SANTRUMPOS

DSM-5 (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 5th Edition) - psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas - 5 leidimas

KK – Kauno klinikos

LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

LSMUL – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė

MINI (angl. Mini International Neuropsychiatric interview) – mini tarptautinė neuropsichiatrinė apklausa

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSP – pirminė sveikatos priežiūra

PCP (angl. primary care physician) – pirminės sveikatos priežiūros specialistas

SPSS (angl. Statistical Package for Social Science) – statistinis paketas socialinių mokslų

SANTRAUKA

Magistrinio darbo autorė: Laura Maurušaitytė

Vadovė: Dr. Aida Kunigėlienė

Darbo pavadinimas: Pacientų, sergančių depresija, polinkio į savižudybę vertinimas

Šio tyrimo tikslas – Nustatyti pacientų, sergančių vidutine ar sunkia depresija, polinkį į savižudybę.

Uždaviniai:

1. Įvertinti pacientų, sergančių vidutine ar sunkia depresija, polinkį į savižudybę, nustatant jų savižudybės rizikos laipsnį.
2. Palyginti vidutinės ir sunkios depresijos polinkį į savižudybę.
3. Palyginti polinkį į savižudybę tarp lyčių.

Metodai: Iširti 104 asmenys, sergantys sunkia ar vidutine depresija. Buvo atliekama anketinė apklausa pateikiant MINI (mini tarptautinė neuropsichiatrinė apklausa) klausimyno 6 versijos lietuviško varianto dalį apie polinkį į savižudybę. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS 20.0 programą.

Rezultatai: Didžioji dalis pacientų (35,58%) turi vidutinę savižudybės riziką, ~1/3 pacientų nepasirodė jokios savižudybės rizikos, didelę ir mažą riziką turi atitinkamai 18,27% ir 16,35% respondentų. Sunkia depresijos forma sergančiųjų savižudybės rizika yra statistiškai reikšmingai didesnė už tų, kurie serga vidutinio sunkumo depresija. Sergančių vidutine ar sunkia depresijos forma vyrų ir moterų savižudybės rizika statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Išvados: Vidutinė savižudybės rizika pasitaiko dažniausiai. Sergančiųjų sunkia depresija, savižudybės rizika yra didesnė už tų, kurie serga vidutinio sunkumo depresija. Vyrų ir moterų savižudybės rizikos statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas.

Rekomendacijos: PSP (pirminės sveikatos priežiūros) specialistai turėtų atkreipti daugiau dėmesio į depresiją sergančius pacientus ir įvertinti jų savižudybės riziką. Šiam tikslui pasiekti jie turėtų būti apmokomi, kadangi, literatūros duomenimis, PSP gydytojai dažnai nežino kaip vertinti savižudybės riziką, kaip pradėti pokalbį tokia tema su pacientu. Esant nustatytai savižudybės rizikai, imtis prevencinių priemonių jai sumažinti ir išvengti asmens mėginimo žudyti bei savižudybės. Tam pacientas turėtų būti kuo greičiau nukreiptas psichiatro konsultacijai, kur jam būtų suteikta reikiama pagalba.

Interesų konfliktas: autoriui interesų konflikto nebuvo.

Raktiniai žodžiai: depresija, savižudybė, rizika.

SUMMARY

Author of Master's thesis: Laura Maurušaitytė

Master's thesis adviser: Dr. Aida Kunigėlienė

Title: Assessment of suicide risk in people with depression

The aim of this study: To assess suicide risk in people with moderate or severe depression.

Objectives of this study:

1. To evaluate suicide risk in people with moderate or severe depression.
2. To compare suicide risk among patients with moderate and severe depression.
3. To compare suicide risk between women and men.

Methods: This study included 104 patients with moderate or severe depression. To evaluate suicide risk we used MINI (Mini International Neuropsychiatric interview) screening tool (it's 6th version, part C). The results were assessed using a statistical analysis program - SPSS 20.0.

Results: Most of the patients (35,58%) have moderate risk of suicide, ~one-third of patients haven't showed any suicide risk, 18,27% and 16,35% of patients have high and low suicide risk respectively. Suicide risk of those with severe depression is higher comparing to those with moderate depression, the result is statistically significant. The difference of suicide risk between women and men was not statistically significant.

Conclusion: Moderate suicide risk occurs in most of the patients. Suicide risk of those with severe depression is higher comparing to those with moderate depression. Difference of suicide risk between women and men was not statistically significant.

Recommendations: PCPs (primary care physicians) should assess patients for suicide risk if the patient is known to be depressed. For this aim to be reached, physicians should be educated and trained to identify those at risk, as evidence indicates factors as uneasiness at starting a conversation with a patient about suicide, lack of knowledge about suicide risk evaluation that deters PCPs from suicide risk assessment. If suicide risk was found, patient should be advised to see a psychiatrist so appropriate help could be ensured.

Conflict of interest: the author declares no conflict of interest.

Key words: depression, suicide, risk.

IVADAS

Savižudybės yra ypač didelė visuomenės sveikatos problema visame pasaulyje [1, 2, 3, 4]. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, mūsų planetoje kas 3 sekundes įvyksta mėginimas nusižudyti, o apytikriai kas minutę įvyksta savižudybė [4]. Visuotiniais skaičiavimais pasaulyje kiekvienais metais nuo 10 iki 20 mln. žmonių bando nusižudyti ir ~ 1 mln. nusižudo [5, 6]. Vyrų savižudybių įvyksta 5 kartus daugiau nei moterų, tačiau moterys bando žudyti 3 kartus dažniau nei vyrai [7]. Mirtingumas nuo suicido sudaro 1,8 % visų mirčių [6, 43, 44]. Savižudybių skaičius yra labai svarbus rodiklis, atspindintis visuomenės psichikos sveikatos būklę [8]. Sprendžiant iš jo, Lietuvoje savižudybių problema yra ypač aktuali, nes jau nemažą eilę metų ji išsiskiria didžiausiu suicidų skaičiumi Europoje [8]. Amerikos suicidologų asociacijos įkūrėjas E.S. Shneidmanas teigė, kad savižudybė, iš esmės, yra psichologinė, o psichologinis skausmas yra pagrindinė suicido sudedamoji dalis ir mintis "galiu nutraukti šį skausmą - galiu nusižudyti" ir yra suicido esmė [9].

Psichikos sutrikimai dažnai būna svarbiausia suicidinio elgesio priežastis, ne tik dėl psichopatologinių veiksnių, bet ir dėl ligos sukeltų psichosocialinių, ekonominių problemų [10]. Ištirta, kad 90 % savižudybės aukų mirties metu turėjo psichikos sutrikimą [11, 12, 13]. Iš visų psichikos sutrikimų, depresija labiausiai didina savižudybės riziką, kuri yra iki 20 kartų didesnė, lyginant su bendrąja populiacija [3]. Nustatyta, kad tarp mėginusių nusižudyti, 50 % serga depresija, apie 50% sergančiųjų turi suicidinių minčių [10], o 3-4 % baigia savo gyvenimą savižudybe [14]. Sergamumas depresija pasaulyje siekia apie 350 mln. žmonių (5-6 % gyventojų) [15, 44]. Kai kurie mokslininkai depresiją vadina XX a. pabaigos - XXI a. pradžios epidemija [16, 17, 18]. Tokį didelį depresijos paplitimą lemia vis didėjantis pirminis sergamumas ir lėtinis šio psichikos sutrikimo pobūdis [17,18].

Atsižvelgiant į tai, kad depresija yra vienas iš svarbiausių savižudybės rizikos veiksnių, šio psichikos sutrikimo analizavimas yra labai svarbus savižudybių prevencijoje [3, 19]. Gauti rezultatai yra vertingi tolesniems tyrimams nagrinėjant depresiją sergančių asmenų ypatumus, jų polinkį į savižudybę ir imantis prevencinių priemonių.

Šiuo tyrimu siekiama nustatyti pacientų, sergančių vidutine ar sunkia depresija, polinkį į savižudybę.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas:

Nustatyti pacientų, sergančių vidutine ar sunkia depresija, polinkį į savižudybę.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti pacientų, sergančių vidutine ar sunkia depresija, polinkį į savižudybę, nustatant jų savižudybės rizikos laipsnį.
2. Palyginti vidutinės ir sunkios depresijos polinkį į savižudybę.
3. Palyginti polinkį į savižudybę tarp lyčių.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Depresijos sąvoka ir samprata

Dar Antikos laikais buvo kalbama apie būsenas, kurios dabar vadinamos depresija (lot. depressus - žemas, gilus, nuleistas, tylus) [20]. Depresiją galima apibūdinti įvairiai. Literatūroje ji įvardijama kaip liguistai liūdna, prislėgta nuotaika [21]. Žmonės, kurie patiria depresinius simptomus ar serga depresija, ją apibūdina savaip: "jautiesi lyg judėtum ir galvotum kaip sulėtintam kine", "atrodo lyg tarp tavęs ir viso likusio pasaulio būtų stiklinė siena", "jautiesi lyg skęstum, nors visi aplink tave kvėpuoja" [45].

Žodis "depresija" gali būti suprantamas skirtingai, kadangi žmonės jį vartoja tiek kalbėdami apie nedidelius nuotaikos svyravimus, kurie pasireiškia patyrus nesėkmių ir yra normalaus gyvenimo dalis, tiek apie sunkius sutrikimus, kurie diagnozuojami tada kai simptomai pasiekia tam tikrą slenkstį ir trunka tam tikrą laiką [22]. Visuomenėje depresija iki šiol traktuojama nevienareikšmiškai. Internetinėje erdvėje vyksta debatai, kuriuose žmonės balsuoja ar depresija yra "tikras sutrikimas" ar ne, ir net 34 % asmenų balsuoja neigiamai, t.y. nesutinka, kad depresija yra sutrikimas [46]. Daugelis išsakančių savo nuomonę teigia, kad tai paties žmogaus pasirinkimas "nieko neveikti ir liūdėti", "šio amžiaus mada" ar "turingų liga" [46]. Pavyzdžiui, Lester, Howe nuomone, gana dažnai šis sutrikimas visuomenėje laikomas sielos, dvasios liga ar asmenybės silpnumu [16].

Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sudarytą Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos sutrikimų 10-ąją klasifikaciją (TLK-10), depresija, kaip ir kitos psichikos sveikatos kategorijos, laikoma sutrikimu, o ne liga [47]. Sutrikimas apibrėžiamas kaip elgesio pakitimai ar klinikinių simptomų grupė, kuri asmeniui sukelia kančias ir trikdo normalų jo funkcionavimą [47]. Nors reikia atkreipti dėmesį, jog vienoje iš naujausių mokslinių publikacijų teigiama, kad depresija yra daugiau nei psichinis sutrikimas - tarptautinė tyrėjų komanda, vadovaujama Granados universiteto, pirmą kartą mokslškai įrodė, kad depresija yra susijusi su svarbiais oksidacinio streso pokyčiais, taigi ji turėtų būti laikoma sistemine liga, kadangi paveikia visą organizmą [23]. Šio tyrimo rezultatai galėtų paaiškinti reikšmingas depresijos sąsajas su onkologinėmis, širdies ir kraujagyslių ligomis [23].

1.2. Depresijos nomenklatūra

Pagrindiniai psichikos sutrikimų klasifikatoriai yra PSO sudarytas TLK-10 leidimas ir Amerikos psichiatrų asociacijos patvirtintas Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas - 5 leidimas (DSM-5) [48]. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose yra naudojamas TLK-10 klasifikatorius

[49]. Pagal šį klasifikatorių, psichikos ir elgesio sutrikimai priskiriami 5 skyriui ir yra koduojami "F" raide [47]. Depresinis sutrikimas aprašomas nuotaikos (afektinių) sutrikimų poskyryje ir yra koduojamas ženklu "F32", pasikartojančiam depresiniam sutrikimui priskiriamas kodas "F33" [47]. Ši klasifikacija pagrįsta klinikiniu elgesio ir emocijų aprašymu [47]. Depresinis epizodas skirstomas į lengvą, vidutinį ir sunkų priklausomai nuo pasireiškiančių simptomų skaičiaus ir jų išraiškos sunkumo [47].

1.3. Depresijos epidemiologija

Depresija yra vienas iš dažniausiai pasitaikančių psichikos sutrikimų [14, 17, 22, 24, 44]. Bendrasis sergamumas, PSO duomenimis, siekia apie 350 mln. žmonių (5-6 % gyventojų) [15, 44]. Tokį didelį depresijos paplitimą lemia vis didėjantis pirminis sergamumas ir lėtinis šio psichikos sutrikimo pobūdis [17, 18]. Depresija yra vyraujanti neįgalumo apsunkintų gyvenimo metų priežastis ir manoma, kad 2020 m. pasaulyje ji bus antroje vietoje po išeminės širdies ligos [25, 26]. Europos sąjungos šalyse depresija jau ne tik pasivijo, bet ir pralenkė širdies ir kraujagyslių ligas, ir sudaro 9,2 % gyvenimo metų, kurie yra apsunkinti negalios [26]. Lietuvoje tai taip pat yra ypač aktuali problema [26]. Higienos instituto Sveikatos informacinio centro duomenimis, Lietuvos gyventojų sergamumas depresija ir šio sutrikimo ligotumas didėja: 2006 m. sergamumas (naujų depresijos atvejų skaičius tarp tam tikros teritorijos gyventojų per tam tikrą laiko tarpą) buvo 52/100 tūkst. gyventojų, ligotumas (žinomų depresijos atvejų skaičius tarp tam tikros teritorijos gyventojų per tam tikrą laiko tarpą) - 611,4/100 tūkst. gyventojų, 2010 m. sergamumas padidėjo iki 64,3/100 tūkst. gyventojų, ligotumas - 722,2/100 tūkst. gyventojų [50]. Reikia atkreipti dėmesį, kad mūsų miestams tenka 25,6 depresijos atvejai 100000 gyventojų, kaimuose skaičius daugiau nei pusantro karto didesnis - 42/100000 gyventojų [43]. JAV atliktų epidemiologinių tyrimų duomenimis, depresijos simptomus patiria 4,7 % šios šalies gyventojų [27]. Depresijos paplitimo tyrimai pirminės sveikatos priežiūros grandyje buvo atlikti ir keliose Europos šalyse, kur Jungtinėje Karalystėje, Mančesteryje serga 16,9 %, Olandijoje, Groningene - 15,9 %, Prancūzijoje, Paryžiuje - 13,7 %, Vokietijoje, Berlyne - 6,1 %, vidurkis - 10,4 % [28].

Analizuojant depresijos epidemiologinius tyrimus pastebima, kad šio sutrikimo paplitimas skiriasi priklausomai nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo, užimtumo bei šeimyninės padėties [18, 29]. Daugelyje mokslinių straipsnių įvardijama, kad šį sutrikimą patiriančių moterų yra nuo 1,5 iki 2 kartų daugiau nei vyrų [18, 22, 30, 31]. Nors tiksli šio skirtumo priežastis nėra žinoma, manoma, kad tai gali lemti su lytimi susiję psichiniai, biologiniai faktoriai bei dažniau moterų patiriamas ekonominis ir psichosocialinis stresas [18]. Nagrinėjant depresijos paplitimo skirtumus tarp skirtingo amžiaus grupių

žmonių, matoma, kad daugumą sergančiųjų sudaro vyresnio amžiaus žmonės (65-74 m.) [22, 29]. Depresija taip pat yra labiau paplitusi tarp ekonomiškai, socialiai pažeidžiamų asmenų: turinčių žemą išsilavinimą, našlių, išsiskyrusių, pensininkų, bedarbių, neįgalių asmenų [29, 32].

Nors atlikta nemažai epidemiologinių tyrimų, tikslus depresijos paplitimas nėra žinomas dėl keleto priežasčių: manoma, kad dalis depresinių sutrikimų yra maskuojami kitomis ligomis ir lieka nediagnozuoti; dalis žmonių, turinčių psichikos sveikatos problemų, nesikreipia pagalbos dėl neigiamo visuomenės požiūrio ir diskriminacijos [22, 33]. Todėl oficiali statistika atspindi tik tą depresijos dalį, su kuria susiduria psichikos sveikatos specialistai [22].

1.4. Depresijos etiologija

Depresijos priežastys vis dar nėra iki galo išaiškintos [18, 26]. Mokslininkų teigimu, šio sutrikimo išsivystymą įtakoja biologinių, socialinių ir psichologinių veiksnių derinys [18, 31]. Esama nuomonė, kad kai kurie žmonės gimsta turėdami polinkį susirgti depresija [26]. Didelės rizikos grupei priklauso asmenys, kurių šeimos nariams ar jiems patiems anksčiau buvo diagnozuotas depresinis ar kitas psichikos sutrikimas [18, 31]. Aptariant ryšį su kitomis ligomis, yra nustatyta, kad depresijos paplitimas yra didesnis tarp sergančiųjų širdies ir kraujagyslių, endokrininės, nervų sistemos ligomis, piktybiniais navikais, lėtinėmis uždegiminėmis ligomis, tuberkulioze, sifiliu, lyginant su bendrąja populiacija [16, 31]. Kiti depresijos pasireiškimo veiksniai yra serotonino, dopamino, noradrenalino apykaitos sutrikimai, kurie gali būti nulemti genų ar įgyti, taip pat psichosocialiniai stresoriai, kaip artimo žmogaus mirtis, darbo praradimas, išėjimas į pensiją, skyrybos, patiriamas smurtas, emigracija, piktnaudžiavimas psichiką veikiančiomis medžiagomis [16,18,31,34,35]. Šiais laikais, nagrinėjant depresijos etiologiją, randama vis naujų depresijos rizikos veiksnių ir jų patologinių mechanizmų [36].

1.5. Depresijos simptomatika

Klasikiniam depresiniam sindromui būdinga triada - bloga nuotaika (liūdesys), sulėtėjęs mąstymas ir sulėtėję judesiai [21]. Nors liūdesys yra viena iš bene kiekvienam žmogui pasireiškiančių emocijų, tačiau depresijos atveju jis tampa vyraujančia nuotaika [37]. Be liguistai liūdnos, prislėgtos nuotaikos, kuri trunka ne trumpiau kaip dvi savaites, depresijai būdingi ir tokie simptomai kaip interesų rato sumažėjimas (apatija), anhedonija (negalėjimas jausti džiaugsmo, pasitenkinimo), sutrikusi dėmesio koncentracija, nuovargis, miego sutrikimai, sumažėjęs apetitas, svorio netekimas,

negatyvūs jausmai (kaltė, menkavertiškumas, beviltiškumas), libido sumažėjimas, mintys apie mirtį ir savižudybę, gali pasireikšti irzlumas, ažitacija ar judesių bei kalbos užslopinimas [16, 21, 31, 38, 47].

Lengva depresija diagnozuojama kai pasireiškia du ar trys iš aukščiau paminėtų simptomų ir nėra ar nežymiai sutrikdytas žmogaus darbingumas [21, 47]. Vidutinio sunkumo depresijos diagnozei būtini keturi ar daugiau iš aukščiau pateiktų simptomų, būdinga pastebimai sutrikusi socialinė, darbinė ir buitinė veikla [21, 47]. Sunkios depresijos epizodo metu žymiai sutrinka įprastas žmogaus gyvenimas, būdingas ypač ryškus savęs nuvertinimas, gilus kaltės jausmas, didelis sielvartas, suicidinės mintys ir veiksmai, nes "gyventi su tokiu liūdesiu jiems per sunku" [21, 47].

Daugeliu (apie 66 %) depresijos atvejų klinikoje stebimas psichologinių ir fizinių simptomų kompleksas, dėl ko depresijos klinikinis vaizdas nedaug skiriasi nuo somatinės (fizinės) ligos, kas neretai apsunkina depresijos diagnozavimą [22, 38, 39].

1.6. Savižudybės ir mėginimo žudyti sąsajos su depresija

Iš visų psichikos sutrikimų, depresija labiausiai didina savižudybės riziką [19]. Lyginant su bendrąja populiacija, suicido rizika yra iki 20 kartų didesnė sergantiems depresija [3]. Yra žinoma, kad netaikant savalaikio, adekvataus depresijos gydymo, ji užsitęsia, kartojasi ir ilgai gali komplikotis į savižudišką elgesį [22]. Nustatyta, kad tarp mėginusių nusižudyti, 50 % serga depresija, apie 50 % sergančiųjų turi suicidinių minčių [10], o 3-4 proc. baigia savo gyvenimą savižudybe [14]. Savižudybės grėsmė yra didesnė depresijai slūgstant, itin didelė rizika būna pirmą savaitę po stacionarinio gydymo ir didelė išlieka visus metus [10, 40, 41].

Psichikos sutrikimai dažnai būna svarbiausia suicidinio elgesio priežastis, ne tik dėl psichopatologinių veiksnių, bet ir dėl ligos sukeltų psichosocialinių, ekonominių problemų [10]. Amerikos suicidologų asociacijos įkūrėjas E.S. Shneidmanas teigė, kad savižudybė, iš esmės, yra psichologinė, o psichologinis skausmas yra pagrindinė suicido sudedamoji dalis ir mintis "galiu nutraukti šį skausmą - galiu nusižudyti" ir yra suicido esmė [9]. 80 proc. asmenų, kurie galvoja apie savižudybę, nori, kad kiti suvoktų jų emocinį skausmą ir sustabdytų juos nuo mėginimo nusižudyti [42].

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo planavimas

Tyrimas bus atliekamas prospektyviai. Tyrimo metu planuojama vertinti sergančiųjų vidutine ar sunkia depresija polinkį į savižudybę, nustatant jų savižudybės rizikos laipsnį. Tiriamieji bus supažindinti su tyrimu, jiems bus duodama pasirašyti asmens informavimo ir informuoto sutikimo forma (2 priedas), kurią pasirašius, bus atliekama anketinė apklausa pateikiant MINI klausimyno 6 versijos lietuviško varianto dalį apie polinkį į savižudybę (3 priedas). Planuojama įtraukti apie 100 pacientų. Gauti rezultatai bus analizuojami SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Science) programa.

2.2. Tyrimo objektas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės (LSMUL) Kauno klinikų (KK) Psichiatrijos skyriuje gydomi pacientai, sergantys vidutine ar sunkia depresija. Tiriamųjų amžius – 18 metų ir vyresni.

2.3. Tiriamųjų atranka

Tiriamieji bus atrinkti pagal nustatytą vidutinės ar sunkios depresijos diagnozę, turės pasirašyti informuoto asmens sutikimo formą (2 priedas). Į tyrimą nebus įtraukti jaunesni nei 18 metų ar turintys gretutinių psichikos sutrikimų asmenys.

2.4. Tyrimo imties dydžio apskaičiavimas

Paprastai mus dominančių požymių pasiskirstymas generalinėje aibėje (populiacijoje) nėra žinomas ir, norint tai nustatyti, reikėtų ištirti visus generalinės aibės elementus, o tai padaryti labai sunku arba net neįmanoma, todėl dažniausiai dirbama su populiacijos poaibiu – imtimi. Imties parinkimas yra vienas iš svarbiausių statistinės analizės etapų, nes nuo imties duomenų priklauso analizės rezultatai. Šiame tyrime imties dydžiui apskaičiuoti taikoma formulė:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 \cdot s^2}{\Delta^2}, s = \sqrt{p \cdot (100 - p)}$$

kur

n – imties dydis;

s – imties vidutinis kvadratinis nuokrypis;

p – bandomojo tyrimo metu nustatytas kokybinis rodiklis;

$\frac{Z\alpha}{2}$ – standartinio normaliojo skirstinio α lygmens kritinė reikšmė;

Δ - atrankos paklaida.

Pasirinkta netikimybinė patogumo imtis. Fiksuojant atrankos tyrimo tikslumą, $\Delta = 10 \%$, reikšmingumo lygmenį, $\alpha = 0.05$, kokybinį tyrimo rodiklį $p=50 \%$, pasikliovimo lygmens standartizuotą reikšmę, $\frac{Z\alpha}{2} = \frac{Z_{0.05}}{2} = 1.96$ - rekomenduojamas tyrimo imties dydis lygus:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot (\sqrt{50 \cdot (100-50)})^2}{0,1^2} \approx 96.$$

Atlikus skaičiavimus nustatyta, kad rekomenduojama tyrimo imtis turi būti ne mažesnė nei 96 respondentai.

2.5. Tyrimo ir duomenų analizės metodai

Pacientai buvo supažindinti su tyrimu, jiems buvo duota pasirašyti asmens informavimo ir informuoto sutikimo forma, kurią pasirašius buvo atliekama anketinė apklausa pateikiant MINI klausimyno 6 versijos lietuviško varianto dalį apie polinkį į savižudybę. Iširti 104 asmenys, sergantys sunkia ar vidutine depresija.

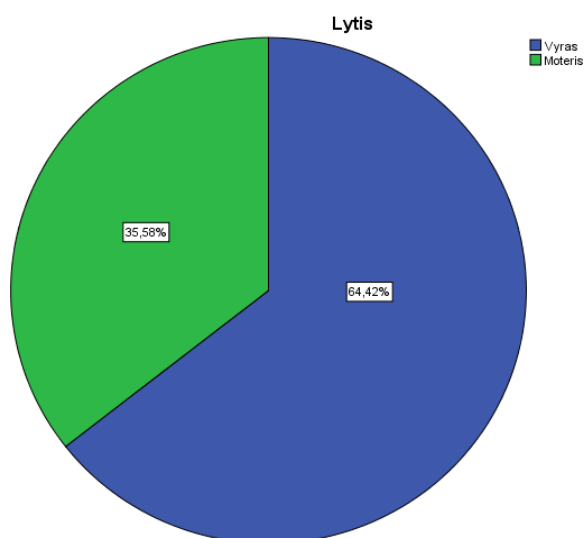
Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS 20.0 programą. Tyrimo metu, priklausomai nuo turimų duomenų tipo, naudojami skirtingi statistiniai kriterijai. Tyrimo naudojamų statistinių kriterijų apibendrinimas pateikiamas 1 lentelėje. Skirtumas tarp dviejų nepriklausomų grupių duomenų laikytas statistiškai reikšmingu, kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

1 lentelė. Tyrimo naudoti statistiniai kriterijai

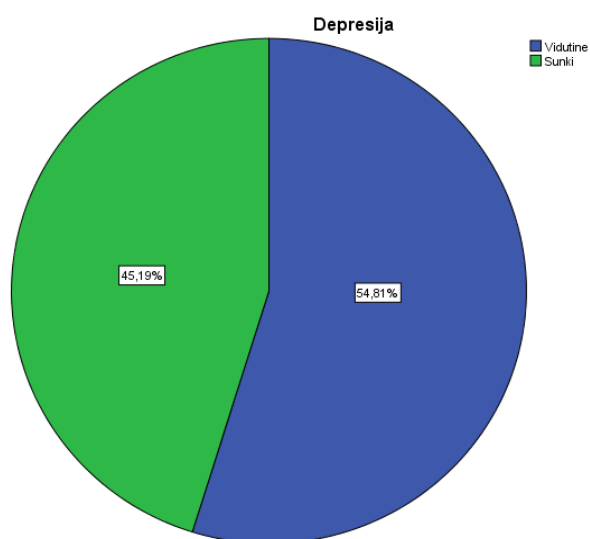
Statistinis kriterijus	Taikymo sritis
Dažnių lentelės ir stulpelinės diagramos	Tiriamųjų demografinių charakteristikų apibendrinimas ir procentinis respondentų pasiskirstymas.
Mann-Whitney ir Kruskal-Wallis kriterijai	Savižudybės rizikos skirtumų tarp skirtingų lyčių ir skirtingą depresijos lygį turinčių asmenų nustatymas.

3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

3.1. Rezultatai

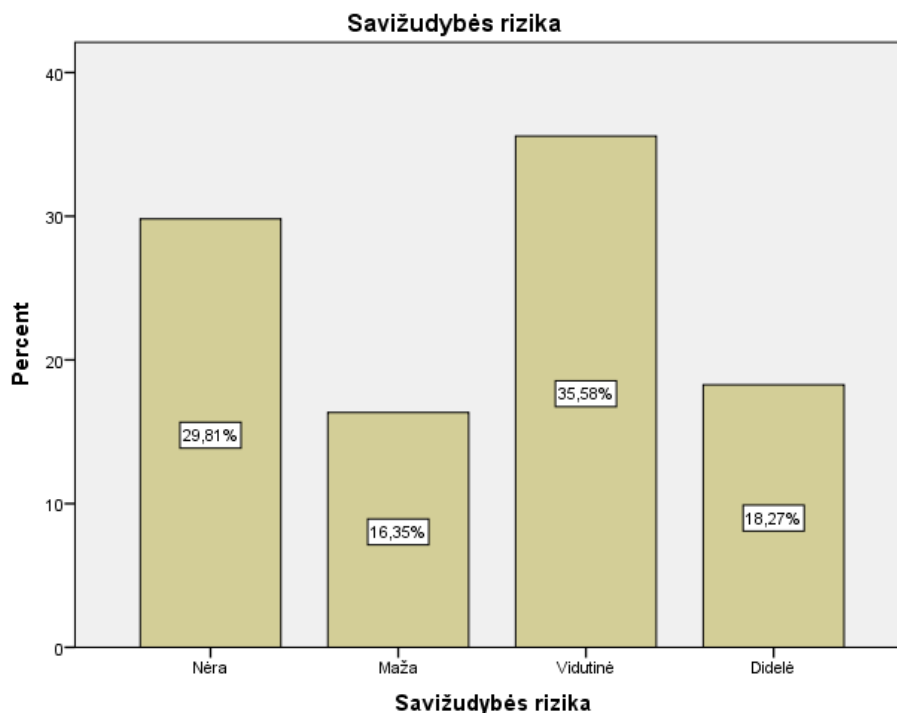


1pav. Vyrų ir moterų santykis tarp tiriamųjų



2 pav. Vidutinės ir sunkios depresijos santykis tarp tiriamųjų

Kaip matyti iš 1pav., tyrime daugumą sudaro vyrai (64,42%, mėlyna spalva). Kiek daugiau nei pusė (54,81%, mėlyna spalva) tyrime dalyvavusių asmenų serga vidutine depresija (2pav.).



3pav. Savižudybės rizikos dydžio pasiskirstymas tarp tiriamųjų

Kaip matyti iš 3pav., daugiausiai (35,58%) respondentų turi vidutinę savižudybės riziką, šiek tiek mažesnei daliai (29,81%) - jos visai nėra, tuo tarpu didelę ir mažą savižudybės riziką turi atitinkamai 18,27% ir 16,35% respondentų.

2 lentelė. Testas savižudybės rizikos pasiskirstymo atitikimui normaliajam skirstiniui nustatyti

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Savižudybės rizika	0,238	104	0,000	0,843	104	0,000

a - Lilliefors Significance Correction

Atlikus Kolmogorovo-Smirnovo testą, savižudybės rizikos pasiskirstymo atitikimui normaliajam skirstiniui, nustatyta, kad duomenys neatitinka normaliojo skirstinio ($p < 0,05$), todėl savižudybės rizikos skirtumams tarp lyčių ir skirtingų depresijos formų vertinimui bus naudojami neparametriniai Mann-Whitney ir Kruskal-Wallis testai. Laikysime, kad egzistuoja statistiškai reikšmingi savižudybės rizikos skirtumai tarp grupių, jei naudojamo kriterijaus statistikos p reikšmė bus mažesnė nei 0,05.

3 lentelė. Savižudybės rizika priklausomai nuo lyties

Lytis		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Savižudybės rizika	Vyras	67	55,13	3694,00	1063,00	0,211
	Moteris	37	47,73	1766,00		
	Total	104				

Kaip matyti iš 3 lentelėje pateiktų Mann-Whitney testo rezultatų, vyrų vidutinė savižudybės rizika yra didesnė nei moterų, tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($p=0,211>0,05$).

4 lentelė. Savižudybės rizika priklausomai nuo depresijos formos

Depresijos forma		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Savižudybės rizika	Vidutinė	57	41,42	2361,00	708,00	0,000
	Sunki	47	65,94	3099,00		
	Total	104				

Sunkia depresijos forma sergantieji turi kur kas didesnę riziką į savižudybę nei tie, kurie serga vidutinio sunkumo depresija (4 lentelė), šis savižudybės rizikos skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p=0,000<0,05$).

5 lentelė. Savižudybės rizika priklausomai nuo lyties ir depresijos formos

Lytis ir depresijos forma		N	Mean Rank	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Savižudybės rizika	Vyras_vidutinė depresija	37	44,38	20,24	3	0,000
	Vyras_sunki depresija	30	68,40			
	Moteris_vidutinė depresija	20	35,95			
	Moteris_sunki depresija	17	61,59			
	Total	104				

Norėdami išsiaiškinti kaip skiriasi savižudybės rizika tarp skirtingą depresijos formą turinčių vyrų ir moterų, duomenys buvo sugrupuoti, o Kruskal-Wallis testo rezultatai pateikti 5 lentelėje. Akivaizdu, kad sunkia depresijos forma sergantieji tiek vyrai, tiek moterys pasižymi didesne savižudybės rizika, skirtumai tarp gautų grupių yra statistiškai reikšmingi ($p=0,000<0,05$), tačiau tam, kad išsiaiškinti kurie tiksliai skirtumai yra statistiškai reikšmingi atliksime 6 porinius tarpusavio palyginimo testus.

6 lentelė. Savižudybės rizikos palyginimas tarp skirtingą depresijos formą turinčių vyrų ir moterų

Lytis ir depresijos forma		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Savižudybės rizika	Vyras_vidutinė depresija	37	27,24	1008,00	305,00	0,001
	Vyras_sunki depresija	30	42,33	1270,00		
	Total	67				
Savižudybės rizika	Vyras_vidutinė depresija	37	30,24	1119,00	324,00	0,415
	Moteris_vidutinė depresija	20	26,70	534,00		
	Total	57				
Savižudybės rizika	Vyras_vidutinė depresija	37	24,89	921,00	218,00	0,060
	Moteris_sunki depresija	17	33,18	564,00		
	Total	54				
Savižudybės rizika	Vyras_sunki depresija	30	32,15	964,50	100,50	0,000
	Moteris_vidutinė depresija	20	15,53	310,50		
	Total	50				
Savižudybės rizika	Vyras_sunki depresija	30	24,92	747,50	227,50	0,507
	Moteris_sunki depresija	17	22,38	380,50		
	Total	47				
Savižudybės rizika	Moteris_vidutinė depresija	20	14,73	294,50	84,50	0,008
	Moteris_sunki depresija	17	24,03	408,50		
	Total	37				

Kaip matyti iš 6 lentelėje pateiktų rezultatų, sunkia depresija sergančių vyrų savižudybės rizika yra aukštesnė nei sergančiųjų vidutine depresija ($p=0,001<0,05$).

Sergančių vidutine depresijos forma, vyrų ir moterų savižudybės rizika statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p=0,415>0,05$).

Moterų, sergančių sunkia depresijos forma, savižudybės rizika yra didesnė nei vidutine forma sergančių vyrų, tačiau su 95% pasiklovimo lygmeniu negalime atmesti hipotezės apie jų lygybę (ją galime atmesti su 90% pasiklovimo lygmeniu nes $p=0,060<0,1$).

Sunkia depresija sergančių vyrų savižudybės rizika yra aukštesnė nei sergančiųjų vidutine depresija moterų ($p=0,000<0,05$).

Sergančių sunkia depresijos forma, vyrų ir moterų savižudybės rizika statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p=0,507>0,05$).

Sunkia depresija sergančių moterų savižudybės rizika yra aukštesnė nei tų moterų, kurios serga vidutine depresija ($p=0,008<0,05$).

3.2. Rezultatų aptarimas

Lietuvoje toks tyrimas, kuriame būtų tiriama depresija sergančių pacientų savižudybės rizika, daromas nebuvo. Atlikus šį tyrimą, nustatėme, kad didžioji dalis (35,58%) pacientų, sergančių vidutine ar sunkia depresija, turi vidutinę savižudybės riziką, didelę riziką turi 18,27%, mažą – 16,35%, rizikos neturi 29,81%. Bandant paaiškinti, kodėl beveik 1/3 respondentų neparodė jokios savižudybės rizikos, galima iškelti hipotezę, kad nemaža dalis pacientų, galbūt, vengia atskleisti tikrąją savo būklę „svetimam“ žmogui (vykdžiusiam tyrimą), dėl vyraujančio neigiamo visuomenės požiūrio į asmenis turinčius psichikos sutrikimų, taip pat tokį rezultatą galimai įtakojo ir anketos apribojimai, kadangi, tyrimo metu, dalis respondentų teigė, jog turėjo minčių apie savižudybę, norėjo susižaloti, galvojo apie savižudybę ar turėjo savižudybės planą (pirmieji 4 anketos klausimai) daugiau nei prieš mėnesį (anketoje šie klausimai apiboti 1 mėnesio laikotarpiu).

Šio tyrimo metu lyginome savižudybės rizikos skirtumus priklausomai nuo lyties ir depresijos formos. Nustatėme, kad sunkia depresijos forma sergantys pacientai turi kur kas didesnę riziką į savižudybę nei tie, kurie serga vidutinio sunkumo depresiją, šis savižudybės rizikos skirtumas yra statistiškai reikšmingas. Lyginant rizikos skirtumus tarp lyčių, nenustatėme statistiškai reikšmingo skirtumo nei tarp sunkia, nei vidutine depresija sergančių vyrų ir moterų.

Užsienyje atlikto tyrimo, vertinant depresija sergančių pacientų savižudybės riziką, rezultatai skiriasi nuo mūsų gautų rezultatų. „Lundby“, ilgalaikės studijos, metu buvo tiriami 3563 respondentai 54 – 64 metus, tarp kurių 508 sirgo depresija (196 vyrai, 312 moterų) [51]. Savižudybės rizika nustatyta 6% respondentų su depresijos diagnoze, taip pat nustatytas savižudybės rizikos skirtumas tarp lyčių – vyrų suicido rizika buvo statistiškai reikšmingai didesnė nei moterų [51]. Rizika vertinta pokalbio su psichiatru metu. Manome, kad rezultatai skiriasi dėl didelio tyrimuose dalyvavusių respondentų skaičiaus bei naudotų metodikų skirtumo.

Šio tyrimo rezultatai turėtų paskatinti gydytojus kasdienėje klinikinėje praktikoje daugiau dėmesio skirti pacientams sergantiems depresija, jų savižudybės rizikos vertinimui ir bandymo žudyti bei savižudybės prevencijai. Prevencinių priemonių įvedimas bei taikymas yra ypač aktualus PSP įstaigose, kadangi, literatūros duomenimis, ~ 2,5 karto daugiau asmenų apsilanko pas PSP specialistą, nei psichiatrą, prieš įvykdant savižudybę, apskaičiuota, kad 45% pacientų prieš savižudybę konsultavosi su PSP gydytoju vieno mėnesio – metų laikotarpiu, pas psichiatrą, tuo pačiu laiko tarpu, apsilankė 20% [42].

4. IŠVADOS

1. Didžioji dalis pacientų (35,58%), kuriems buvo diagnozuota vidutinė ar sunki depresijos forma, turi vidutinę savižudybės riziką, ~1/3 pacientų neparodė jokios savižudybės rizikos, didelę ir mažą riziką turi atitinkamai 18,27% ir 16,35% respondentų.

2. Sunkia depresijos forma sergančiųjų savižudybės rizika yra statistiškai reikšmingai didesnė už tų, kurie serga vidutinio sunkumo depresija.

3. Sergančių vidutine ar sunkia depresijos forma vyrų ir moterų savižudybės rizika statistiškai reikšmingai nesiskiria.

5. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. PSP specialistai turėtų atkreipti daugiau dėmesio į depresiją sergančius pacientus ir įvertinti jų savižudybės riziką. Šiam tikslui pasiekti jie turėtų būti apmokomi, kadangi, literatūros duomenimis, PSP gydytojai dažnai nežino kaip vertinti savižudybės riziką, kaip pradėti pokalbį tokia tema su pacientu.
2. Esant nustatytai savižudybės rizikai, imtis prevencinių priemonių jai sumažinti ir išvengti asmens mėginimo žudyti bei savižudybės. Tam pacientas turėtų būti kuo greičiau nukreiptas psichiatro konsultacijai, kur jam būtų suteikta reikiama pagalba.

6. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in DK. Epidemiological studies of suicide and intervention. Dan Med Bull. 2007; 54(4): 306-69.
2. Ogilvie DN, Stone PJ. Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university. Suicidology Online. 2010; 1: 5-18.
3. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. Br J Psychiatry. 2005; 186: 314–318.
4. Jaunimo psichinė sveikata ir savižudybės. 2013, balandis Nr. 2 (88) ISSN 1822-4156
5. Thomas A, Combalbert N, Fay J, Paquis J. Morbidity-mortality review in psychiatry: suicide or suicide attempts. Encephale. 2010; 36(2): 32-40.
6. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, WHO, 1999.
7. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychol Med. 1999; 29(1): 9-17.
8. Ona Davidonienė. Savižudybės Lietuvoje psichikos sveikatos ir platesniame kontekste. Psichiatrijos žinios 2009 m. lapkritis – gruodis, Nr. 4 (57).
9. Shneidman E.S. Savižudžio sąmonė. V., 2002. 151 p.
10. Gyd. Alvydas Navickas. Požiūrių į savižudybę aspektai.
11. Hooper LM, Epstein SA, Weinfurt KP, et al. Predictors of primary care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. J Behav Health Serv Res. 2012;39(2):103-115.
12. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can we really prevent suicide? Curr Psychiatry Rep. 2012;14(6):624-633.
13. Neves MG, Leanza F. Mood disorders in adolescents: diagnosis, treatment, and suicide assessment in the primary care setting. Prim Care. 2014;41(3):587-606.
14. Kuo DC, Tran M, Shah AA, Matorin A. Depression and the Suicidal Patient. Emerg Med Clin North Am. 2015 Nov;33(4):765-78.
15. Kennedy SH, Lam RW, Nutt JD, &ase ME, editors. Treating depression effectively: applying clinical guidelines. Bodmin, Cornwall: MPG Books; 2007.
16. Lester H, Howe A. Depression in primary care: three key challenges. Postgrad Med J [online] 2008; Oct, 84(996): 545-8.

17. Saver BG, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher MP. A Qualitative Study of Depression in Primary Care: Missed Opportunities for Diagnosis and Education. JABFM [online] 2007; 20: 28–35.
18. Toney SD. Identifying and managing depression in women. J Manag Care Pharm [online] 2007; Nov, 13 (9 Suppl A): S16-22.
19. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatr Scand. 2006; 114(3): 151-8.
20. Vita Danilevičiūtė, Virginija Adomaitienė, Leonas Valiu, Ona Davidonienė. Depresijų paplitimas Lietuvoje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2008, tomas XII, Nr. 12.
21. Nijolė Lapkauskienė. Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai. Vilnius, 2004. 107 – 109 psl.
22. Ona Davidonienė, Jelena Stanislavovienė, Janina Utkuvienė. Depresiško paplitimas tarp lietuvių kaimo gyventojų. ISSN 1392-6373 Sveikatos mokslai 2012, Volume 22, Number 1, p. 15-20.
23. University of Granada. Depression may be a systemic disease, say researchers. Published on March 2, 2016 at 6:03 AM.
24. Diagnosing, Screening, and Monitoring Depression in the Elderly: A Review of Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015 Sep.
25. Murray C.J., Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury series, Vol.1).
26. Psichiatrijos aktualijos 2010/1. Neišnaudotų depresijos gydymo galimybių pasekmės.
27. Young AS., Klap R, Shoai R, Wells KB. Persistent Depression and Anxiety in the United States: Prevalence and Quality of Care. Psychiatr Serv [online] 2008; December 59: 1391-1398.
28. The World Health Report – Mental health: New Understanding, New Hope. Available at: <http://www.who.int/whr/en/>. Paskutinis apsilankymas 2008-10-10.
29. Shvartzman P, Weiner Z, Vardy D, Friger M, Sherf M, Biderman A. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. Scand J Prim Health Care [online] 2005; 23: 18-25.
30. Stanislavovienė J, Pajarskienė B, Jankauskas R, Miliajaviene J. Vilniaus miesto dirbančiųjų depresinių būsenų paplitimas. Medicinos teorija ir praktika, 2006; (12)2:169-175.

31. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Rejas Gutiérrez J, Blanca Tamayo M, Serrat Tarrés J, Llopart López JR. Comorbidity and related costs as a burden in the treatment of outpatients with depressive disorders in a primary care setting. *Fam Hosp* [online] 2007; Mar-Apr, 31(2): 101-5.
32. Žilinskas M.K. Depresinės nuotaikos ir depresijos diagnostika bendrosios praktikos gydytojo darbe: daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2003.
33. Šidlauskaitė-Stripeikienė I, Žemaitienė N, Klumbienė J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Medicina (Kaunas)*, 2010;46(10):693-9.
34. Gill TS. Sunkia depresija sergantis pacientas. Kn.: Khouzam HR, Tan DT, Gill TS. *Psichiatrijos vadovas*. Vilnius: UAB „Vaistų žinios“; 2008. p. 142-156.
35. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Murlow CD, Lohr KN. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* [online] 2002; 136: 765-776.
36. Eglė Urbonavičiūtė. Ambulatorinių pacientų depresijos simptomų sąsaja su pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos apkrova. Kaunas, 2009. 117 psl.
37. Stead L, Stead SM, Kaufman MS, red. *First aid for the psychiatry clerkship: a student to student guide*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 25-33.
38. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [online] 2005; 7(4): 167-176.
39. Daubaras G. Depresijų diferencinė diagnostika somatinėse gydymo įstaigose. *Neurologijos seminarai* [online] 2005; 9 (24): 69-77.
40. Bradvik L, Berglund M. Repetition and severity of suicide attempts across the life cycle: a comparison by age group between suicide victims and controls with severe depression. *BMC Psychiatry*. 2009; 9:62.
41. Galfalvy HC, Oquendo MA, Mann JJ. Evaluation of clinical prognostic models for suicide attempts after a major depressive episode. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 117 (4): 244-52.
42. Valerie Bono, MS, PA-C; Christine Lazaros Amendola, MS, PA-C. Primary care assessment of patients at risk for suicide. *American Academy of Physician Assistants*. 2015. DOI: 10.1097/01.JAA.0000473360.07845.66
43. www.vpsc.lt. Valstybinio psichikos sveikatos centro prieiga internete.
44. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ (Pasaulio sveikatos organizacijos prieiga internete).
45. www.wingofmadness.com/what-does-depression-feel-like/
46. www.debate.org/opinions/is-depression-a-real-disease

47. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Kaunas: Medicina; 1997. p. 1-26, 88-115.
48. http://ec.europa.eu/health/indicators/international_classification/index_lt.htm
49. www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0EA8385243A8
50. www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2011MVP/Sveik_sekt_prioritetu_2014-2020m_ES_struk_paramos_pan_vertinimo_1_priedas.pdf
51. Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P, Munk-Jørgensen P, Bhugra D. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. J Affect Disord. 2005 Aug;87(2-3):151-60.

7. PRIEDAI

7.1. 1 priedas.



LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

BIOETIKOS CENTRAS

Kodas 302536989, A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas, tel.: (8 37) 327233, viet. tel.: 5121, www.lsmuni.lt, el.p.: sochumkatedra@lsmuni.lt

Medicinos akademijos (MA)

2015-03-04

Nr. *BEC-MF-568*

Vientisųjų studijų programa – MEDICINA

V k. stud. Laurai Maurušaitytei

DĖL PRITARIMO TYRIMUI

LSMU Bioetikos centras, įvertinęs (MA) vientisųjų studijų programos – MEDICINA V k. stud. Lauros Maurušaitytės (mokslinio darbo vadovė: gyd. Aida Kunigėlienė, Psichiatrijos klinika) mokslinio-tiriamąjo darbo temas: „Pacientų, sergančių depresija, polinkio į savižudybę vertinimas“ tiriamojo darbo anotaciją, tiriamojo asmens informavimo formą, tiriamojo asmens sutikimo formą ir anketą, kurie leidžia spręsti, jog planuojamame tyrime neturėtų būti pažeistos tiriamojo teisės, todėl šiam tyrimui pritariama.

Bioetikos centro vadovo pavaduotojas

doc. E. Peičius

7.2. 2 priedas.

ASMENS INFORMAVIMO IR INFORMUOTO SUTIKIMO FORMA

Biomedicininis mokslinis tyrimas

„ Pacientų, sergančių depresija, polinkio į savižudybę vertinimas “

Šioje formoje pateikta Jums skirta informacija apie Lietuvos Sveikatos Mokslų Universiteto Kauno Klinikų Psichiatrijos skyriuje vykdomą mokslinį tyrimą „Pacientų, sergančių depresija, polinkio į savižudybę vertinimas“. Čia bus aptariama tyrimo atlikimo priežastys, mokslinio tyrimo procedūros, nauda, rizika, galimi nepatogumai ir kita svarbi informacija.

Jei nuspręsite dalyvauti, prašysime Jūsų pasirašyti šią sutikimo formą.

Planuojamo biomedicininio tyrimo sritis, tikslas, pagrindimas ir kita svarbi informacija apie tyrimą:

Šio biomedicininio tyrimo tikslas yra nustatyti pacientų, sergančių depresija, polinkį į savižudybę. Galima rizika/žala nenumatoma. Nustačius esamą polinkį į savižudybę, bus rekomenduojama imtis visų galimų prevencinių priemonių.

Jeigu sutiksite dalyvauti šiame tyrime Jums bus pateikta MINI klausimyno 6 versijos lietuviško varianto dalis apie polinkį į savižudybę.

Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas. Jūs turite teisę atsisakyti dalyvauti tyrime. Pradėjęs dalyvauti, galite bet kada iš jo pasitraukti. Jūsų sprendimas atsisakyti dalyvauti ar nutraukti dalyvavimą niekaip neįtakos Jums teikiamos sveikatos priežiūros ir gydymo kokybės.

Galimi tyrimo nepatogumai:

Šio tyrimo metu jokie nepatogumai nenumatomi.

Aš, _____, sutinku dalyvauti Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos fakulteto studentės Lauros Maurušaitytės atliekamame tyrime, vertinant pacientų, sergančių depresija, polinkį į savižudybę.

Informacija kontaktams :

Jūs turite teisę bet kuriuo metu užduoti su tyrimu susijusius klausimus – nedvejodami kreipkitės į tyrėją Laurą Maurušaitytę (mob.tel : +37063635340). Dėl savo, kaip tyrimo dalyvio teisių, galite kreiptis į Lietuvos bioetikos komitetą, tel. (8~5) 2124565, į Vilniaus regioninį biomedicininių tyrimų etikos komitetą, tel (8~5) 2986998 arba Kauno regioninį biomedicininių tyrimų etikos komitetą, tel. (8~37)326901.

Tiriamąjo asmens

(Parašas)

Nr. _____

Data _____

C. POLINKIS Į SAVIŽUDYBĘ

Ar per pastarąjį mėnesį:

				Taškai
C1	Norėjote numirti ar galvojote, kad būtų geriau jei būtumėte miręs?	NE	TAIP	1
C2	Norėjote susižaloti?	NE	TAIP	2
C3	Galvojote apie savižudybę?	NE	TAIP	6
C4	Turėjote savižudybės planą?	NE	TAIP	10
C5	Mėginote nusižudyti?	NE	TAIP	10

Per savo gyvenimą:

C6	Ar kadanors bandėte nusižudyti?	NE	TAIP	4
----	---------------------------------	----	------	---

Ar bent į 1 iš pateiktų klausimų atsakyta **TAIP**?

JEI TAIP, susumuokite taškus (C1-C6) ir nustatykite savižudybės rizikos laipsnį:

1-5 taškai - maža

6-9 taškai - vidutinė

≥10 taškai – didelė

JeI TAIP, prašau pakomentuoti ar šis pacientas gali būti saugiai įtrauktas į studiją.

8. PADĖKA

Nuoširdžiai noriu padėkoti savo darbo vadovei Dr. Aidai Kunigėlienei už kantrybę, pagalbą ir naudingus patarimus ruošiant šį darbą.