

*Pôvodná práca***Závažnosť suicidálneho rizika v korelácii s religiozitou
u depresívnych pacientov na Slovensku**

Mária Krížová

Súhrn

Práca sa venuje suicidalite, pretrvávajúcemu celosvetovému problému zdravotníctva, zasahujúcemu do všetkých klinických odborov medicíny, medzi ktorými má psychiatria popredné miesto. Cieľom výskumu bolo sledovať suicidálne riziko v korelácii so známym protektívnym faktorom – religiozitou v rizikovej skupine – u 102 psychiatrických pacientov s diagnostikovanou depresívnou poruchou. Zvláštnu pozornosť sme venovali etiológii a hĺbke depresie ako možným participujúcim faktorom. Na sledovanej vzorke pacientov sme zároveň skúmali demografické charakteristiky v korelácii so suicidálnym rizikom s pokusom o identifikáciu „najrizikovejšej“ skupiny z hľadiska veku, pohlavia, vzdelania, zamestnania a rodinného stavu s porovnaním so slovenskými štatistickými údajmi.

Napriek tomu, že v sledovanej vzorke pacientov bolo riziko suicidálnej aktivity medzi veriacimi a neveriacimi (resp. nepraktizujúcimi náboženstvom) približne rovnaké, „dôvody pre život“ boli u veriacich jednoznačne intenzívnejšie a motivácia k životu silnejšia. Signifikantnú odlišnosť v prospech veriacich sme zaznamenali nielen v predpokladanom okruhu otázok morálnych, ale prekvapujúco aj v iných sledovaných motivujúcich doménach typu rodina, vzťah k suicídiu či obavy zo sociálneho odmietnutia.

Prácu pokladáme za prierezovú štúdiu na pomerne malej vzorke pacientov, ale s motiváciou k aktívnemu prístupu ku každému potenciálne rizikovému pacientovi so skúmaním jeho individuálnych „dôvodov pre život“, čo môže významne prispieť k orientácii v ďalšom terapeutickom postupe (*obr.11, tab.12, lit. 33*).

Kľúčové slová: suicídium, suicidalita celosvetovo, suicidalita v SR, rizikové a protektívne faktory, religiozita, depresia – suicidalita – religiozita.

Summary

This paper deals with the suicide, outlasting, all the world problem of the health service, touching all fields of medicine, the psychiatry on the first place among them. The main task of the research was to study the risk of suicide correlated to the well-known protective factor – religion among the risk group of patients with the depression. There were paid attention to ethiology and severity of depression too. On this sample I have researched the demographic characteristics in correlation with the suicide risk and I have tried to identify the most risk group due to its age, gender, education, job and marital status comparing with slovak statistic data.

In spite of the fact that the suicide activity risk in the aim group was among „believers“ and „nonbelievers“ approximately the same, „the reasons for life“ and the motivation to live have been much stronger in believers group. Surprisingly, we have perceived significant difference in „believers group“ favour not only in moral objections subscale, but also in subscales of responsibility to family, the fear of suicide and the fear of social disapproval as well.

Psychiatrické oddelenie ÚVN Ružomberok

Adresa: MUDr. Mária Krížová, PhD., Ústredná vojenská nemocnica Ružomberok, Psychiatrické oddelenie, ul. Gen. Vesela 21, Ružomberok, Slovenská republika.
marikakrizova@yahoo.com

This paper is considered to be just a cross-section study researched on a small sample, but it can inspire the experts to the active approach to each potential risk patient researching his individual „reasons for life“, which can contribute to successive therapy procedure specification (Fig.11, Tab.12, Ref. 33).

Key words: suicide, suicide in the worldwilde context, suicide in Slovak Republic, risk and protective factors, religious affiliation, depression – suicide – religion.

Úvod

Štúdium pôsobenia religiozity na psychické zdravie človeka výrazne pokročilo v období osvietenstva [9]. V histórii ľudstva sa religiozita a spiritualita spájali s účinnými liečebnými praktikami – s používaním nadprirodzených metód (rituály, modlitby, púte a pod.) [9].

Religiozita v korelácii s rôznymi faktormi bola a v súčasnosti je predmetom skúmania početných štúdií vo svete.

R.1987 Durkheim prvýkrát uviedol inverzný vzťah medzi religiozitou a suicidiom. Odvtedy tento vzťah potvrdilo množstvo ďalších štúdií. Rozsiahlu štúdiu tohto charakteru (zaradených 19 krajín s N=28085) realizovali Neeleman a kol. [18]. Závety štúdií potvrdzujú protektívny charakter religiozity pred suicidálnymi ideáciami a aktivitou. Viera v Boha, návštevnosť bohoslužieb, či religiózna výchova boli v inverznom vzťahu k počtu suicidií [13, 16, 19, 28].

Braam a kol. [3] na skúmanej vzorke (N=177) potvrdili významnosť religiozity nielen v pozitívnej asociácii s menším rizikom depresie, ale aj s remisiou u tých, ktorí boli liečení na depresiú na začiatku 1-ročnej štúdie. Koenig a kol. skúmali súvislosť medzi intrinsickou religiozitou a remisiou u 94 pacientov nad 60 rokov v priebehu jedeného roka s potvrdením signifikantnej asociácie intrinsickej religiozity s väčšou pravdepodobnosťou remisie ako aj rýchlejšieho dosiahnutia remisie [11]. V štúdiu, ktorá skúmala v rámci komplexnej terapie depresie štandardnú kognitívne-behaviorálnu psychotherapiu (KBT), v porovnaní so samostatnou pastorálnou starostlivosťou a KBT s religióznym zameraním, bol výsledok štúdie jednoznačný v prospech KBT s religióznym zameraním ako najúčinnnejšej intervencie z uvedených 3 možností [21]. Murphy a kol. skúmali pôsobenie religiozity u HIV pozitívnych pacientov so záverom, že religiózni pacienti trpeli beznádejou a depresiou menej ako nereligiózni [17].

Malý počet autorov konštatuje rôzne variácie vzájomnej asociácie medzi religiozitou a depresiou. Okrem profylaktického a preventívneho účinku sa uvádzajú ďalšie možnosti:

- vzťah medzi nimi neexistuje,
- religiozita je hlavný patogenetický faktor,
- religiozita je symptóm psychickej poruchy [2, 20].

Závety autorov sa rôznia. Rôzne zdroje sa zhodujú v údajoch, že židia a katolíci páchajú suicidiá menej často ako protestanti a príslušníci iných náboženstiev (celkovo je v dejinách Hebrejov zmienok o suicidalite minimálne, pravdepodobne išlo o veľmi zriedkavý jav) [26]. U židovského národa sú hodnota života a právo na život posvätnéjšie a sú hájené intenzívnejšie ako u iných národov. Kresťanstvo je vlastne pokračovaním judaizmu, z judaizmu vzišlo, na judaizmus

nadväzuje a v otázkach a princípoch postoja k životu a smrti zostáva v zásade totožné.

Slovensko je krajina, v ktorej sa podľa štatistických údajov hlási pomerne vysoké percento obyvateľstva ku kresťanskému katolíckemu náboženstvu. Depresívna porucha postihuje rovnako veriacich aj neveriacich. Človek – pacient s manifestnými symptómami depresívneho syndrómu je vždy pacient potenciálne „rizikový“ v zmysle nebezpečia suicidálnej aktivity.

Práve religiozitu, ako predpokladaný protektívny faktor, sme sa rozhodli skúmať na rizikovej skupine – vzorke depresívnych pacientov na Slovensku.

Korelácia depresia-suicidalita-religiozita bola hlavným predmetom nášho výskumu, s nastolením otázky: do akej miery je náboženskosť skutočne protektívnym faktorom pred rizikom suicidálnej aktivity u depresívnych pacientov hlásiacich sa k určitej náboženskej denominácii v porovnaní s pacientmi „neveriacimi“, súčasne so sledovaním etiologického faktoru a faktoru závažnosti – hĺbky diagnostikovanej depresie.

Základná otázka „či je religiózny človek v stave depresie určitým spôsobom chránený pred realizáciou suicídia na základe zvnútorneho náboženského presvedčenia“ bola rozdelená na ďalšie podotázky, ktoré sme v práci skúmali.

Cieľ výskumu

Cieľom výskumu bolo skúmať religiozitu ako predpokladaný protektívny faktor pred suicidálnou aktivitou na vzorke pacientov s diagnostikovanou depresívnou poruchou. Religiozita – nábožnosť – podľa Stríženca znamená osobný a kladný vzťah človeka k náboženstvu (Bohu), zahrňujúci komplex javov, najmä rôzne formy myslenia (dimenzia poznatkov), prežívania (náboženské city) a konania (kult, aktivita, zameraná na náboženské spoločenstvá) [29, 31]. Na zisťovanie religiozity sa často využívajú štatisticko-demografické údaje. Aj keď tieto štatistické šetrenia a výskumy verejnej mienky predstavujú len hrubé orientačné miery o výskyte religiozity (zachytávajú len vonkajšie formálne znaky ako príslušnosť k cirkvi, návštevnosť bohoslužieb), udávajú sa nasledovné percentá na základe sebahodnotenia Slovákov: 23 % sa pokladá za výrazne nereligióznych, 19 % ani za religióznych ani za nereligióznych, 44 % za mierne religióznych a 11 % za veľmi religióznych [31]. „Kvantifikovať“ hĺbku religiozity je mimoriadne zložité. Stríženec, ktorý je na Slovensku predstaviteľom pomerne novej vednej disciplíny – psychológie náboženstva, opisuje vývoj

chápania religiozity od jednodimenzionálneho javu (zistovaného napr. návštevnosťou kostola), cez bipolárne chápanie (napr. zvnútornená – vonkajšková), k multidimenzionálnemu chápaniu (uvažované faktory – chápanie Boha, zaangažovanosť do hľadania pravdy, postoj k cirkevnému tradicionalizmu, deterministický fatalizmus, pestovanie „dobroty srdca“) [30].

Okrem známeho Durkheimovho modelu sociálnej integrácie zdôrazňujúceho význam integrácie jednotlivca do náboženskej skupiny (priamoúmerný vzťah) sa v praxi viac potvrdil druhý model – Stackov model náboženskej angažovanosti [30]. Podľa Stacka je určité jadrové presvedčenie o spásе a jej dosiahnutí postačujúcim protektívnym faktorom pred suicídiom. Predpokladá, že pred ostatnými náboženskými dogmami je to práve viera v posmrtný život (a jeho charakter odmeny za prekonanú životnú krízu), ktorá je tým dominujúcim protektívnym faktorom znižujúcim riziko suicidálnej aktivity. Stack a Lester [28] sledovali názory na suicidalitu v závislosti na prislusnosti k religiozite. Vychádzali z odpovedí na otázku: „Myslíte si, že človek má právo ukončiť svoj život, ak má nevyliciteľnú chorobu?“ Náboženskú angažovanosť definovali pomocou frekvencie návštev kostola na 8-bodovej škále. Záver výskumu potvrdil nepriamoúmerný vzťah – čím vyššia návštevnosť kostola, tým menší súhlas so suicídiom. Nebol potvrdený Durkheimov model, ani rozdiel medzi katolíkmami a protestantmi, čo viedlo k ich záveru, že náboženská denominácia pravdepodobne ovplyvňuje názor na suicidalitu nepriamo, cez návštevnosť kostola [28]. Je nutné zopakovať, že „hĺbku“ religiozity, resp. náboženského presvedčenia nemožno kvantifikovať len na základe frekvencie návštev kostola, resp. účasti na bohoslužbách.

Cieľom práce nie je rozoberať religiozitu, jej typológie a jednotlivé formy, ale sledovať jej vplyv na konanie pacienta v období depresie, preto spomenieme len pre klinickú prax zaujímavú a významnú Allportovu religiozitu zvnútornenú – intrinsickú (náboženstvo ako cieľ, žitie náboženského kréda s jeho vplyvom na celý život), a vonkajškovú – extrinsickú (použitie náboženstva na dosahovanie individuálnych cieľov) [31]. Stríženec konštatuje, že podporný a terapeutický účinok religiozity sa týka zvlášť zvnútornenej formy, ktorá významne koreluje s viacerými premennými v oblasti zvládania záťažových životných situácií, riešenia životných problémov, kvality života a konečne aj so skorším zlepšením depresie [10].

Podobne k Franklovi a jeho existenciálnemu postoju (viera v nejaký vyšší zmysel je podstatná aj pre psychotherapiu) s rovnako koncipovaným pozitívnym vplyvom religiozity na zdravotný stav človeka, sa hlásia aj Křivohlavý, Thoresen a ďalší [12].

Metodika

1. Klinický rozhovor a kompletné psychiatrické vyšetrenie.
2. Beckova sebaopisovacia škála depresie.

3. Beckova škála suicidálnej ideácie (SSI – Scale of Suicide Ideation) [1].

4. Linehanovej RFL dotazník

RFL – Reasons for Living Scale – „dôvody pre žitie“ je sebaopisovacia škála s cieľom hodnotenia potenciálnych dôvodov pre nespáchanie suicídia. Škála je jedna z mála inštrumentov na hodnotenie protektívnych faktorov pred suicidálnym správaním. Je rozšírená hlavne jej skrátená verzia RFL-48 (48 položiek, z pôvodných 72). V dotazníku respondenti hodnotia stupeň súčasnej dôležitosti každej položky ako dôvodu, pre ktorý by nespáchali suicídium. Ide o 6-škálové hodnotenie, pričom: 1 – vôbec nie je dôležité, 6 – extrémne dôležité. RFL predpokladá hodnotenie 6 domén dôvodov pre život: 1. viera v schopnosť prežiť, zvládnuť záťaž a prispôbiť sa, 2. zodpovednosť a viazanosť na rodinu, 3. pozornosť orientovaná na deti, 4. obavy zo suicídia, 5. obavy zo sociálneho „odsúdenia“ a odmietnutia spoločnosťou, 6. morálne dôvody. RFL poskytuje celkové skóre (288 bodov) ako aj skóre jednotlivých subškál, ktoré korešpondujú s horouvedenými, ale Linehanová predpokladá, že predovšetkým subškálové skóre by mohli byť viac užitočné vo vedení terapeutickú stratégiu ako celkové skóre [14, 32, 33].

Štatistické metódy

Dáta boli editované do tabuliek programu MS Excel. Na štatistické vyhodnotenie sme použili analytické nástroje – Fisherovu faktorovú analýzu rozptylu ANOVA. Na testovanie rovnosti rozptylov, ako predpokladu použitia ANOVY sme aplikovali Bartlettov test a Levenov test.

Beckova sebaopisovacia škála depresie je všeobecne rozšírená v klinickej aj výskumnej praxi, v porovnaní s ostatnými dotazníkmi depresie má najmenší počet položiek, podobne ako ostatné sa dotýka témy suicidálnych ideácií v jednej položke. Pre náš výskum bol vhodný tiež na verifikáciu hĺbky, resp. závažnosti depresívnej symptomatiky. Linehanovej RFL dotazník sme vybrali ako vhodný na testovanie viacerých protektívnych faktorov, medzi nimi aj nami preferenčne sledovaného faktora religiozity, koncipovaného v 4 otázkach tvoriacich subškálu otázok morálnych. Dotazník sa nám zdá zaujímavý aj z hľadiska jeho ďalšieho uplatňovania v klinickej praxi, nakoľko všetky bežné depresívne škály sa otázke suicidalitu venujú len jednopoložkovu. Z nášho pohľadu môže mať významnú výpovednú hodnotu a pre výskum môže sprístupniť informácie bežným rozhovorom nedotknuté. Posledný dotazník – Beckovu škálu suicidálnej ideácie – sme sa rozhodli štatisticky nevyhodnocovať, z dôvodu predpokladaného nedostatočne validného výsledku, nakoľko sa u pacientov po vyplnení RFL dotazníka (aj v skrátenej verzii 48 otázok aj časovo náročný) manifestovali známky výrazne oslabenej koncentrácie, zníženej výkonnosti, zvýšenej unaviteľnosti s oslabenou motiváciou k dokončeniu testu. Test pokladáme z praktického a klinického hľadiska za vhodný pri sledovaní progresie rizika suicidálnej aktivity u pacienta v akútnom stave.

Priebeh výskumu

Dnešná klasifikácia duševných porúch upustila od etiologického faktora, na ktorom stálo v predchádzajúcich klasifikáciách delenie duševných porúch na endogénne, psychogénne a organické. Napriek tomu sú v psychiatrickej praxi charakter a odlišenie depresie „endogénnej“ od „psychogénnej“ jasné aj dnes, preto z nej vychádzame pri opise výskumu. Vzorku predstavovali pacienti hospitalizovaní na psychiatrickom oddelení, resp. navštevujúci denný stacionár, to znamená, že išlo o pacientov v akútnom stave s manifestnou depresívnou symptomatikou, ktorá sa nedala zvládnuť ambulantnou formou liečby, vyžadujúcu hospitalizáciu a pacientov s depresívnou symptomatikou, ktorá bola čiastočne medikamentózne zvládnutá, avšak pre pretrvávanie určitej depresívnej symptomatiky pokračovali v liečbe v dennom stacionári. Pacienti boli hospitalizovaní v 4 rôznych psychiatrických zariadeniach v SR. U všetkých bol na základe psychiatrického vyšetrenia diagnostikovaný depresívny syndróm, podľa súčasnej MKCH 10 spĺňajúci kritériá veľkej depresie v rámci monopolárnej depresie (F32, F33), v rámci bipolárnej afektívnej poruchy (F31), do endogénneho spektra tiež patriace schizoafektívna porucha, t.č. typ depresívny (F25.1) (s vylúčením pacientov, u ktorých v klinickom obraze boli manifestné psychotické symptómy z okruhu schizofrénie) a atypická depresia, resp. depresia v menopauzálnom období (F38). Spektrum „psychogénnych“ depresií, všeobecne známych ako reaktívne event. neurotické, predstavovali diagnózy F41.2 – úzkostne-depresívna porucha a F43.2 – reaktívna afektívna porucha. Pacienti vyplnili trojicu dotazníkov (za asistencie examinátora). Možno konštatovať, že vyplňovanie dotazníkov viedlo u pacientov k únave, pocitom vyčerpania, preto počet dotazníkov 3 z nášho pohľadu bol maximálny. Celkovo 102 pacientov bolo rozdelených do dvoch skúmaných skupín – skupina „praktizujúcich“ veriacich, hlásiacich sa k určitej náboženskej denominácii, a skupina „neveriacich“ a „nepraktizujúcich“. Uvedomujeme si, že na hodnotenie religiozity sú okrem „praktických“ otázok dôležité aj otázky ontologické, metafyzické, eklesiologické, dialektické, brali sme však do úvahy aktuálny stav depresívnych pacientov, preto simplifikované otázky týkajúce sa religiozity centrovane na jej praktizovanie v bežnom živote boli v tejto situácii vyhovujúce. Príčinou simplifikovaného rozdelenia pacientov na „veriacich“, (resp. praktizujúcich veriacich) a „neveriacich“ sme ozrejmlili pri opise výskumného problému. Hodnotenie religiozity človeka len z jednodimenzionálneho hľadiska, resp. len na základe „praktických úkonov a ritualizácie“ je nedostatočné a nevystihuje religiozitu zo všetkých jej aspektov. Využiť ďalšiu batériu dotazníkov na hodnotenie religiozity sa nám v našej štúdii zdalo na príslušnej vzorke pacientov ťažko realizovateľné, aj keď sme si tohto nedostatku boli vedomí.

Výskumné otázky a hypotézy

Výskumný problém, ktorému sa v práci venujeme, sme zhrnuli do výskumných otázok a hypotéz. Celkovo sme hľadali

odpovede na 3 výskumné otázky a 3 predpokladané hypotézy. Pri štatistickom vyhodnocovaní sme výskumné otázky aj hypotézy ďalej vnútorne rozčlenili za účelom prehľadnosti skúmaného problému. Z dôvodu zachovania logickosti a sledovania „idey“ skúmaného problému v jeho komplexnosti na úkor číselného poradia uvedených otázok a hypotéz, upozorňujeme na tento fakt, ktorý je evidentný pri výskumnej otázke č. 3 a hypotéze č. 3, kde však výskumná otázka č. 3 „vyplýva“ a naväzuje na hypotézu č. 3, preto výskum otázkou č. 3 uzatvárame.

A. Výskumné otázky

1. Potvrdzuje výskum na našej sledovanej vzorke pacientov demografické parametre suicidality, v porovnaní so slovenskými štatistikami, poskytovanými NCZI a celosvetovými údajmi? Možno na základe sledovaných demografických faktorov a získaných výsledkov na sledovanej vzorke pacientov identifikovať „najrizikovejšiu“ skupinu z hľadiska suicidality?
2. Existuje štatisticky signifikantný rozdiel medzi dvoma základnými skupinami depresívnych pacientov (skupinou pacientov, ktorí sa hlásia k určitej náboženskej denominácii a zároveň praktizujú náboženskú ideológiu v bežnom živote a skupinou pacientov, ktorí sa hodnotia ako „neveriaci“) a stupňom rizika suicidálnej aktivity?
3. Predstavuje príslušnosť k praktizujúcej religiozite signifikantný protektívny faktor pred suicidálnou aktivitou v porovnaní s ostatnými protektívnymi faktormi? Chránia „neveriacich“ iné protektívne faktory väčšou intenzitou ako veriacich, resp. existujú také protektívne faktory v skupine „neveriacich“?

B. Hypotézy

1. Predpokladáme, že v skupine veriacich pacientov, bude štatisticky signifikantný rozdiel v suicidálnom riziku v psychogénnej (endogénnej) depresie, nakoľko religiozita má protektívnu úlohu v prípade psychogénnej depresie rôzneho stupňa pred riešením problému „exogénneho“ (psychogénneho) charakteru suicidálnou aktivitou, na rozdiel od skupiny „neveriacich“, kde tento protektívny faktor absentuje a teda rozdiel v etiológii depresie nie je (súvislosť s etiológiou depresie).
2. Predpokladáme signifikantný rozdiel medzi rizikom suicidálnej aktivity u ľahkej/ strednej depresie a depresie ťažkej medzi skupinou veriacich a neveriacich pacientov, s rovnakým rizikom u ťažkej depresie v oboch skupinách (hĺbka depresie).
3. Predpokladáme štatisticky signifikantnú pozitívnu významnosť religiozity ako protektívneho faktora suicidálnej aktivity u praktizujúcich veriacich pacientov (celkové skóre Linehanovej dotazníka by malo byť u veriacich väčšie, zároveň podskupina otázok morálnych, event. religióznych by mala stáť na prvom mieste).

Tabuľka 1. Demografické a klinické charakteristiky vzorky.

POČET	Celk. počet		N	%		N	%
	N	Ženy	58	56,8	Endog.d.	57	56
	102	Muži	44	43,2	Psychog.d.	45	44
VEK	Priem.vek		Priemer	SD		Priemer	SD
	46,22	Ženy	46,18	13,09	Endog.d.	47,87	14,25
	SD 13,088	Muži	46,27	13,23	Psychog.d.	44,13	11,25
STAV		Slobodní	Ženatí/Vyd	Rozvedení	Ovdovelí		
	Počet N	31	45	15	11		
	%	30,39	44,11	14,70	10,78		
VZDELANIE		Základné	SOU	Stredoškól	VŠ		
	Počet N	15	42	35	10		
	%	14,70	41,17	34,31	9,8		
ZAMESTNANIE		Zamest.	Nezamest.	Dôchodca	Študent		
	Počet N	33	20	46	3		
	%	32,35	19,60	45,09	2,94		
HĽBKA DEPRESIE		Ľahký st.	Stredný st.	Ťažký st.			
	Počet N	26	52	24			
	%	25,49	50,98	23,52			
RELIGIOZITA		„Veriaci“	„Neveriaci“				
	Počet N	73	29				
	%	71,56	28,43				

Výsledky výskumu a ich interpretácia

Charakteristika výskumnej vzorky

Vylučovacím kritériom pre zaradenie do štúdie bola organická symptomatika s hlbším deficitom kognitívnych a mnestických funkcií, ktoré bránili pochopeniu kladených otázok a spolupráci pri vyplňovaní dotazníka. Druhým vylučovacím kritériom bola akútna psychotická symptomatika z okruhu schizofrenií, ktorá v rámci dg. F25.1 – Schizoafektívna porucha, súčasná fáza depresívna, dominovala pred depresívnou symptomatikou.

Do štúdie bolo zaradených pôvodne 106 pacientov. 4 z nich odmietli predložené dotazníky vyplniť, resp. dokončiť, preto boli zo štúdie vylúčení.

Výskumnú vzorku tvorilo 102 pacientov, 58 žien (56,8%), 44 mužov (43,2%). U 57 pacientov bola diagnostikovaná „endogénna“ depresia (56%), 45 pacientov bolo vedených s diagnózou „psychogénnej“ depresie (44%).

Skupinu praktizujúcich veriacich sme sa rozhodli nešpecifikovať v zmysle delenia podľa príslušných denominácií, nakoľko väčšina pacientov sa hlásila ku katolicizmu (N 67,

90,4%), len 6 pacientov k protestantizmu (N 6, 8,2%), jedna pacientka bola členkou Jednoty Bratskej (N 1, 1,4%) (tab. 1).

Výskumná otázka 1

Na základe hodnotenia Beckovej sebaopisovacej škály (BDI) depresie sme sledovali jednotlivé demografické faktory (vek, stav, vzdelanie, zamestnanie) v korelácii s otázkou č. 9 (B9) v BDI, ktorá sa týkala rizika suicidálnej aktivity, kde B9:

Myšlienky na samovraždu

- 0 – vôbec ma nenapadane, aby som si niečo urobil,
- 1 – mám myšlienky o samovražde, ale neurobil by som to,
- 2 – chcel by som sa zabiť,
- 3 – keby som mal príležitosť, zobral by som si život.

Celkové rozloženie rizika suicidálnej aktivity v sledovanej vzorke pacientov (N=102) bolo nasledujúce: podľa odpovedí

na otázku č. 9 (B9) v BDI suicidálne myšlienky negovalo 37 pacientov (36 %), suicidálne myšlienky bez tendencie k realizácii pripustilo 46 pacientov (45 %), pranie umrieť priznalo 10 pacientov (10 %), 9 pacientov (9 %) by suicídium spáchalo v prípade, že by sa naskytna príležitosť (pozri tab. 3). Štatistickou analýzou one-way ANOVA na hladine významnosti $\alpha=0,05$ v sledovanej vzorke pacientov potvrdila približnú rovnosť rizika suicidálnej aktivity vo všetkých vekových kategóriách (pri $P>\alpha$, $P=0,994$ predstavuje silný dôkaz v prospech tvrdenia o rovnosti rizika suicidálnej aktivity vo všetkých vekových kategóriách. Pravdivosť výsledkov štatistickej analýzy potvrdzuje aj test rozptylov pre B9 – v Bartlettovom teste P-value 0,943, Levenovom teste P-value 0,569).

Totožný záver o približne rovnakom riziku suicidálnej aktivity v jednotlivých vekových kategóriách sme získali analýzou zvlášť mužskej a ženskej populácie sledovanej vzorky.

Neidentifikovali sme najvyššiu rizikovosť vo vekovej kategórii 15–24 rokov a kategórii nad 70 rokov – teda vekové kategórie, ktoré celosvetové štatistiky uvádzajú ako najrizikovejšie skupiny, ani totožnosť so slovenskou štatistikou, udávajúcou najväčší počet suicídií v mužskej populácii kategóriu 40–49 rokov, v ženskej populácii striedavo 40–49 r. a 50–59 rokov (u suicidálnych pokusov je na prvom mieste veková kategória 30–39 rokov).

V sledovanej demografickej charakteristike **rodinný stav**, kde sme pacientov rozdelili do 4 skupín (A – slobodní, $N=31$, B – zosobášení, $N=45$, C – rozvedení, $N=15$, D – ovdovelí, $N=11$) sme opäť nezaznamenali štatisticky významný rozdiel medzi jednotlivými kategóriami. Hodnota analýzy rozptylu $P=0,844$ (a pozitívne testy rozptylu – Bartlett P-value 0,550 a Levene P-value 0,730) dáva silný dôkaz v prospech tvrdenia, že riziko suicidálnej aktivity je v každom rodinnom stave v sledovanej vzorke pacientov rovnaké.

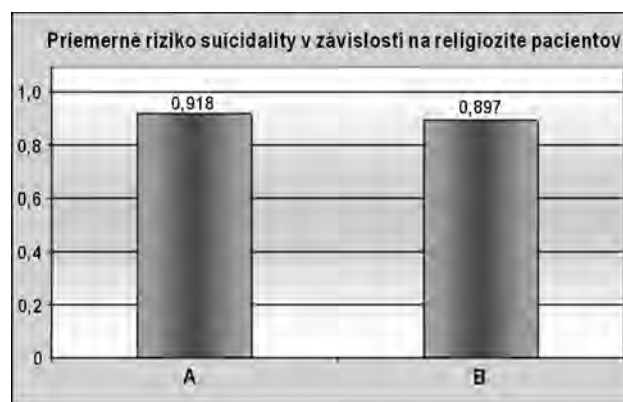
Naše závery v sledovanej skupine pacientov nepodporujú celosvetové štatistiky, ktoré udávajú ako najrizikovejšiu skupinu rozvedených v realizácii suicidálneho pokusu (na Slovensku sa podľa štatistických údajov NCZI najčastejšie pokúšajú o suicídium slobodní muži a vydaté ženy, v suicídiách vedú ženatí muži a vydaté ženy!).

Faktor **vzdelanie** sme sledovali v skupine pacientov rozdelených do skupiny so základným vzdelaním (A, $N=15$), stredným bez maturity (B, $N=42$), stredným s maturitou (C, $N=35$) a vysokoškolským (D, $N=10$). Pri $P>\alpha$ dosiahnutie $P=0,724$ (testy rovnosti rozptylov – Bartlett P value 0,938, Levene P value 0,665) predstavuje silný dôkaz o platnosti tvrdenia o rovnosti rizika suicidálnej aktivity v každej vzdelanostnej kategórii.

Nezamestnanosť je všeobecne pokladaná za rizikový faktor suicidality. Faktor **zamestnanie** sme hodnotili medzi skupinou zamestnaných (A, $N=33$), nezamestnaných (B, $N=20$), dôchodcov, vrátane invalidných (C, $N=46$) a študentov (D, $N=3$). Identicky s predchádzajúcimi výsledkami, boli závery analýzy rozptylu bez významného rozdielu medzi jednotlivými kategóriami zamestnania s dosiahnutím $P=0,36$ (Bartlett P value 0,402, Levene P value 0,337).

Výskumná otázka 2

Vo výskumnej otázke 2 sme sa zamerali na skúmanie religiozity ako všeobecne známeho protektívneho faktora suicidality, a to porovnaním rizika medzi dvomi hlavnými skupinami pacientov „veriacich“ (A, $N=73$) a „neveriacich“ a „nepraktizujúcich“ (B, $N=29$) v korelácii s otázkou 9 (B9) so 4-škálovým hodnotením (0–3) v Beckovej sebaopisovacej škále depresie (BDI). Štatistickou analýzou skúmanej vzorky 2 uvedených skupín sme dospeli k záveru, že riziko suicidálnej aktivity v oboch skupinách je približne rovnaké (kde $P=0,915$ dáva silný dôkaz v prospech tvrdenia o rovnosti rizika suicidálnej aktivity v oboch skupinách, s testovaním rovnosti rozptylov F test P value 0,468, Levene P value 0,391). Podľa porovnania štandardných odchýlok v skupine veriacich (StDev 0,8780) pacienti mali na odpoveď 9 v BDI konkrétnejší názor v porovnaní s neveriacimi (StDev 0,9763) (obr. 1, tab. 2).



Obrázok 1. Suicidálne riziko BDI (B9) v korelácii s religiozitou.

Tabuľka 2. Suicidálne riziko BDI (B9) v korelácii s religiozitou (A/B – veriaci/neveriaci).

Viera	N	Xp	S
A	73	0,918	0,878
B	29	0,897	0,976

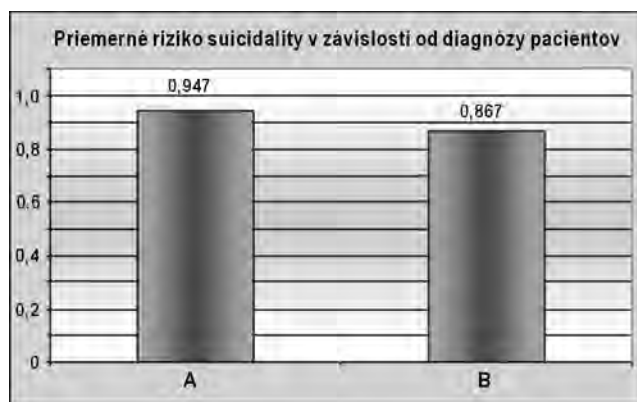
Hypotéza 1

Pri skúmaní **etiológie** depresívneho syndrómu sme vyslovili hypotézu, že u pacientov s „psychogénnou“ depresiou sa prejaví protektívna úloha religiozity a teda riziko suicidálnej aktivity bude u veriacich pacientov s psychogénnou depresiou nižšie.

Najskôr sme sledovali etiologický faktor komplexne v celej vzorke pacientov (N=102), v korelácii suicidálneho rizika (vychádzajúc z odpovedí na otázku č.9 v BDI) s diagnózou, kde 57 pacientom (A) bola diagnostikovaná „endogénna“ depresia. 45 pacientom (B) bola diagnostikovaná depresia „psychogénna“. Analýzou rozptylu sme v sledovanej vzorke pacientov potvrdili tvrdenie o rovnosti rizika suicidálnej aktivity pre obidve skúmané kategórie s vylúčením alternatívneho tvrdenia o štatisticky významnej odlišnosti rizika pre obe skupiny, s dosiahnutím P 0,656 (F test s P value 0,622, Levene test rovnosti rozptylu s P value 0,835) (tab. 3, obr. 2).

Tabuľka 3. Suicidálne riziko BDI (B9) v korelácii s religiozitou (A/B – veriaci/neveriaci).

Diagnóza	N	Xp	S
A	57	0,947	0,934
B	45	0,867	0,869



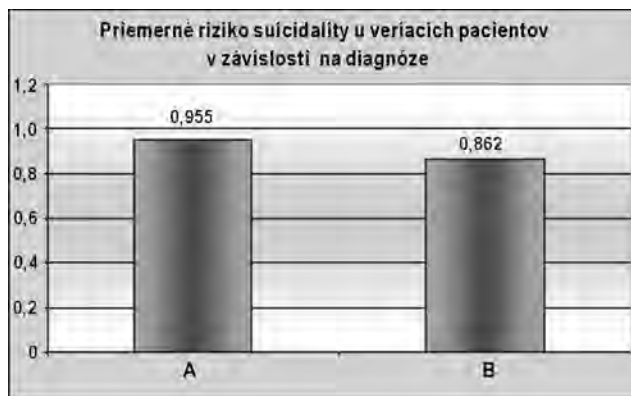
Obrázok 2. Suicidálne riziko BDI (B9) v korelácii s diagnózou – etiológiou depresie.

Pri podrobnejšej analýze každej skupiny zvlášť, sme zistili, že v skupine veriacich (N=73), kde 44 pacientom bola diagnostikovaná endogénna depresia (A), 29 depresia psychogénna (B) bolo riziko suicidality približne rovnaké s P 0,663 (F test s P value 0,148, Levene P value 0,195) (tab. 4, obr. 3).

V skupine neveriacich (N=29), kde 13 pacientov bolo liečených s diagnózou endogénnej depresie, 16 z nich s diagnózou psychogénnej depresie, podobne ako v skupine veriacich bolo riziko suicidálnej aktivity približne rovnaké (pri P 0,898), dáta však dávajú silnejší dôkaz v prospech tvrdenia o rovnosti rizika oproti skupine veriacich pacientov (tab. 5, obr. 4).

Tabuľka 4. Suicidálne riziko BDI(B9) v korelácii s diagnózou (etiológiou depresívnej poruchy) u veriacich pacientov (A/B – endogénna/psychogénna depresia).

Diagnóza	N	Xp	S
A	44	0,955	0,963
B	29	0,862	0,743

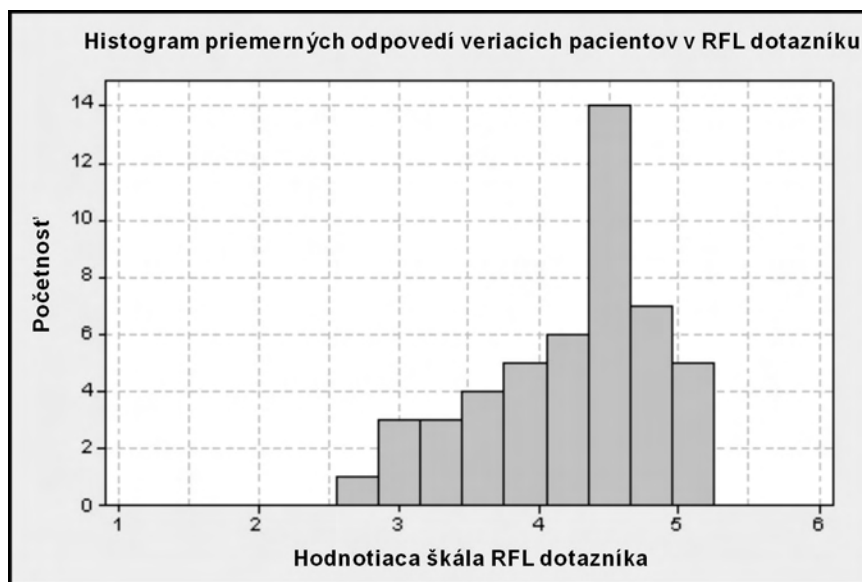


Obrázok 3. Suicidálne riziko BDI (B9) v korelácii s dg (etiológiou) depresie u veriacich.

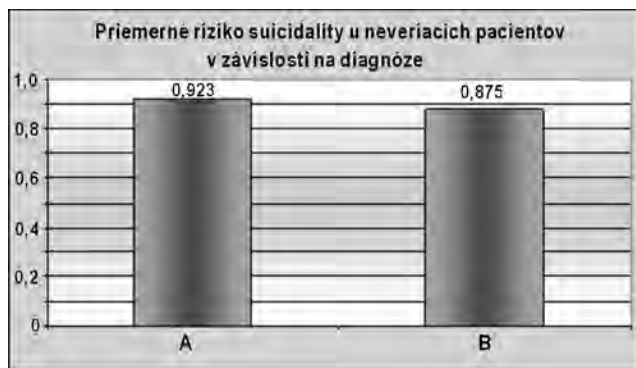
Celkovo môžeme zhrnúť, že sme nepotvrdili predpokladanú hypotézu vyslovenú v zmysle novej participácie etiologického faktora depresie na protektivite pred suicidálnou aktivitou, to znamená, že **etiológia** depresívnej poruchy – jej „endogénnosť“ a „psychogénnosť“ v sledovanej vzorke pacientov nebola štatisticky významná, a teda že viera nemá predpokladanú protektivitu pred depresívnou reaktivitou v záťažových životných situáciách.

Tabuľka 5. Suicidálne riziko BDI(B9) v korelácii s diagnózou (etiológiou depresívnej poruchy) u neveriacich pacientov (A/B – endogénna/psychogénna depresia).

Diagnóza	N	Xp	S
A	13	0,923	0,862
B	16	0,875	1,088



Obrázok 5. Histogram priemerných odpovedí veriacych v RFL 48.



Obrázok 4. Suicidálne riziko BDI (B9) v korelácii s dg. (etiologiou) depresie u neveriacich.

Hypotéza 2

Ako ďalší faktor sme sledovali **hlbku (závažnosť)** depresie s vyslovenou hypotézou, že existuje signifikantný rozdiel v riziku suicidálnej aktivity podľa stupňa – hĺbky depresie (hodnotenej celkovým skóre BDI, pričom 11–20 bodov – ľahký stupeň, 21–40 bodov – stredný stupeň, nad 40 bodov – ťažký stupeň depresie). V korelácii suicidálneho rizika (odpovede na otázku 9 v BDI) s hĺbkou depresie, kde 26 pacientov malo ľahkú (A), 52 pacientov stredne ťažkú (B) a 24 pacientov ťažkú depresiu (C) sme štatistickou analýzou potvrdili jednoznačne signifikantný rozdiel v riziku suicidálnej aktivity v sledovaných 3 kategóriách pacientov (pri $P < 0,000$ a teda

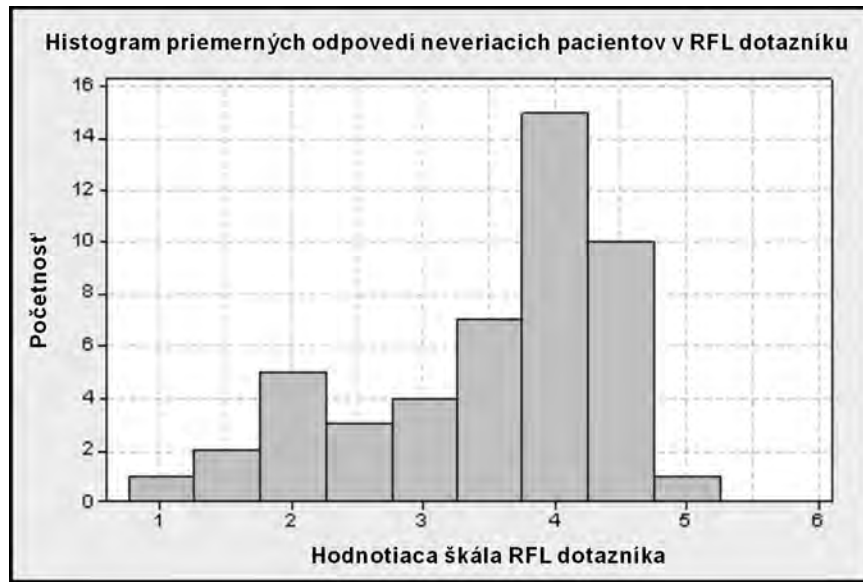
$P < \alpha$ z čoho vyplýva prijatie alternatívnej hypotézy a významnej odlišnosti rizika v jednotlivých kategóriách). Riziko suicidality bolo celkovo v kategórii C (pacienti s ťažkou depresiou) výrazne vyššie než v kategóriách A a B.

Faktor závažnosti – hĺbky depresie sme sledovali ďalej v oboch základných skupinách pacientov veriacych a neveriacich zvlášť.

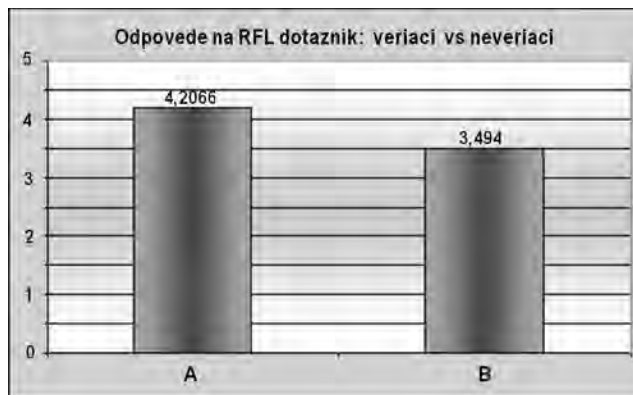
Veriaci pacienti ($N=73$) boli rozdelení podľa hĺbky depresie na ľahkú (A, $N=18$), stredne ťažkú (B, $N=39$) a ťažkú (C, $N=16$). Štatistickou analýzou sme dospeli k záveru identickému s predchádzajúcim pri sledovaní hĺbky depresie v celej skúmanej vzorke ($P < 0,000$ veriacy pacienti x hĺbka depresie), t.j. že medzi veriacyimi je riziko významne odlišné – v skupine C (pacienti s ťažkým stupňom depresie) je riziko jednoznačne a podstatne vyššie v porovnaní so skupinou ľahkej a stredne ťažkej depresie A a B.

V skupine **neveriacich** ($N=29$), kde 8 pacientom bola verifikovaná ľahká depresia (A), 13 pacientom stredne ťažká (B) a 8 pacientom ťažká depresia (C), pri hodnote analýzy rozptylu $P < 0,024$ ($P < \alpha$) rovnako ako v skupine veriacych riziko suicidálnej aktivity je v jednotlivých skupinách štatisticky významne odlišné. Dáta však poukázali na **postupný** nárast rizika s rastúcou hĺbkou depresie, a tento nárast bol v porovnaní s veriacyimi **pozvoľnejší**.

Možno uzavrieť, že v sledovanej vzorke pacientov hĺbka depresie má štatisticky významnejšiu úlohu ako etiológia v riziku suicidálnej aktivity, samozrejme s potvrdením signifikantne jeho najväčšieho rizika u ťažkej depresie v skupine veriacych aj neveriacich, pričom bol signifikantne jasný rozdiel medzi skupinou ľahkej/strednej depresie a skupinou ťažkej depresie u veriacych, zatiaľ čo v skupine neveriacich bol nárast suicidálneho rizika pozvoľnejší.



Obrázok 6. Histogram priemerných odpovedí neveriacich v RFL 48.



Obrázok 7. Celkové skóre RFL v korelácii s religiozitou.

Hypotéza 3

Vyhodnotením Linehanovej RFL dotazníka zameranom na dôvody pre život aj v období depresie sme opäť sledovali významnosť religiozity ako predpokladaného protektívneho faktoru.

Pri hodnotení celkového skóre RFL sme predpokladali štatisticky významne odlišné hodnoty v 2 hlavných sledovaných skupinách pacientov. Pri celkovom počte odpovedí 48 a 6-stupňovom škálovaní (1–6) so stúpajúcou významnosťou v každej položke, resp. otázke „pre život“ sme skutočne potvrdili štatisticky významný rozdiel ($P < 0,000$), pričom významne vyššie skóre dosiahli veriaci pacienti, navyše s vý-

razne nižším rozptylom. Tiež štatistika priemerných odpovedí je u veriacich s vyššími hodnotami (X_p 4,21) v porovnaní so skupinou neveriacich (X_p 3,48) (tab. 6, 7, 8, obr. 5, 6, 7).

Tabuľka 6. Štatistika priemerných odpovedí NEVERIACICH pacientov v RFL dotazníku (RFL 48).

N	X_p	Min	Max	R	s
48	4,21	2,67	5,15	2,48	0,62

Tabuľka 7. Štatistika priemerných odpovedí NEVERIACICH pacientov v RFL dotazníku (RFL 48).

N	X_p	Min	Max	R	s
48	3,48	1,03	4,76	3,73	0,94

Otázku religiozity a jej protektívnosti sme bližšie skúmali hodnotením okruhu morálnych otázok v RFL 48 (otázka 5, 23, 27, 34). Predpokladali sme významne odlišné skóre v tejto dimenzii v oboch skupinách s dosiahnutím vyššieho skóre v skupine veriacich pacientov a z toho vyplývajúcej výraznejšej protektivity religiozity (resp. morálnych

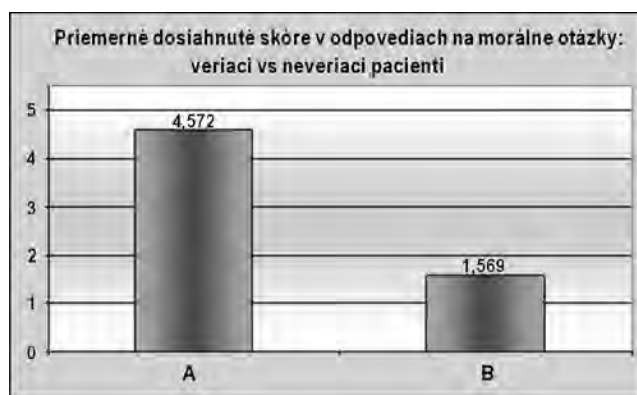
Tabuľka 8. Celkové skóre RFL v korelácii s religiozitou (veriaci/neveriaci – A/B).

Religiozita	N	Xp	S
A	73	4,207	0,625
B	29	3,494	0,929

otázok obsahovo koncipovaných prevažne religiózne) v suicidálnej aktivite. Na základe dosiahnutej hodnoty $P = 0,000$ so zamietnutím tvrdenia o rovnosti skóre v oboch skupinách sme potvrdili predpokladanú hypotézu, napriek negatívne výsledku testov rozptylu. Pri podrobnejšom hodnotení problému však hodnoty kvartilov a mediánov (medián u veriacich 6, u neveriacich 1) v oboch skupinách jednoznačne podporujú výsledky ANOVA (viď tiež vo výskumnej otázke 3).

Tabuľka 9. RFL – subškála morálnych otázok v korelácii s religiozitou (A/B – veriaci/neveriaci).

Religiozita	N	Xp	S
A	292	4,572	1,904
B	116	1,569	1,359

**Obrázok 8.** RFL – subškála morálnych otázok v korelácii s religiozitou.

Výskumná otázka 3

Podľa autorky dotazníka Linehanovej hodnotenie jednotlivých okruhov otázok má pre klinickú prax a terapeutickú

intervenciu väčší význam než celkového skóre [32, 33, 14], preto sme upriamili pozornosť okrem okruhu „morálnych otázok“ (viď hypotéza 3) na niektoré ďalšie dimenzie. Sledovali sme okruh otázok zameraných na rodinu a zodpovednosť za ňu (RFL 48 otázka 1, 7, 9, 16, 30, 47, 48), otázky zachytávajúce dôležitosť spätnej väzby spoločnosti na suicidálnu aktivitu (otázka 31, 41, 43), nakoniec okruh otázok venovaných vzťahu pacienta k suicídiu ako takému (otázka 6, 15, 18, 26, 33, 38, 46). Cieľom bolo skúmanie a zistenie, či existujú štatisticky významné rozdiely v skupine veriacich a neveriacich pacientov, s predpokladom, že skupina neveriacich pacientov by kompenzačne mohla mať vyššiu intenzitu (a teda vyššie skóre) iných ako morálnych protektívnych faktorov suicidálneho správania.

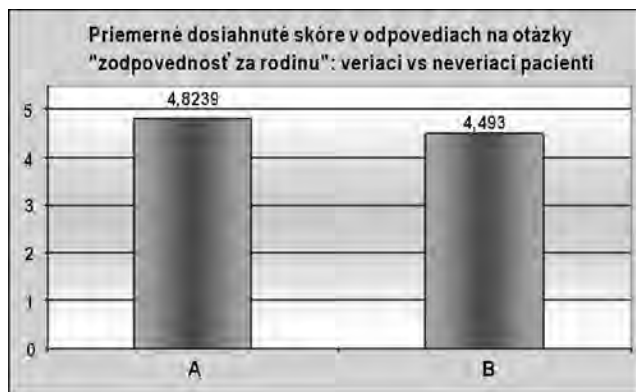
Štatistickým zhodnotením sme v sledovanej vzorke depresívnych pacientov dospeli k zaujímavému záveru – zaznamenali sme vyššie skóre aj v týchto jednotlivých subškálach v skupine veriacich pacientov a teda ich vyššiu protektivitu pred suicidálnym správaním v porovnaní s neveriacimi pacientmi. Konkrétne dosiahnuté hodnoty štatistickej analýzy rozptylu pre jednotlivé subškály boli nasledovné: subškála „zodpovednosti za rodinu“ $P = 0,019$, subškála „obáv zo sociálneho odmietnutia“ $P = 0,000$, nakoniec subškála „obáv zo suicídiu“ $P = 0,038$. Všetky hodnoty $P < \alpha$ ($\alpha = 0,05$) predstavujú silný a štatisticky významný rozdiel v dosiahnutom skóre v jednotlivých subškálach, so záverom, že všetky subškály predstavujú podobne ako otázky morálne signifikantne významne silnejší protektívny faktor v suicidálnej aktivite u pacientov veriacich v porovnaní s pacientami neveriacimi (tab. 10, 11, 12, obr. 9, 10, 11)!

Tabuľka 10. RFL – subškála otázok „zodpovednosti za rodinu“ v korelácii s religiozitou (A/B – veriaci/neveriaci).

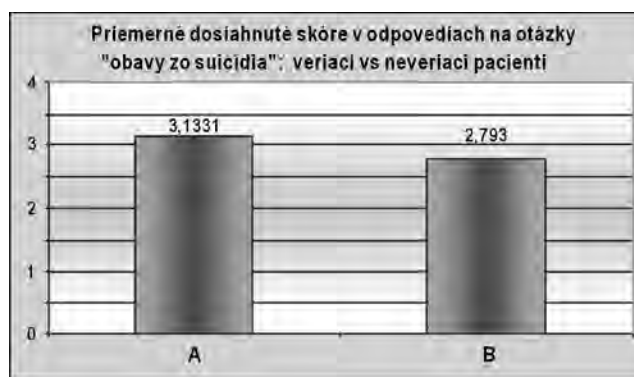
Religiozita	N	Xp	S
A	511	4,824	1,689
B	203	4,493	1,744

Tabuľka 11. RFL – subškála otázok „obáv zo sociálneho odmietnutia“ v korelácii s religiozitou (A/B – veriaci/neveriaci).

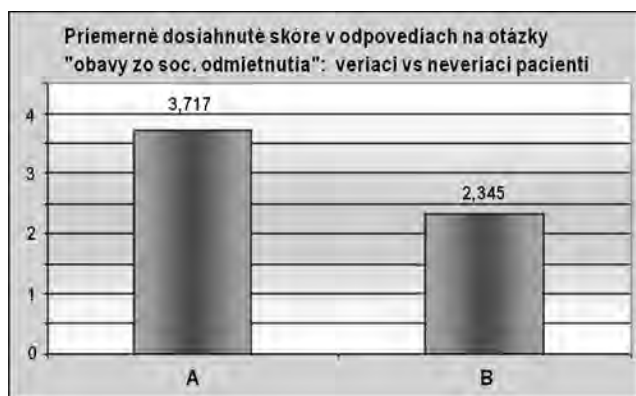
Religiozita	N	Xp	S
A	219	3,717	2,026
B	87	2,345	1,867



Obrázok 9. RFL – subškála „zodpovednosti za rodinu“ v korelácii s religiozitou.



Obrázok 11. RFL – obavy zo suicídia v korelácii s religiozitou.



Obrázok 10. RFL – obavy zo suicídneho odmietnutia v korelácii s religiozitou.

Diskusia

Korelácia: depresia – suicidalita – religiozita bola hlavným predmetom nášho výskumu, s nastolením otázky: do akej miery je náboženskosť skutočne protektívnym faktorom pred rizikom suicídálnej aktivity u depresívnych pacientov hlásia-

Tabuľka 12. RFL – subškála otázok „obáv zo suicídia“ v korelácii s religiozitou (A/B – veriaci/neveriaci).

Religiozita	N	X _p	S
A	511	3,133	1,966
B	203	2,793	1,969

cich sa k určitej náboženskej denominácii v porovnaní s pacientmi „neveriacimi“, súčasne so sledovaním etiologického faktoru a faktoru závažnosti – hĺbky diagnostikovanej depresie.

Základná otázka, „či je religiózny človek v stave depresie určitým spôsobom chránený pred realizáciou suicídia na základe zvnútorneného náboženského presvedčenia“ bola rozdelená na ďalšie podotázky, ktoré sme v práci skúmali.

Okrem demografických parametrov sme sa zamerali aj na otázku etiológie a hĺbky depresívnej poruchy ako možných participujúcich činiteľov na suicídálnom riziku.

Demografické faktory skúmanej vzorky pacientov sme kontrolovali a porovnávali so štatistickými údajmi ÚZIS (t.č. NCZI) [23, 24, 25, 26]. Ich sledovaním sme sa zamerali na možnosť „identifikácie“ najrizikovejšej skupiny z hľadiska suicídálnej aktivity.

Celkovo možno zhrnúť, že štatistickou analýzou Beckovho dotazníka v jednotlivých sledovaných koreláciách sme nepotvrdili štatisticky významný rozdiel v riziku suicídálnej aktivity medzi veriacimi a neveriacimi pacientmi. Zaujímavé sú však závery analýzy RFL dotazníka venovaného „dôvodom pre život“, ktoré potvrdili signifikantne výrazný rozdiel nielen v celkovom skóre, ale aj v skóre všetkých sledovaných subškál a ich významnosti v protektívite pred suicídálnym správaním depresívneho pacienta a to jednoznačne v prospech veriacich pacientov, u ktorých na základe vyhodnotenia odpovedí možno konštatovať podstatne intenzívnejšiu „motiváciu k životu“, z čoho by sme mohli uvažovať o potvrdení protektivity príslušnosti k určitej náboženskej denominácii nepriamo. Analýza dotazníka potvrdzuje významnosť posilovania motivácie k životu u depresívneho pacienta vhodnými otázkami, ktoré aj v období depresie vedú k sebaanalýze a hľadaniu zmyslu života v ťažkom životnom období.

Štúdie podobného zamerania na Slovensku sme neidentifikovali, preto výsledky porovnáваме s medzinárodnými výskumnými prácami. Dervič a kol.[5] na počte 371 pacientov potvrdili zvýšený počet suicídálnych pokusov v skupine depresívnych pacientov, ako aj zvýšený počet suicídií u ich prvostupňových príbuzných. Použitím RFL dotazníka pacienti

bez náboženskej príslušnosti mali menej dôvodov pre život, menšie morálne zábrany, ktoré by mohli redukovať pravdepodobnosť realizácie suicidálnych myšlienok, takže môžu ponúkať nové terapeutické stratégie v suicidálnej prevencii. Podobný záver má štúdia autorov Lizardi, Dervić a kol., kde depresívni pacienti (N=265) bez morálnych a religióznych zábran mali v živote viac suicidálnych pokusov, menej dôvodov pre život, stratili zmysel života. Rozsiahla Neelmanova štúdia (28 000 participantov z 19 krajín) potvrdila protektívnu úlohu religiozity pred suicidálnou aktivitou sledovaním asociácie medzi toleranciou k suicídiu a hĺbkou religiozity, pričom táto negatívna asociácia bola viac signifikantná v mužskej populácii a to vo viac nábožensky orientovaných krajinách [18]. V ďalšej štúdii Neelman dokázal, že ani v takej sekulárnej krajine ako je Holandsko, nie je religiozita v postojoch k suicídiu nepodstatná. Chamberlainova kniha s názvom Realized Religion dokumentuje viac ako 300 publikovaných vedeckých štúdií, ktoré demonštrujú pozitívny vplyv religiozity na prežitie pacientov po chirurgickom zákroku, na depresiu ako aj na počty suicídií. Kehoe viac-menej vytyka zanedbávanie spirituálnej anamnézy u depresívnych a suicidálnych pacientov, aj keď spirituálna a religiózna otázka majú dôležitú úlohu v živote duševne chorých pacientov (v dotazníkoch zameraných na depresiu a hlavne suicidálne riziko spirituálna – religiózna otázka úplne absentuje). Jeho názor podporuje aj Kendler, podľa ktorého je religiozita ako prominentný a komplexný aspekt ľudskej kultúry v súčasnom biopsychosociálnom modeli psychopatológie vytesnený.

Záver

Téma suicidalít v dobách nie tak dávnych, bola témou tabuizovanou. Naopak 21. storočie je téme suicidalít otvorené, na úrovni odbornej, laickej, masmediálnej. Suicidológia, pomerne nová vedná disciplína, pokračuje v intenzívnych výskumoch, centrovanejších na ďalšie objasňovanie faktorov so suicidalitou súvisiacich. WHO 10. september vyhlásila za svetový deň suicidálnej prevencie.

V prezentovanom výskume sme sa zamerali na sledovanie celosvetovo známeho protektívneho faktoru suicidálnej aktivity – religiozite. Dospeli sme k zaujímavým výsledkom. Napriek tomu, že v sledovanej vzorke depresívnych pacientov sme nepotvrdili štatisticky významný rozdiel v riziku suicidálnej aktivity medzi skupinou „veriacich“ a „neveriacich“ pacientov, RFL dotazník venovaný „dôvodom“ pre žitie vyšiel nielen v celkovom skóre ale aj v skóre jednotlivých sledovaných subškál jednoznačne signifikantne v prospech veriacich pacientov, t.j., že nielen faktor religiozity, resp. morálne otázky, ale aj fenomén zodpovednosti za rodinu, obava zo sociálneho odmietnutia spoločnosťou a negatívny postoj k podstate suicídia predstavuje podstatne silnejší protektívny význam v skupine veriacich pacientov.

Možno len podporiť názory vyššie uvedených autorov, že spiritualita a religiozita si aj v psychiatrii zaslúžia väčšiu pozornosť s pozitívnym dopadom na celkový efekt terapie psychických porúch.

Literatúra

1. Beck, A. T., Kovacs, M., Weisman, A.: Assessment of suicidal intention: The scale of suicide ideation. *J. Consult. Clin. Psychology* 47, 1979, č. 2, s. 343-352. (<http://www.depression-webworld.com>)
2. Belzen, J. A.: *The Psychopathology of Religion: European Historical Perspectives in Religion and Mental Health* by J.F. Schumaker. Oxford University Press, 1992, s. 33.
3. Braam, A. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Smit, J. H., van Tilburg, W.: Religiosity as a Protective or prognostic factor of depression in later life: results from a community survey in the Netherlands. *Acta Psych. Scand.* 96, 1997, s.199-205.
4. Brown, G.K., Have, T.T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck, A.T.: Prevence suicidálnych pokusov kognitívnych terapií, randomizovaná kontrolovaná štúdia. *Jama* 2005, 294, s. 563-570. In: *Psychiatrie* 9, 2005, č. 4, s. 350-351.
5. Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., Mann, J. J.: Religious Affiliation and Suicide Attempt. *Am. J. Psychiatry*, 2004, 161, s. 2303-2308.
6. Durkheim, E.: The classic period of sociology. *Sociology* 2002, s. 32-38. (<http://www.oup.com/uk/booksites/content/01992534412/12237636>)
7. Frankl, V.E.: *Teorie a terapie neuróz*. Praha, Grada Publishing, 1999, s. 49-54.
8. Ginter, E.: Samovraždy na Slovensku a vo svete. *Medicínsky monitor SLS*, 2005, 3, s. 8-10.
9. Jaeger, M. L.: The relationship between religious orientation and depression. Master of arts in subject Psychology at the University of South Africa, december 2006.
10. Juhásová, M.: *Obraz Boha u depresívnych pacientov - kresťanov*. Diplomová práca, Fakulta humanistiky TU, Katedra psychológie, Trnava 2002.
11. Koenig, H.G., George, L.K., Peterson, B.L.: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am. J. Psychiatry* 1998, 155, s. 536-542.
12. Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha, Portál 2001. (Thoresen, C. E.: *Spirituality and Health*, *Journal of Health Psychology*, London, 4, 1999, s. 291-300).
13. Lester, D.: Religiosity, suicide and homicide: a cross-national examination. *Psychol Rep.* 1992, 71, s. 1282.
14. Linehan, M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., Chiles, J. A.: Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 1983, č. 2, s. 276-286.

15. **Malony, H. N.:** The Uses of Religious Assessment in Counselling. In: Religion, Personality and Mental Health by L.B.Brown, New York, Berlin, Springer-Verlag, 1994, s.17-18.
16. **Mueller, P.S., Plevak, D.J., Rummans, T.A.:** Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practise. *Mayo Clin Proc.*, 2001, 76, s.1225-1235.
17. **Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston, S., Pyerot, M., Fitchett, G.:** The relation of Religious Belief and Practices, Depression and Hopelessness in Persons with Clinical Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 2000, č. 68, s.1102-1106.
18. **Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., Lewis, G.:** Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychological Medicine* 1997, 27, s.1165-1171.
19. **Neeleman, J, Lewis, G.:** Suicide, religion and socioeconomic conditions: an ecological study in 26 countries, 1990. *J. Epidemiol. Community Health*, 1999, 53, s. 204-210.
20. **Park, C., Cohen, L. H., Herb, L.(1990) in: Hood, R.W., Spilka, B., Hunsberger, B., Gorusch, R.:** The Psychology of Religion. The Empirical Approach. New York, Guilford Press 1996, 385 s.
21. **Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., Mashburn, D.:** Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for treatment of clinical depression in religious individuals. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992, č. 60, s. 94-103.
22. **Ringel, E.:** Suicide prevention and the value of human life. In: Pabst, M., Battin, M., Mayo, D. (eds): Suicide: the philosophical issues. New York: Saint Martins Press, 1980, s. 205-211.
23. **Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2001.** Zdravotnícka štatistika 2002, Bratislava ÚZIS Slovakia 2002.
24. **Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2002.** Zdravotnícka štatistika 2003, Bratislava ÚZIS Slovakia 2003.
25. **Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2003.** Zdravotnícka štatistika 2004, Bratislava ÚZIS Slovakia 2004.
26. **Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2004.** Zdravotnícka štatistika 2005, Bratislava ÚZIS Slovakia 2005.
27. **Smitka, V.:** Otázka sebevraždy v antické filozofii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 94, 1998, č. 7, s. 415-429.
28. **Stack, S., Lester, L.:** The effect of religion on suicide ideation. *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 1991, s.168-170.
29. **Stríženec, M.:** Psychológia náboženstva, Bratislava, Veda 1996.
30. **Stríženec, M.:** Súčasná psychológia náboženstva. IRIS, Bratislava, 2001, s.144-145.
31. **Stríženec, M.:** Zisťovanie religiozity a jej dimenzií. Ústav experimentálnej psychológie SAV. Bratislava. in: www.duch.sk
32. <http://www/internetpub/Publications/RFL48.doc>
33. <http://www2.endingsuicide.com/PageReq?id=1940:9831&InPopUp=true>

Do redakcie došlo 10.1.2009.