

Samoubojstvo kao ozbiljan javnozdravstveni problem s mogućnošću prevencije

Ranogajec, Jelena

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:442598>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-26**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1847/SS/2024

**Samoubojstvo kao ozbiljan javnozdravstveni problem s
mogućnošću prevencije**

Jelena Ranogajec, 0336056488

Varaždin, listopad 2024. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1847/SS/2024

Samoubojstvo kao ozbiljan javnozdravstveni problem s mogućnošću prevencije

Student

Jelena Ranogajec, 0336056488

Mentor

Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, dr.med.

Varaždin, listopad 2024. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Jelena Ranogajec	MATIČNI BROJ	0336056488
DATUM	12.8.2024.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo
NASLOV RADA	Samoubojstvo kao ozbiljan javnozdravstveni problem s mogućnošću prevencije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Suicide as a serious public health hazard with the prospect of prevention		

MENTOR Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović ZVANJE Izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik

ČLANOVI POVJERENSTVA	
1.	Valentina Novak, v. pred., predsjednica Povjerenstva
2.	Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor
3.	Zoran Žeželj, pred., član
4.	dr. sc. Melita Sajko, v. pred., zamjenska članica
5.	

Zadatak završnog rada

BROJ 1847/SS/2024

OPIS

Samoubojstvo ne pogađa samo pojedince, već ima dalekosežne posljedice za obitelji, zajednice i društvo u cjelini, stoga je izuzetno važno razumjeti njegove uzroke, povezane rizike, kao i razviti učinkovite strategije prevencije. Ovaj završni rad obradit će psihodinamiku presuicidalnog i suicidalnog ponašanja, s posebnim naglaskom na psihičke bolesti koje su često povezane s ovim tragičnim ishodom. Istražit će se endogeni i egzogeni čimbenici rizika koji mogu pridonijeti suicidalnom ponašanju, kao i epidemiološki indikatori samoubojstava u Republici Hrvatskoj, čime će se dobiti uvid u učestalost i obrasce ovog problema unutar populacije. Posebna pažnja bit će posvećena liječenju suicidalnih bolesnika, kao i preventivnim aspektima suicidalnosti. Preventivne mjere koje će se obraditi u sklopu završnog rada će uključivati edukaciju, rano prepoznavanje znakova upozorenja i intervencijske strategije koje mogu smanjiti rizik od samoubojstva. Na kraju rada bit će sumirani ključni nalazi i preporuke za buduće smjernice u prevenciji samoubojstva, a naglasit će se i uloga visoko educirane medicinske sestre u ovoj problematici. Navedeno ima za cilj doprinijeti boljem razumijevanju samoubojstva kao kompleksnog javnozdravstvenog problema i naglasiti važnost preventivnih mjera koje mogu spasiti živote.

ZADATAK URUČEN

23.08.2024.



Tomislav Meštrović

Predgovor

Posebnu zahvalu upućujem mentoru izv. prof. dr. sc. Tomislavu Meštroviću, dr.med. na pomoći oko realizacije završnog rada. Također, željela bih se zahvaliti obitelji, prijateljima i radnim kolegama na nesebičnoj podršci tijekom akademskog školovanja.

Sažetak

Samoubojstvo je globalni problem koji predstavlja jedan od vodećih uzroka smrti, s više od 700.000 izgubljenih života svake godine. Republika Hrvatska bilježi više stope smrtnosti od samoubojstva usporedivši s prosjekom Europske Unije. U 2023. godini prema podacima godišnje statistike Ministarstva unutarnjih poslova, u Hrvatskoj je od 1242 pokušaja suicida izvršeno njih 503. Riječ je o složenom fenomenu koji uključuje interakciju različitih čimbenika. Čimbenici rizika za samoubojstvo u Hrvatskoj uključuju mentalne poremećaje poput depresije i anksioznosti, zlouporabu alkohola i droga, te prisutnost kroničnih fizičkih bolesti. Socijalni čimbenici kao što su nezaposlenost, financijske poteškoće i obiteljske krize također doprinose povećanom riziku. Povezanost između psihijatrijskih poremećaja i suicidalnosti predstavlja ozbiljan izazov za zdravstvene sustave. Psihijatrijski poremećaji predstavljaju značajan javnozdravstveni problem koji utječe na milijune ljudi širom svijeta, Unatoč ozbiljnosti, samoubojstvo je često moguće spriječiti kroz odgovarajuće preventivne mjere i intervencije. Prevencija samoubojstva zahtijeva sveobuhvatan, multidisciplinarni pristup koji uključuje zdravstvene profesionalce, obrazovne institucije, zajednicu i zakonodavce. Javno zdravstvo unapređuje i promiče zdravlje, bavi se prevencijom bolesti i produljenjem životnog vijeka povećanjem kvalitete života u zajednici. Medicinske sestre i tehničari često su prvi koji primijete promjene u ponašanju, emocionalnom stanju i općem zdravlju pacijenata. Njihova empatija i sposobnost aktivnog slušanja omogućuju pacijentima da se osjećaju razumijevani i podržani. Ova podrška može biti ključna u trenucima krize, kada pacijenti mogu osjećati bespomoćnost ili usamljenost. Kontinuirana edukacija, podrška i ulaganje u mentalno zdravlje temelj su za stvaranje sigurnijeg i podržavajućeg društva.

Ključne riječi: samoubojstvo, suicid, smrtnost, psihijatrijski poremećaji, javno zdravstvo, preventivne mjere, medicinska sestra/tehničar

Abstract

Suicide is a global problem that represents one of the leading causes of death, with over 700,000 lives lost each year. The Republic of Croatia records higher suicide mortality rates compared to the average in the European Union. In 2023, according to annual statistics from the Ministry of the Interior, Croatia had 503 completed suicides out of 1,242 suicide attempts. This is a complex phenomenon that involves the interaction of various factors. Risk factors for suicide in Croatia include mental disorders such as depression and anxiety, substance abuse including alcohol and drugs, and the presence of chronic physical illnesses. Social factors such as unemployment, financial difficulties, and family crises also contribute to increased risk. The connection between psychiatric disorders and suicidality presents a serious challenge for healthcare systems. Psychiatric disorders represent a significant public health issue affecting millions of people worldwide. Despite the seriousness, suicide is often preventable through appropriate preventive measures and interventions. Suicide prevention requires a comprehensive, multidisciplinary approach that involves healthcare professionals, educational institutions, communities, and legislators. Public health promotes and advances health, addresses disease prevention, and extends life expectancy by improving the quality of life in the community. Nurses and technicians are often the first to notice changes in behavior, emotional state, and overall health of patients. Their empathy and ability to listen actively enable patients to feel understood and supported. This support can be crucial in moments of crisis when patients may feel helpless or lonely. Ongoing education, support, and investment in mental health are fundamental to creating a safer and more supportive society.

Keywords: suicide, suicidality, mortality, psychiatric disorders, public health, preventive measures, nurse/technician

Popis korištenih kratica

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

OSRP – osnovni sustav rangiranja prioriteta

RH – Republika Hrvatska

EU – Europska Unija

NGASR - eng. The Nurses Global Assessment of Suicide Risk – sestrinska skala za procjenu rizika od suicida

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Definicija i klasifikacija samoubojstva	3
3.	Epidemiološki indikatori samoubojstva	5
3.1.	Epidemiološki indikatori samoubojstva u svijetu	5
3.2.	Epidemiološki indikatori samoubojstva u Republici Hrvatskoj.....	7
4.	Psihodinamika presuicidalnog i suicidalnog ponašanja.....	10
4.1.	Neurobiologija suicidalnog ponašanja	11
4.2.	Čimbenici rizika za suicidalno ponašanje	12
4.3.	Suicidalnost i psihijatrijski poremećaji	14
4.4.	Model stresne dijadeze	15
5.	Preventivni aspekti suicidalnosti.....	17
5.1.	Javnozdravstveni pristup prevenciji samoubojstva	17
5.2.	Strateški plan razvoja mentalnog zdravlja u Hrvatskoj do 2030. godine.....	18
5.3.	Uloga medicinske sestre/tehničara u prevenciji suicidalnoga ponašanja.....	19
5.4.	Komunikacija sa suicidalnom osobom	23
6.	Zaključak	26
7.	Literatura	27

1. Uvod

Samoubojstvo predstavlja složen i tragičan fenomen koji se definira kao namjerno oduzimanje vlastitog života [1]. Ovaj čin često je rezultat složene interakcije psiholoških, socijalnih i bioloških čimbenika. Samoubojstvo može biti posljedica različitih mentalnih poremećaja, poput depresije, anksioznosti, posttraumatskog stresnog poremećaja ili drugih psihičkih stanja [2]. Uz to, ekonomski pritisci, socijalna izolacija, gubitak voljenih osoba i traumatski događaji također mogu značajno doprinijeti povećanju rizika od suicida [3]. Ova pojava nije samo individualni problem, već i značajan javnozdravstveni izazov koji utječe na društvo u cjelini. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, samoubojstvo je jedan od vodećih uzroka smrti među mladima i predstavlja ozbiljan problem u mnogim zemljama diljem svijeta. Statistike ukazuju na to da se svake godine u svijetu zabilježi više od 700.000 samoubojstava, a broj pokušaja samoubojstva može biti i mnogo veći, čime se jasno ukazuje na potrebu za djelotvornim strategijama prevencije [4]. Epidemiološki pokazatelji samoubojstva u Hrvatskoj i svijetu otkrivaju zabrinjavajuće trendove. Prema dostupnim podacima, stopa samoubojstava u Hrvatskoj iznosi oko 11,3 na 100.000 stanovnika, što predstavlja značajnu zabrinutost za javno zdravstvo. Iako se u posljednjih nekoliko godina bilježe pozitivni pomaci u smanjenju stope samoubojstava, potrebno je nastaviti rad na unapređenju prevencije i podrške osobama koje se suočavaju s suicidalnim mislima. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Hrvatska ima jedan od viših stopa samoubojstava u Europi, s posebnim naglaskom na mušku populaciju koja je posebno ugrožena [5]. Epidemiološki podaci pokazuju da su samoubojstva najčešće među osobama starijim od 65 godina, ali zabrinjavajući su i podaci koji se odnose na mlađu populaciju [6]. Ovi podaci ukazuju na potrebu za sveobuhvatnim pristupom prevenciji samoubojstava, uključujući promicanje mentalnog zdravlja [5]. U globalnom kontekstu, razlike u stopama samoubojstava variraju među regijama, s posebnim naglaskom na potrebu za prilagodbom intervencija prema specifičnim potrebama svake zajednice [4]. U kontekstu javnog zdravstva, samoubojstvo zahtijeva holistički pristup koji uključuje razumijevanje psiholoških, socijalnih i ekonomskih čimbenika koji doprinose ovom problemu. Ključni elementi u prevenciji samoubojstava uključuju pravovremeno prepoznavanje rizičnih skupina, pružanje podrške osobama u krizi te razvijanje i implementaciju učinkovitih intervencija [5]. U tom kontekstu, medicinske sestre igraju ključnu ulogu. One ne samo da pružaju neposrednu njegu i podršku suicidalnim pacijentima, već i sudjeluju u edukaciji i savjetovanju, te surađuju s drugim zdravstvenim radnicima kako bi osigurale sveobuhvatan pristup liječenju i prevenciji [2]. Jedan

od ključnih izazova u proučavanju samoubojstva je stigmatizacija koja ga okružuje. Hrvatska također se suočava s izazovima u smislu stigme vezane uz mentalno zdravlje. Mnogi ljudi koji se suočavaju s suicidalnim mislima ne traže pomoć zbog straha od osude ili ne razumijevanja okoline [1]. Ovo dodatno pogoršava situaciju i otežava otvoreni razgovor o mentalnom zdravlju. Važnost obrazovanja i informiranja javnosti o mentalnim bolestima ne može se dovoljno naglasiti. Mnogi ljudi izbjegavaju tražiti pomoć zbog straha od osude ili nedostatka razumijevanja. Ova stigmatizacija može otežati dijagnosticiranje i liječenje mentalnih poremećaja, čime se povećava rizik od samoubojstava. Stoga je važno raditi na smanjenju stigmatizacije kroz edukaciju, kampanje podizanja svijesti i otvorene razgovore o mentalnom zdravlju [2]. U ovom radu, istražujemo različite aspekte samoubojstva, uključujući njegovu klasifikaciju, epidemiologiju, psihodinamiku i čimbenike rizika. Također analiziraju se postojeće preventivne mjere i programi koji su usmjereni na smanjenje stope samoubojstava.

2. Definicija i klasifikacija samoubojstva

Prema austrijsko–britanskom neurologu, psihijatru i psihoanalitičaru Erwinu Stengel, samoubojstvo je protumačeno kao ljudski čin samouništenja, odnosno kao namjerno oduzimanje vlastitog života koje proizlazi iz brojnih slabosti koje osoba na drugačiji način ne može riješiti [1]. Samoubojstvo je izrazito tragičan događaj, te je vjerojatno da nema ozbiljnije i emocionalno složenije pojave nego što je oduzimanje vlastitog života i razmišljanje o istom. O'Carroll je 1996. godine klasificirao suicidalna ponašanja kao sljedeća: [2]

- Samoubojstvo – samo-uzrokovana smrt,
- Pokušaj samoubojstva – namjerno samoozljeđivanje gdje je izostao fatalni ishod, ali je osoba namjeravala posredno ili neposredno izazvati vlastitu smrt,
- Prekinuti pokušaj samoubojstva – osoba je namjeravala izazvati vlastitu smrt, no radnja je prekinuta prije nastalog tjelesnog oštećenja,
- Promišljanja o samoubojstvu – razmišljanje o oduzimanju vlastitog života,
- Suicidalna namjera - želja o svojevolumnom samodestruktivnom činu koji dovodi do smrti
- Letalnost suicidalnog ponašanja – objektivna opasnost za život suicidalnog pojedinca
- Namjerno samoozljeđivanje – svjesno nanošenje boli samome sebi, ali bez stvarne želje za smrtnim ishodom.

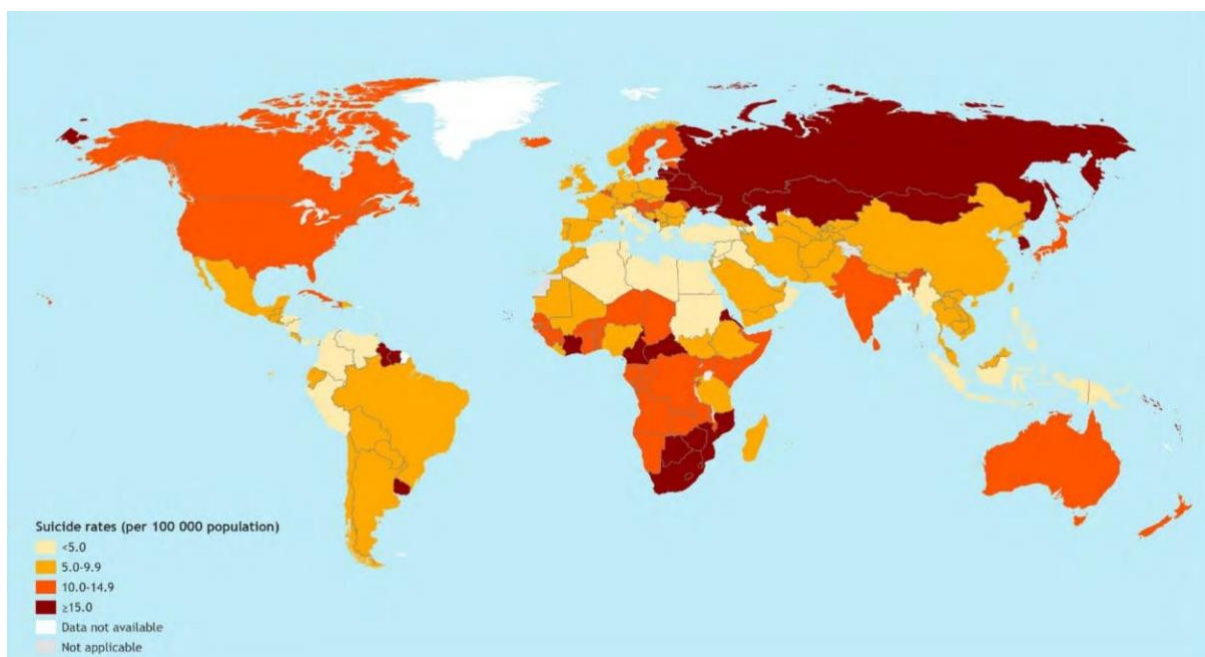
Iako su motivi i uzroci koji vode do samoubojstva raznoliki, stručnjaci su razvili različite klasifikacije kako bi bolje razumjeli ovaj čin i identificirali moguće pristupe prevenciji. Kada govorimo o sociološkom modelu suicidalnosti tada samoubojstva možemo svrstati u četiri kategorije: egoistična, altruistična, anomična i fatalistička [1]. Egoistična samoubojstva često počinu psihički bolesne osobe kada izgube socijalni interes ili osobe koje su izgubile položaj u društvu. Kada žrtve daju život zbog doprinosa postizanja ciljeva skupine u pojedinim kulturama i religijama, takav oblik suicida naziva se altruistično samoubojstvo i često se smatra časnim činom u takvim sredinama. Anomično samoubojstvo pojavljuje se u vrijeme socijalnih i ekonomskih promjena kada pojedinac pada u krizno stanje. Najčešće su razlozi za samoubojstvo gubitak bliske osobe, ekonomski gubitak i slično. U fatalističkom obliku samoubojstva osoba je nemoćna upravljati vlastitim životom te suicid smatra jedinim logičnim rješenjem. Ovakva samoubojstva često su viđena kod zatvorenika[1]. Metoda kojom se samoubojstvo izvršava također je ključna za razumijevanje ovog fenomena. Nasilno samoubojstvo uključuje metode poput vješanja, upotrebe vatrenog oružja ili skakanja s visine. Ove metode su često brze i imaju

visoku stopu smrtnosti. Nenasilno samoubojstvo uključuje metode kao što su trovanje, predoziranje lijekovima ili gladovanje. Iako ove metode mogu biti manje traumatične, one mogu biti jednako smrtonosne. U mnogim slučajevima, prije samoubojstva postoje određeni znakovi upozorenja. Planirano samoubojstvo uključuje jasne signale i pripreme za čin, kao što je pisanje oproštajnih pisama ili dijeljenje imovine. Ovakvi znakovi često mogu poslužiti kao alarm za intervenciju. Impulzivno samoubojstvo je često izvedeno bez vidljivih prethodnih znakova ili upozorenja, što ga čini posebno teškim za predviđanje i prevenciju. Vrijeme također igra važnu ulogu u klasifikaciji samoubojstva: Akutno samoubojstvo događa se brzo, često kao odgovor na iznenadnu emocionalnu ili situacijsku krizu, bez dugotrajne pripreme. Kronično samoubojstvo je dugotrajan proces samodestruktivnog ponašanja. Ovo može uključivati polagano oduzimanje vlastitog života, na primjer, kroz zloupotrebu supstanci ili ponavljano samopovređivanje [2].

3. Epidemiološki indikatori samoubojstva

3.1. Epidemiološki indikatori samoubojstva u svijetu

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz 2019. godine, više od 703 000 ljudi godišnje počinu suicid [4]. Iako je posljednjih desetak godina došlo do smanjenja u broju izvršenih samoubojstava na globalnoj razini, ono još uvijek predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Stopa samoubojstva izražava se kao broj počinjenih suicida na 100 000 stanovnika godišnje. Slika 3.1. pokazuje distribuciju stope samoubojstva u svijetu u posljednje dostupnoj godini prema podacima SZO, 2019., kada je stopa iznosila 9,2/100 000 [4].



Slika 3.1. Distribucija stope samoubojstva u svijetu, posljednje dostupna godina 2019., prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (izvor: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>)

Postoje velike oscilacije u stopi suicida u različitim državama svijeta. 77% suicida događa se u zemljama s niskim ili srednjim dohotkom, dok je najviša dobnostandardizirana stopa ona u zemljama s visokim dohotkom. Epidemiološki podaci o samoubojstvu pokazuju značajne regionalne razlike. U Europi su zabilježene najviše stope samoubojstava, osobito u zemljama poput Litve, Rusije i Bjelorusije. U Aziji, zemlje poput Južne Koreje i Japana imaju visoke stope, dok su stope u Indiji i Kini niže, ali se brzo mijenjaju. U Sjedinjenim Američkim Državama, stope samoubojstava su u porastu, posebno među mladima i starijom populacijom. Svjetski dan prevencije samoubojstva obilježava se 10. rujna te se toga dana provode brojne akcije podizanja svijesti o važnosti mentalnog zdravlja [4]. Jedan od najsnažnijih epidemioloških indikatora

samoubojstva su razlike prema spolu. Muškarci imaju značajno veću stopu uspješnih samoubojstava u usporedbi sa ženama, često i tri do četiri puta veću. Razlozi za ovu razliku uključuju [4]:

- Metode samoubojstva: muškarci češće koriste nasilne metode poput vatrenog oružja ili vješanja, koje imaju veću smrtnost.
- Socijalni faktori: muškarci su manje skloni tražiti pomoć za mentalne probleme zbog stigme ili socijalnih normi koje naglašavaju samodostatnost.
- Kultura i očekivanja: u nekim društvima, očekivanja vezana uz muževnost i odgovornost za obitelj mogu povećati stres i osjećaj beznađa kod muškaraca.

S druge strane, žene češće pokušavaju samoubojstvo, ali koriste metode koje su manje smrtonosne, poput predoziranja lijekovima. Epidemiološki indikatori samoubojstava pružaju ključne uvide u demografske i socijalne obrasce povezane s ovim problemom. Razumijevanje razlika u stopama samoubojstava prema spolu, dobi, regijama i socioekonomskim statusima omogućuje usmjereniji pristup prevenciji. Međunarodna suradnja, uključujući razmjenu podataka i prakse, ključna je za smanjenje globalnog tereta samoubojstava i očuvanja života [5].

3.2. Epidemiološki indikatori samoubojstva u Republici Hrvatskoj

Samoubojstvo je kompleksan društveni i zdravstveni problem koji pogađa sve zemlje, pa tako i Republiku Hrvatsku. Iako je stopa samoubojstava u Hrvatskoj općenito u padu posljednjih godina, ona i dalje ostaje zabrinjavajuća te zahtijeva kontinuirano praćenje i analizu [6]. Epidemiološki indikatori pružaju ključne informacije o prevalenciji, distribuciji i čimbenicima rizika povezanim s ovim tragičnim ishodom. Hrvatska bilježi više stope smrtnosti od samoubojstva usporedivši s prosjekom Europske Unije [6]. U 2019. godini prosječna stopa smrtnosti od suicida za sve dobne skupine u EU iznosila je 8,9/100.000, dok je u RH ona bila 11,3/100.000 [4]. U 2023.godini prema podacima godišnje statistike Ministarstva unutarnjih poslova, u Hrvatskoj je od 1242 pokušaja suicida izvršeno njih 503 [7]. Ovaj podatak pokazuje blagi pad u odnosu na prijašnju godinu (slika 3.2.).

Samoubojstva i pokušaji samoubojstava		UKUPNO		Trend u %	Dovršena			Pokušana		Žene		
		2022.	2023.		2022.	2023.	Trend u %	2022.	2023.	Dovršena	Pokušana	Ukupno
Način izvršenja	Vješanjem	355	378	+6,5	278	295	+6,1	77	83	59	21	80
	Pucanjem iz oružja	94	63	-33,0	71	53	-25,4	23	10	1		1
	Bacanjem u vodu	44	39	-11,4	19	19	0,0	25	20	7	12	19
	Trovanjem	253	248	-2,0	26	15	-42,3	227	233	9	146	155
	Ubadanjem	35	41	+17,1	5	9	+80,0	30	32	1	5	6
	Bacanjem pod vlak	30	24	-20,0	20	16	-20,0	10	8	2	4	6
	Bacanjem s građevine	98	99	+1,0	56	49	-12,5	42	50	23	17	40
	Rezanjem žila	99	110	+11,1	15	14	-6,7	84	96	4	40	44
	Ostalo	255	240	-5,9	39	33	-15,4	216	207	10	107	117
	UKUPNO	1.263	1.242	-1,7	529	503	-4,9	734	739	116	352	468
Dob počinitelja (godine)	do 14	24	12	-50,0	2	1	-50,0	22	11		9	9
	15 - 18	62	38	-38,7	7	6	-14,3	55	32	3	30	33
	19 - 25	108	86	-20,4	29	20	-31,0	79	66	4	31	35
	26 - 35	153	145	-5,2	47	40	-14,9	106	105	8	49	57
	36 - 50	276	275	-0,4	108	77	-28,7	168	198	10	84	94
	51 - 65	289	315	+9,0	144	137	-4,9	145	178	21	82	103
	iznad 65	351	371	+5,7	192	222	+15,6	159	149	70	67	137
	UKUPNO	1.263	1.242	-1,7	529	503	-4,9	734	739	116	352	468

Slika 3.2. Samoubojstva i pokušaji samoubojstva prema načinu izvršenja i dobi.

Usporedba 2022. i 2023. godine (izvor:

https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2024/3/Statisticki_pregled_2023_.pdf)

Analizom dostupnih podataka utvrđeno je kako najveći broj ljudi u RH samoubojstvo izvrši vješanjem, a zatim trovanjem. Gotovo sva samoubojstva počinjena vatrenim oružjem registrirana su kod osoba muškog spola, posebice u vremenu poslije Domovinskog rata što se može prepisati lakšoj dostupnosti oružja, ali i psihičkim poteškoćama kod branitelja kao posljedicom ratnog zbivanja. Stopa samoubojstava i smrtnosti raste proporcionalno s dobi. Dok su mlađe životne dobi zabilježile pad pokušaja i izvršenih samoubojstava, u populaciji iznad 50 godina zabilježen je znatan rast. Najveći broj suicida izvršen je u gradu Zagrebu [7].

Godina	Ukupno			Spol		Način izvršenja										Starost počinitelja						
	Ukupno	Dovišeno	Pokušano	muški	ženski	Vješanjem	Pucanjem iz oružja	Bacanjem u vodu	Trovanjem	Ubadanjem	Bacanje pod vlak	Bacanjem s građevine	Rezanjem žila	Ostalo	do 14	15-18	19-25	26-35	36-50	51-65	više od 65	
2014.	1.517	683	834	996	521	517	104	29	306	32	38	112	124	255	4	67	134	189	381	407	335	
2015.	1.522	717	805	980	542	515	99	51	332	48	36	82	119	240	3	44	121	159	361	413	421	
2016.	1.406	663	743	920	486	462	106	53	257	38	31	115	109	235	5	63	98	165	379	340	356	
2017.	1.374	625	749	896	478	478	102	33	245	35	24	91	123	243	15	50	99	174	324	365	347	
2018.	1.439	657	782	937	502	477	87	56	271	49	28	112	98	261	15	54	108	157	331	393	381	
2019.	1.256	566	690	845	411	426	82	49	224	34	21	98	104	218	11	31	103	152	328	278	353	
2020.	1.328	566	762	848	480	405	89	38	260	37	23	103	124	249	3	59	109	173	308	296	380	
2021.	1.315	572	743	861	454	426	94	43	258	39	20	109	94	232	14	56	90	153	314	330	358	
2022.	1.263	529	734	804	459	355	94	44	253	35	30	98	99	255	24	62	108	153	276	289	351	
2023.	1.242	529	503	774	468	378	63	39	248	41	24	99	110	240	12	38	86	145	275	315	371	

Slika 3.3. Pregled suicida u RH za period 2014.-2023. (izvor:

https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2024/3/Statisticki_pregled_2023_.pdf)

Analiza prema spolu pokazuje da su muškarci znatno više pogođeni ovim problemom nego žene. U Hrvatskoj, omjer samoubojstava između muškaraca i žena je oko 3:1 [6]. Ova razlika može se dijelom objasniti razlikama u načinima suočavanja sa stresom, kao i dostupnošću i upotrebom smrtonosnih sredstava [6]. Što se tiče dobne distribucije, najviše stope samoubojstava zabilježene su među starijom populacijom, posebno među muškarcima iznad 65 godina [7]. Ova dobna skupina često se suočava s gubitkom voljenih osoba, kroničnim bolestima i osjećajem socijalne izolacije, što može doprinijeti povećanom riziku za samoubojstvo. Čimbenici rizika za samoubojstvo u Hrvatskoj uključuju mentalne poremećaje poput depresije i anksioznosti, zlouporabu alkohola i droga, te prisutnost kroničnih fizičkih bolesti. Socijalni čimbenici kao što su nezaposlenost, financijske poteškoće i obiteljske krize također doprinose povećanom riziku [1]. Važno je napomenuti da društvene stigme povezane s mentalnim zdravljem i traženjem

pomoći često sprječavaju ranu intervenciju. Razumijevanje epidemioloških indikatora, uključujući spolnu, dobnu i regionalnu distribuciju, ključno je za razvoj učinkovitih strategija koje mogu smanjiti stope samoubojstava. Kontinuirana edukacija, podrška i ulaganje u mentalno zdravlje temelj su za stvaranje sigurnijeg i podržavajućeg društva [5].

4. Psihodinamika presuicidalnog i suicidalnog ponašanja

Kada se radi o psihodinamici suicida treba razlikovati je li odluka oduzimanja vlastitog života bila svjesna i promišljena s jasno postavljenim ciljevima ili je ta odluka bila prisilna, gdje je suicid rezultirao iz psihičke bolesti ili poremećaja [7]. Smatra se, ako je suicid nastao svjesno, da je to slobodan odabir čovjeka za koje snosi posljedice, te je psihodinamika jednostavna. U psihodinamici suicida i presuicidalnog ponašanja kod osoba koje boluju od neke psihičke bolesti ili poremećaja najčešće se radi o životnoj traumi ili gubitku nečega što je osoba smatrala vrijednim. Kod takvih stanja slabe obrambeni mehanizmi čovjeka i dolazi do regresije potisnute autoagresivnosti i gubitka samokontrole. Osoba ima smanjene mogućnosti rješavanja problema i konflikata te se javlja tjeskoba zbog vlastite nemoći [7]. Od velike je važnosti osobi pružiti pravovremenu psihološku pomoć i podršku. Suicidalna osoba nerijetko plan samoubojstva priprema duže vrijeme, a neuspjeli pokušaj suicida može se protumačiti kao “zov u pomoć” gdje postoji vjerojatnost za sljedećim pokušajem ukoliko osoba ne potraži ili joj se ne pruži adekvatna pomoć [8].

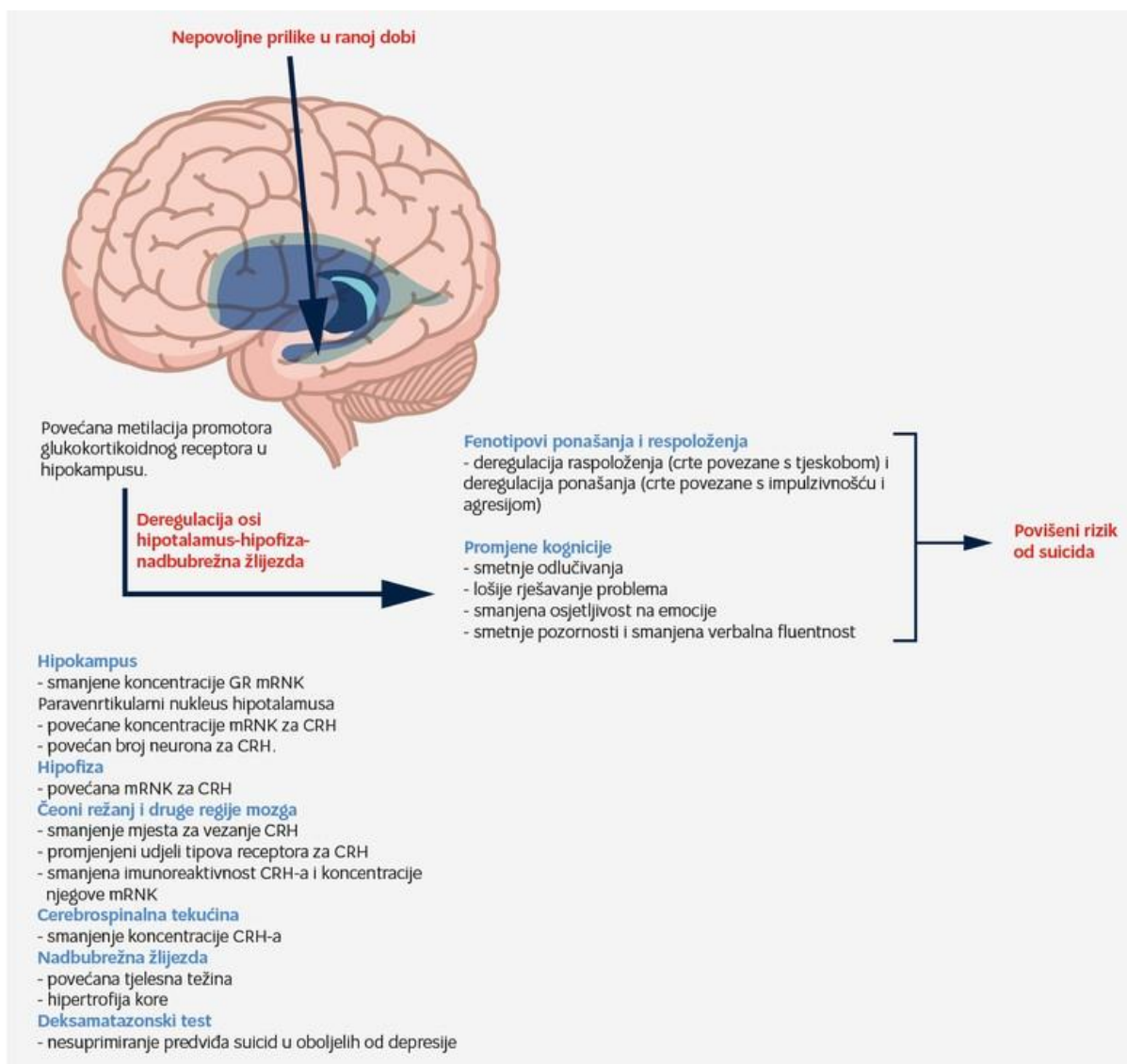
Za procjenu rizika suicidalnosti koriste se različite metode i tehnike. Izravne ili specifične tehnike uključuju instrumente kao što su upitnici, ljestvice i strukturirani intervjui koji su osmišljeni za procjenu suicidalnosti kod osoba. Pomoću ovih tehnika prikupljaju se podaci o razmišljanju, nagonima, namjeri ili pokušajima da se počini samoubojstvo. Nedostatak ovakve tehnike je nemogućnost kontrole iskrenosti ispitanika ili iskrivljenja podataka kada je riječ o umanjivanju tegoba ili njihovih naglašavanja. Posredna procjena suicidalnosti radi se preko kognitivnih i konativnih osobina. Osobine koje su korelati suicidalnosti jesu beznadnost, impulzivnost, pretjerano samookrivljenje, nemogućnost nošenja sa stresom, nekontrolirani bijes i slično. Primjer usmjerenog strukturiranog intervjua koji zahvaća ove psihološke karakteristike je *Suicide assessment checklist*, osmišljen 1989. godine. Klinički pristup u okviru obrade psihijatrijskih pacijenata kombinira izravne i posredne tehnike. Temeljna tehnika kod kliničkog pristupa jest opširan intervju. U obradu se mogu uključiti i specifične ljestvice, ako je to rijetko. Kod kliničke procjene važno je razumjeti svjesne i nesvjesne motive osobe, okolnosti u kojima se suicidalnost pojavljuje i prepoznati crte osobnosti kao i psihopatologiju [8]. S bolesnikom valja raspraviti o svim znakovima koji upućuju na suicidalnost, dobra komunikacija važna je za sveobuhvatnu obradu [9].

U zdravstvenoj sredini nerijetko se čuju informacije o suicidu i suicidalnom ponašanju koje nisu istinite [1]. Takve zablude predstavljaju veliki problem u kvaliteti liječenja i mogu utjecati na ishod liječenja. Neki od primjera zabluda o samoubojstvu jesu:

- Osobe koje javno govore o samoubojstvu nikad ga neće počinuti
- Osoba koja je počinila samoubojstvo nije davala naznake ni upozorenja
- Ako se čovjek odluči na samoubojstvo, ništa ga u tome ne može spriječiti
- Ukoliko dođe do poboljšanja stanja nakon krize, nema više rizika za samoubojstvo
- Samo siromašni ljudi su skloni samoubojstvu
- Samo osobe s poremećajem i mentalnom bolešću čine samoubojstvo [1].

4.1. Neurobiologija suicidalnog ponašanja

Neurobiologija suicidalnog ponašanja je složeno područje koje istražuje kako biološki čimbenici u mozgu doprinose riziku od suicidalnih misli i ponašanja [10]. Povezuje se s promjenama neurotransitorskih sustava s naglaskom na serotoninergični, dopaminergični i noradrenergični te disfunkcijom aktivnosti neuroendokrinog sustava i kolesterola [11]. Postoji nekoliko neurobioloških pokazatelja koji se povezuju sa suicidom i suicidalnim ponašanjem. Najviše pozornosti obraća se na promjene koncentracije lipida u krvi te funkciju serotoniniskog sustava. Iako se suicidalno ponašanje češće javlja kod osoba koje su psihijatrijski bolesnici, ono se može javiti kod osoba koje ranije nisu iskazivale slične simptome. Temeljem toga istražuju se biološki pokazatelji [10]. Genetika suicidalnosti pokazuje da osobe s obiteljskom anamnezom suicida i suicidalnog ponašanja iskazuju veću razinu agresivnosti i impulzivnosti, te češće pokazuju simptome takvog ponašanja [9]. Određene strukture mozga mogu biti povezane sa suicidalnim ponašanjem. Prefrontalni korteks je regija mozga ključna za donošenje odluka, kontrolu impulsa i regulaciju emocija. Smanjena aktivnost u prefrontalnom korteksu može dovesti do lošeg donošenja odluka i povećane impulzivnosti, što može povećati rizik od suicidalnog ponašanja. Amigdala je povezana s obradom emocija, posebno straha i tjeskobe. Hiperaktivnost amigdale može dovesti do preosjetljivosti na emocionalne podražaje i povećane emocionalne reaktivnosti, što može biti povezano sa suicidalnim ponašanjem. Hipokampus igra važnu ulogu u pamćenju i regulaciji emocija. Kronični stres i depresija mogu dovesti do smanjenja volumena hipokampusa, što je povezano s povećanim rizikom od suicidalnih misli i ponašanja [10]. Neurobiologija suicidalnog ponašanja je područje koje još uvijek aktivno istražuju stručnjaci za bolje razumijevanje temeljnih mehanizama i razvijanje učinkovitijih strategija za prevenciju i liječenje [11].



Slika 4.1. Učinak nepovoljnih prilika u ranoj životnoj dobi.

(izvor: <https://www.plivamed.net/medicus/clanak/13399/Suicidalnost-u-psihijatrijskim-poremecajima.html>)

4.2. Čimbenici rizika za suicidalno ponašanje

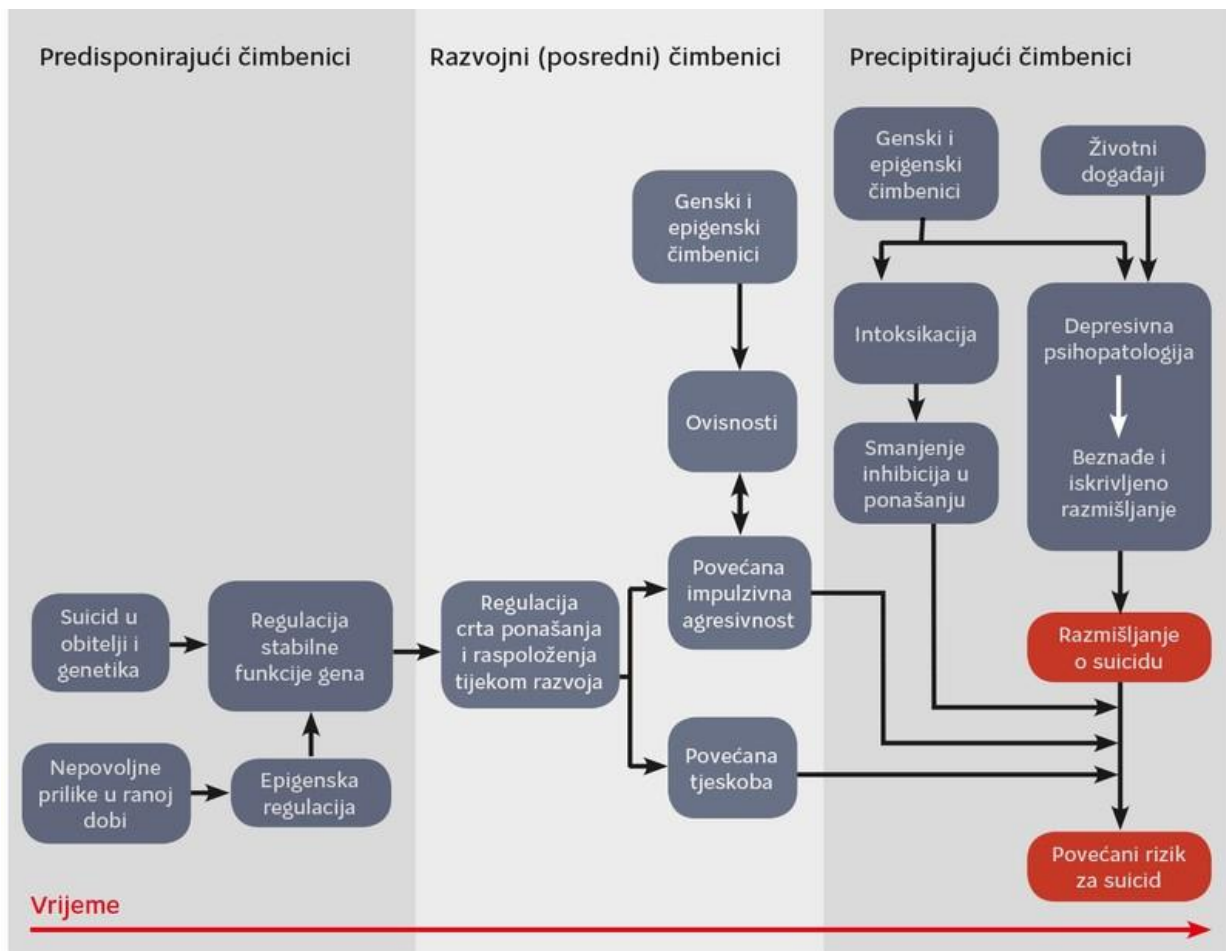
Čimbenici rizika za suicidalno ponašanje dijele se na primarne, sekundarne i tercijarne te se odnose na kategorizaciju faktora prema njihovoj izravnosti i težini utjecaja na suicidalno ponašanje. Ova podjela služi za razumijevanje složenosti čimbenika rizika te u planiranju preventivnih i intervencijskih mjera [12].

Primarni čimbenici rizika su oni koji imaju izravan i snažan utjecaj na suicidalno ponašanje. Oni predstavljaju temeljne uzroke ili predispozicije koje značajno povećavaju rizik od suicida. U ovu skupinu ubrajaju se psihijatrijski poremećaji kao što su depresija, bipolarni poremećaj,

shizofrenija, anksiozni poremećaji te zloupotreba supstanci. Nadalje, primarni čimbenici rizika su prethodni pokušaji samoubojstva, genetski i okolišni čimbenici povezani s obiteljskom povijesti suicida, nedostatak podrške iz okoline i osjećaj usamljenosti, odnosno teška socijalna izolacija [13]. U ovu skupinu čimbenika rizika spadaju još poremećaj serotoniniskog sustava i nizak kolesterol u serumu [1].

Sekundarni čimbenici rizika su oni koji značajno povećavaju rizik od suicidalnog ponašanja, ali ne izravno, psihosocijalni čimbenici. Oni obično djeluju kao okidači koji aktiviraju osnovne predispozicije ili pogoršavaju postojeće stanje [13]. U sekundarne čimbenike rizika ubraja se stresni životni događaj kao što je traumatski događaj iz djetinjstva, smrt bliske osobe, fizičko ili emocionalno zlostavljanje, neuspjeh u školi ili poslu što dovodi do gubitka samopoštovanja i osjećaja vrijednosti. Kao primjer sekundarnog čimbenika rizika može biti tjelesna bolest, bol ili invaliditet [14].

Čimbenici koji povećavaju postojeće probleme, sami po sebi ne uzrokuju suicidalno ponašanje, ali u kombinaciji s drugim okolnostima mogu povećati rizik nazivaju se tercijarni čimbenici rizika [13]. Oni se nazivaju i demografskim čimbenicima jer ponajviše obuhvaćaju muški spol, bijelu rasu, stariju dob u oba spola, adolescentna i mlađa dob kod muškaraca, dijelovi godine (proljeće, svibanj je mjesec sa najvišom stopom suicida) te predmenstrualno razdoblje kod žena [12]. Osim demografskih čimbenika utjecaj ima i medijska prezentacija suicida. Sensacionalističko izvještavanje o samoubojstvu može potaknuti slično ponašanje. Ovo je poznato kao "Wertherov efekt". Lak pristup oružju, otrovima ili lijekovi također može biti čimbenik rizika [1].



Slika 4.2. Model suicidalnog rizika s primarnim, sekundarnim i tercijarnim čimbenicima rizika.

(izvor: <https://www.plivamed.net/medicus/clanak/13399/Suicidalnost-u-psihijatrijskim-poremecajima.html>)

4.3. Suicidalnost i psihijatrijski poremećaji

Povezanost između psihijatrijskih poremećaja i suicidalnosti predstavlja ozbiljan izazov za zdravstvene sustave. Psihijatrijski poremećaji predstavljaju značajan javnozdravstveni problem koji utječe na milijune ljudi širom svijeta [15]. Među različitim mentalnim poremećajima, suicidalnost se često pojavljuje kao ozbiljna komplikacija koja može imati tragične posljedice. Razumijevanje povezanosti između psihijatrijskih poremećaja i suicidalnosti ključno je za razvoj učinkovitih strategija prevencije i liječenja [15]. Jedan od najčešćih uzroka suicidalnosti su depresivni poremećaji. Depresija se karakterizira trajnim osjećajem tuge, beznada i gubitka interesa za aktivnosti koje su nekad bile ugodne. Osobe s teškom depresijom imaju povećani rizik od samoubojstva, jer se suočavaju s intenzivnim emocionalnim boli i osjećajem bespomoćnosti. Osim depresije, anksiozni poremećaji također su povezani s povećanim rizikom od suicidalnosti.

Osobe s anksioznim poremećajima često se bore s prekomjernim strahom, tjeskobom i panikom, što može dovesti do osjećaja izolacije i bespomoćnosti. Kognitivne distorzije, kao što su pesimizam i negativno razmišljanje, česte su među tim pacijentima, čime se povećava mogućnost suicidalnih misli. Druge skupine psihijatrijskih poremećaja, uključujući bipolarni poremećaj, shizofreniju i osobne poremećaje, također su povezane s povećanim rizikom od samoubojstva. Bipolarni poremećaj, koji se karakterizira ekstremnim promjenama raspoloženja, uključuje epizode depresije i manije, a tijekom depresivnih faza može doći do suicidalnih misli. Shizofrenija, mentalni poremećaj koji uključuje halucinacije i deluzije, također može povećati rizik od samoubojstva, osobito kada pacijenti doživljavaju teške simptome ili socijalnu izolaciju [16]. Upotreba alkohola i droga može pružiti privremeno olakšanje od emocionalne boli i tjeskobe, no dugoročno dovodi do pogoršanja mentalnog zdravlja [17]. Depresivni simptomi mogu se pojačati, a osjećaj beznada može postati sve intenzivniji, što može dovesti do suicidalnih misli i pokušaja [15]. Alkohol, kao depresiv, posebno je povezan s povećanim rizikom od samoubojstva. Mnogi ljudi koriste alkohol kao sredstvo za ublažavanje stresa i tjeskobe, no prekomjerna konzumacija može oslabiti prosudbu i povećati impulzivnost. Ovo može rezultirati povećanim suicidalnim ponašanjem, posebno u trenucima emocionalne krize [17]. Prema istraživanju Sullivan et al. (2010), osobe s poremećajima u vezi s alkoholom imaju značajno povećan rizik od samoubojstva [17]. S druge strane, droge, posebno stimulansi poput kokaina i amfetamina, također su povezane s rizikom od suicida [17]. Ove tvari mogu uzrokovati visoke razine anksioznosti, paranoje i emocionalne nestabilnosti. Kada efekt droge prestane, korisnici često doživljavaju intenzivan pad raspoloženja, što može dovesti do suicidalnih misli. Osim toga, ovisnici često doživljavaju gubitak socijalnih mreža i podrške, što dodatno povećava rizik od suicidalnog ponašanja [15]. Izolacija i stigmatizacija zbog ovisnosti mogu dovesti do osjećaja bezvrijednosti i bespomoćnosti, što može potaknuti suicidalne misli [13].

4.4. Model stresne diateze

Model stresne diateze moderni je razvoj dugogodišnje rasprave o uzrocima mentalnih bolesti [18]. Ova rasprava započela je još u staroj Grčkoj i Rimu kada su teorije uključivale neravnotežu u tjelesnim tekućinama i interakciju nadnaravnim bićima kao što je sotona. Kasnije se to razvilo u raspravu "priroda protiv odgoja". Do kasnog 20. stoljeća postalo je jasno da je priroda u interakciji s odgojem proizvela poremećaj [19]. Model stresne diateze (eng. *Diathesis-Stress Model*) koristi se u psihologiji kako bi se objasnio razvoj mentalnih poremećaja kao rezultat interakcije između genetske predispozicije (diateze) i vanjskih stresora [18]. Ovaj model

pretpostavlja da osobe imaju urođenu osjetljivost prema određenim psihološkim poremećajima, ali da se ti poremećaji manifestiraju tek kada je osoba izložena stresnim situacijama. Dijateza može biti genetska ili biološka predispozicija za razvoj mentalnih poremećaja, ali također može uključivati rane životne iskustva, poput traume ili zlostavljanja, koja povećavaju osjetljivost osobe na stres [19]. Stres obuhvaća vanjske čimbenike koji pokreću ili pogoršavaju razvoj mentalnih poremećaja. Stresori mogu biti raznoliki, poput gubitka posla, financijskih problema, obiteljskih sukoba ili drugim značajnim životnim promjenama. Model sugerira da samo postojanje predispozicije nije dovoljno da uzrokuje poremećaj, stoga je stres potreban kako bi se "aktivirala" ta predispozicija. Na primjer, osoba s genetskom sklonošću depresiji možda neće razviti depresiju sve dok ne doživi stresni događaj, poput prekida veze ili smrti voljene osobe [19]. Model stresne diateze je važan jer pomaže u razumijevanju zašto neki ljudi razvijaju mentalne poremećaje, dok drugi, izloženi istim stresorima, ne pokazuju nikakve simptome [18]. Također naglašava važnost upravljanja stresom i ranih intervencija kako bi se smanjio rizik od razvoja poremećaja kod osjetljivih pojedinaca. Ova interakcija može biti složena, s različitim razinama osjetljivosti kod različitih pojedinaca:

- Niska diateza, visoki stres: osoba s niskom genetskom predispozicijom (niskom diatezom) može ipak razviti poremećaj ako je izložena vrlo visokim razinama stresa.
- Visoka diateza, niski stres: osoba s visokom diatezom može razviti poremećaj čak i uz relativno niske razine stresa.
- Kombinacija faktora: često je kombinacija više faktora potrebna da bi se poremećaj manifestirao. Na primjer, genetska predispozicija za anksioznost može biti pojačana stresnim događajem, poput traume, ali i potpomognuta načinom života, poput nedostatka socijalne podrške [19].

Model stresne diateze naglašava koliko je važno razumjeti individualne razlike među ljudima i kako kombinacija nasljeđa i okoline oblikuje naše psihičko zdravlje. Upravljanje stresom, kao i prepoznavanje i djelovanje na rane znakove psihičkih poteškoća, ključni su za prevenciju i tretman mentalnih poremećaja [18].

5. Preventivni aspekti suicidalnosti

5.1. Javnozdravstveni pristup prevenciji samoubojstva

Javno zdravstvo unapređuje i promiče zdravlje, bavi se prevencijom bolesti i produljenjem životnog vijeka povećanjem kvalitete života u zajednici [20]. Javno zdravstvo obuhvaća pet koraka prevencije što rezultira smanjenjem broja samoubojstva u zajednici. Koraci se odvijaju kontinuiranim slijedom [21]. U primjeni javnozdravstvenog modela prevencije samoubojstva prvo se definira problem. Prikupljaju se, obrađuju i analiziraju podaci o pokušajima i izvršenim suicidima kako bi se dobio uvid u veličinu problema. Podaci moraju biti sveobuhvatni, reprezentativni, pravodobni i točni [20]. Javno zdravstvo služi se jednadžbom kojom se određuju prioriteta, OSRP – osnovni sustav rangiranja prioriteta. Ona glasi ovako: $OSRP = (A + 2B) \times C$. A – veličina problema, B – važnost problema, C – učinkovitost intervencije. U drugom koraku identificiraju se protektivni čimbenici i čimbenici rizika [21]. Čimbenici rizika su osobine i navike kod osobe ili određene skupine ljudi koji povisuju vjerojatnost od pojave bolesti, poremećaja, smrti i slično. Odnosno, oni povećavaju vjerojatnost nastanka suicida. Protektivni čimbenici ili čimbenici smanjenog rizika jesu one značajke i navike koje jačaju otpornost na, u ovom slučaju, suicid. Kontinuiranim prikupljanjem epidemioloških podataka moguće je dobiti uvid u čimbenike rizika kao što su: spol, dob, radni status, oboljenje i drugo. Prema sadašnjim spoznajama neki od čimbenika rizika su: muški spol, starija životna dob, postojanje psihičke bolesti, postojanje malignih bolesti, uporaba sredstava ovisnosti, prijašnji suicid u obitelji, nezaposlenost, socijalna izolacija, lošiji ekonomski status. U protektivne čimbenike možemo ubrojiti vjeru, religioznost, društvene norme koje se protive samoubojstvu, socijalna uključenost, stabilna obitelj, mlađa djeca, rano prepoznavanje mentalne bolesti i adekvatno liječenje, zakonske mjere koje reguliraju dostupnost oružja i opojnih sredstava koji se mogu zloupotrijebiti za pokušaj suicida. Smatra se da osoba neće učiniti samoubojstvo ukoliko su čimbenici rizika u ravnoteži s protektivnim čimbenicima. Treći je korak plan intervencije. Intervencija djeluje na smanjenje čimbenika rizika i povećava protektivne čimbenike. Ona mora imati pozitivno djelovanje na mentalno zdravlje te socijalno i kulturno okruženje. Metode moraju biti sigurne, znanstveno dokazane i etički prihvatljive. Prije implementacije intervencije i programa, nužno je testiranje. Najbolji oblik testiranja je pilot – projekt gdje se program odvija u ograničenom vremenu i području kako bi se mogli ukloniti i poboljšati postojeći nedostaci. Kada su dogovoreni partneri, provoditelji, načini interakcije i resursi prelazi se na idući korak, implementacija intervencije. Provode se opće mjere prevencije koje su usmjerene na čitavu

populaciju, prihvaćene na nacionalnoj razini, i specifične mjere koje su usmjerene na pojedince s povećanim rizikom za suicid [22]. Partneri koji sudjeluju u provedbi općih mjera jesu: država, crkva, mediji, javno zdravstvo, socijalna služba i civilne i druge [23]. Specifične mjere prevencije samoubojstva provode liječnici sa stručnim timom koji se sastoji od psihologa, pedagoga, medicinske sestre, psihoterapeuti te institucijama: vojne i kazneno – popravne institucije, škole i vrtići. Naposljetku, da bi se provela kvalitetna evaluacija programa nužno je postaviti ciljeve koji su realni, specifični i u ograničenim vremenskim okvirima. Programi prevencije suicida su dugoročni jer se u kratkom vremenskom periodu ne mogu dobiti relevantni pokazatelji [23]. Kod evaluacije potrebno je procijeniti koliko je prethodno zadanih ciljeva ostvareno, je li intervencija sigurna za populaciju, koliko je provediva, jesu li zadovoljene etičke norme te koliki su materijalni troškovi [22]. Javnozdravstveni pristup prevenciji samoubojstva mora počivati na dokazima koji imaju jasnu strategiju, utemeljeni su na činjenicama, imaju realne dokaze te angažman cijelog društva. Javnozdravstveni model prevencije suicida predstavlja sveobuhvatan i integriran pristup rješavanju ovog složenog problema. Uključivanjem različitih sektora i usredotočujući se na edukaciju, intervencije i podršku, ovaj model može značajno doprinijeti smanjenju stope samoubojstava i poboljšanju mentalnog zdravlja u zajednici [22].

5.2. Strateški plan razvoja mentalnog zdravlja u Hrvatskoj do 2030. godine

Republika Hrvatska ima velike mogućnosti za razvoj mentalnog zdravlja. Troškovi zdravstvene zaštite bili bi minimalni ako Republika Hrvatska razvije sustav utemeljen na potrebama u kojem je primarna, sekundarna i tercijarna prevencija mentalnih bolesti dio cjelovitog sustava. Povećanje svijesti javnosti i sprječavanje stigmatizacije bitni su ciljevi zajednice. Neke od mjera koje su planirane za provođenje jesu: [20]

- Unaprjeđenje informiranosti socijalnih partnera o važnosti očuvanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja, te ranog prepoznavanja mentalnih poremećaja,
- Razvijanje mentalno - zdravstvene pismenosti kod svih dobnih skupina,
- Podizanje svijesti javnosti o psihičkim poteškoćama, mentalnim poremećajima i mogućnostima pružanja stručne psihološke podrške i liječenja kod svih dobnih skupina,
- Provođenje programa destigmatizacije mentalnih poremećaja i traženja stručne pomoći,
- Poticanje razvoja programskih sadržaja koji se odnose na pitanja mentalnog zdravlja,

- Organizacija trajnih edukacija i programa za rano prepoznavanje, ranu intervenciju i holističku skrb za osobe s mentalnim problemima za sve osobe koje nisu zdravstveni radnici, a rade u zdravstvenom, obrazovnom ili sektoru socijalne skrbi,
- Razvijanje programa za rano otkrivanje mentalnih poremećaja u cilju pravodobnog liječenja u djelatnostima pedijatrije, školske medicine, obiteljske medicine i djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja i medicine rada,
- Primjena trijažnog upitnika za rano otkrivanje mentalnih poremećaja kao što su depresije, anksioznosti i poremećaja povezanih sa stresom, u svrhu pravodobne intervencije i liječenja
- Implementiranje u osnovne škole specifičan i lako primjenjiv upitnik u svrhu ranog otkrivanja djece koja su pod rizikom za razvoj mentalnih poremećaja te djece koja već imaju znakove mentalnih poremećaja,
- Povećanje dostupnosti usluga pružanja psihološke podrške i pomoći svim dobnim skupinama u mjestu stanovanja,
- Planiranje i provođenje programa podrške i praćenja psihičkog funkcioniranja građana u kriznim situacijama,
- Prepoznavanje i rana intervencija kod samoubilačkih nakana,
- Izrada i provođenje preventivnih programa usmjerenih ka prevenciji samoubojstava;
- Povećanje zaštite mentalnog zdravlja žena, osobito tijekom trudnoće i nakon poroda, te u menopauzi,
- Unaprijediti prepoznavanje i rane intervencije kod problema ovisnosti,
- Unaprjeđenje sustava psihološke podrške, prepoznavanja mentalnih poremećaja i ranu intervenciju kod osoba s fizičkim bolestima,
- Izrada odgovarajućih protokola za liječenje na primarnoj razini zdravstvene zaštite te za daljnje upućivanje u specijalističke službe za mentalno zdravlje.

5.3. Uloga medicinske sestre/tehničara u prevenciji suicidalnoga ponašanja

Jedna od osnovnih uloga medicinskih sestara i tehničara u prevenciji suicida je identifikacija pacijenata koji su u riziku [24]. Medicinske sestre/tehničari često su prve koje primijete promjene u ponašanju, emocionalnom stanju i općem zdravlju pacijenata. Kroz redovite procjene i interakcije, sestre mogu prepoznati simptome mentalnih poremećaja, kao što su depresija i anksioznost, koji mogu povećati rizik od samoubojstva. Njihova empatija i sposobnost aktivnog slušanja omogućuju pacijentima da se osjećaju razumijevani i podržani. Ova podrška

može biti ključna u trenucima krize, kada pacijenti mogu osjećati bespomoćnost ili usamljenost. Razgovor s medicinskom sestrom/tehničarom može pomoći pacijentima da izraze svoja osjećanja i razmišljanja, što može smanjiti osjećaj izolacije. Kroz kontinuirano obrazovanje, empatiju i angažman, medicinske sestre mogu značajno doprinijeti smanjenju stope samoubojstava i pružanju podrške onima koji se bore s mentalnim zdravljem. U konačnici, njihova uloga može biti presudna u stvaranju sigurnijeg i zdravijeg društva [25].

Medicinske sestre/tehničari - psihoterapeuti su kvalificirane medicinske sestre koje su prošle dodatnu edukaciju i obuku u psihoterapiji. Njihova primarna zadaća uključuje vođenje terapijskih grupa, procjenu mentalnog zdravlja. Kroz terapijske tehnike, ove sestre pomažu pacijentima u suočavanju s izazovima mentalnog zdravlja, poboljšanju emocionalne dobrobiti i razvoju strategija suočavanja. U radu s pacijentima, medicinske sestre - psihoterapeuti često surađuju s drugim stručnjacima za mentalno zdravlje, uključujući psihijatre, psihologe i socijalne radnike. Ova suradnja omogućuje holistički pristup liječenju. Psihoterapeuti postaju sve važniji s obzirom na rastuću potrebu u društvu [25].

NGASR (*The Nurses Global Assessment of Suicide Risk*) predstavlja alat koji su razvile medicinske sestre kako bi pomogle u procjeni rizika od samoubojstva kod pacijenata [24]. NGASR predstavlja važan korak prema standardizaciji i poboljšanju procjene suicidalnog rizika u kliničkim okruženjima. Kroz ovaj alat, medicinske sestre mogu učinkovitije identificirati i intervenirati kod pacijenata koji su u opasnosti, što može značajno utjecati na smanjenje stope samoubojstava i poboljšanje mentalnog zdravlja u zajednici. Ovaj alat je osmišljen s ciljem da standardizira pristup procjeni suicidalnog ponašanja i poboljša sposobnost medicinskih sestara da identificiraju osobe koje su u riziku. NGASR je osmišljen za korištenje u kliničkom okruženju s ciljem poboljšanja prepoznavanja osoba koje su u riziku od samoubojstva. Pomaže medicinskim sestrama strukturirati svoju procjenu i dokumentaciju, omogućujući im da pruže bolje intervencije i podršku pacijentima. Procjenjuje se povijest mentalnog zdravlja, obiteljska povijest, socijalna podrška, stresori i faktori rizika kao što su zloupotreba supstanci, financijski problemi ili gubitak bliskih osoba. Ocjenjuje se prisutnost suicidalnih misli, planova, povijesti pokušaja samoubojstva, osjećaja beznađa i emocionalne boli. Uključuje procjenu potencijalnih bioloških ili genetskih predispozicija za mentalne poremećaje i suicidalno ponašanje. Razmatraju se aspekti okruženja pacijenta, uključujući pristup sredstvima za samoubojstvo i podršku zajednice. NGASR omogućava standardizaciju procesa procjene, što znači da različite medicinske sestre mogu koristiti isti alat i doći do sličnih rezultata. Ovaj pristup pomaže u smanjenju subjektivnosti u procjeni [24].

Sestrinske dijagnoze kod suicidalnih bolesnika pomažu u strukturiranju zdravstvene njege i usmjeravanju intervencija prema specifičnim potrebama pacijenta, a kroz redovito praćenje i prilagodbu intervencija, mogu se postići bolji ishodi. Neke od sestrijskih dijagnoza jesu [26]:

Beznađe

Beznađe je stanje u kojem osoba ne pronalazi način za donošenje odluka kako bi riješila problem ili postigla željeni cilj. Kritični čimbenici mogu biti: pogoršanje psihičkog ili fizičkog stanja, dugotrajan boravak u bolnici, kronična bol, stres, dugotrajna izolacija, nemogućnost postizanja životnih ciljeva. Vodeća obilježja jesu: poteškoće sa snom, socijalna izolacija, misli o samoubojstvu, izražavanje misli o besmislu života, smanjena reakcija na podražaje i drugo [26]. Sestrinske intervencije [26]:

- Koristiti empatiju u komunikaciji
- Potaknuti pacijenta na prepoznavanje i iskazivanje osjećaja i misli
- Poticati socijalnu interakciju
- Motivirati pacijenta na razmišljanje o budućnosti
- Uključiti pacijenta u grupe podrške
- Educirati pacijenta o načinima suočavanja sa stresom
- Spoznati s pacijentom koja su njegova prijašnja postignuća

Cilj [26]:

- Pacijent sudjeluje u donošenju odluka i rješavanju problema.

Visok rizik za samoozljeđivanje

Visok rizik za samoubojstvo je stanje pacijenta u kojem iskazuje rizik da će namjerno ozlijediti sam sebe. Često se manifestira kao: rezanje, udaranje glavom, grebanje, paljenje, anoreksično ili bulimično ponašanje, ne pridržavanje propisane terapije i slično. Kritični čimbenici jesu: psihijatrijske bolesti i poremećaji, socijalna izolacija, invalidnost, smrt bliske osobe i drugo [26].

Sestrinske intervencije [26]:

- Uspostaviti s pacijentom odnos povjerenja
- Pomoći pacijentu da verbalizira kako se osjeća
- Educirati obitelj o intervencijama u slučaju samoozljeđivanja
- Uključiti pacijenta u grupe podrške

- Ukloniti čimbenike koji pobuđuju u pacijentu nagon na samoozljeđivanje
- Osigurati razdoblje odmora tijekom dana i primjenu vježba relaksacije

Cilj [26]:

- Pacijent prepoznaje nagone za samoozljeđivanjem i prijavljuje ih medicinskoj sestri/tehničaru.

Visok rizik za samoubojstvo

Visok rizik za samoubojstvo definira se kao ponašanje u kojem pojedinac izaziva namjerno samoozljeđivanje sa željenim smrtnim ishodom. U kritične čimbenike ubrajamo: maniju, depresiju, psihozu, paniku, psihoorganski sindrom, zlostavljanje i druge [26].

Sestrinske intervencije [26]:

- Osigurati sigurnu okolinu za pacijenta, ukloniti potencijalno opasne stvari iz blizine
- Redovito kontrolirati pacijentovu okolinu i sobu
- Potaknuti pacijenta na komunikaciju u kojoj će iznijeti svoje negativne osjećaje i stavove
- Kontrolirati uzimanje propisane terapije
- S pacijentom izraditi plan aktivnosti i postaviti kratkoročne, realne ciljeve
- Pomoći pacijentu da se uključi u određene aktivnosti
- Nastojati da se pacijent socijalno ne izolira i otuđi
- Obavijestiti liječnika o pogoršanju stanja

Cilj [26]:

- Pacijent traži pomoć kada mu se jave autodestruktivni nagoni.

Neučinkovito sučeljavanje

Neučinkovito sučeljavanje je nemogućnost pridržavanja terapijskog plana radi postojanja određenih čimbenika koji se mogu manifestirati kao nedostatak poštovanja, različite kronične bolesti, nedostatak motivacije za proces liječenja, intenzitet i vremensko trajanje plana liječenja, religijska i kulturalna uvjerenja. Može se prepoznati kroz različita obilježja kao što su nepridržavanje uputa zdravstvenog osoblja, potpuno ili djelomično ne uzimanje propisane terapije, pogoršavanje simptoma, neuspjeh i slično [26].

Sestrinske intervencije [26]:

- Ublažiti osjećaj straha i anksioznosti
- Uključiti pacijenta u provedbu plana zdravstvene njege
- Motivirati pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- Uključiti pacijenta u grupe podrške
- Pojasniti važnost pridržavanja uputa i terapijskog liječenja
- Napraviti s pacijentom plan aktivnosti te postaviti ciljeve
- Smanjiti rizike iz okoline koje mogu povećati razinu frustracije i nezadovoljstva kod bolesnika

Cilj [26]:

- Pacijent uspješno provodi dogovoreni plan terapijskog liječenja.

Suicidalni pacijenti često se suočavaju s dubokim osjećajem beznada, depresije i izolacije[29]. Medicinske sestre i tehničari imaju ključnu ulogu u pružanju emocionalne podrške i izgradnji terapijskog odnosa s pacijentom. To uključuje empatiju i razumijevanje. Sestre i tehničari stvaraju okruženje u kojem se pacijent osjeća sigurno i podržano. Aktivno slušanje i neverbalna komunikacija igraju važnu ulogu u ovom procesu, kao i izgradnja povjerenja koje je ključno za uspješno liječenje. Dosljednost, pouzdanost i diskretnost odlike su zdravstvenih radnika čime pacijentu pružaju osjećaj sigurnosti i podrške. Uključivanje obitelji u skrb može biti ključno za uspjeh liječenja. Sestre/tehničari mogu pomoći obiteljima kako bi što bolje razumijeli situaciju, pružiti im emocionalnu podršku i educirati ih o načinima na koje mogu pomoći pacijentu [30].

5.4. Komunikacija sa suicidalnom osobom

Suicidalno ponašanje predstavlja ozbiljnu i često hitnu kriznu situaciju koja zahtijeva brzu, empatičnu i učinkovitu komunikaciju. Suicidalne misli i ponašanje su složeni fenomeni koji uključuju duboko ukorijenjene emocionalne i psihološke probleme. U takvim trenucima, pravovremena i pravilna komunikacija može spasiti život. Prije nego što se može učinkovito komunicirati s osobom koja razmišlja o samoubojstvu, važno je razumjeti prirodu suicidalnog ponašanja. Suicidalne misli obično proizlaze iz kombinacije psiholoških, socijalnih i bioloških čimbenika. Osobe koje razmišljaju o samoubojstvu često se osjećaju bespomoćno, usamljeno i kao da im nema pomoći. U takvom stanju komunikacija s drugima može izgledati kao zadnji

tračak nade ili kao nemoguća zadaća zbog osjećaja srama, straha ili nesposobnosti da izraze svoje emocije [30]. Komunikacija s osobom koja razmišlja o samoubojstvu mora biti pažljiva, empatična i utemeljena na poštovanju. U kriznim situacijama, komunikacija ima tri glavne uloge: pružanje emocionalne podrške, smirivanje krizne situacije i osiguranje sigurnosti osobe. Aktivno slušanje je ključna komponenta komunikacije sa suicidalnom osobom. Suicidalne osobe često osjećaju da ih nitko ne razumije ili da su sami sa svojim problemima. Otvoreni prostor za izražavanje emocija, bez prekidanja, osuđivanja ili davanja brzih rješenja, može pomoći osobi da se osjeti viđenom i shvaćenom. Važno je da zdravstveno osoblje pokaže da je spremno čuti i razumjeti osjećaje osobe, koliko god oni bolni bili. Osoba koja razmišlja o samoubojstvu može biti preplavljena osjećajima tjeskobe, straha ili beznada. Smirena i umirujuća komunikacija može pomoći u smanjenju tih emocija. Ovdje je ključan ton glasa, korištenje jednostavnih rečenica i pokazivanje staloznosti. Pitanja poput: „Kako ti sada mogu pomoći?“ ili „Što ti sada treba?“ , mogu otvoriti prostor za raspravu o trenutnim potrebama, bez pritiska. Jedan od najvažnijih aspekata komunikacije u ovoj kriznoj situaciji je osiguranje sigurnosti osobe. Ako postoji neposredna prijetnja za život osobe, važno je uspostaviti sigurnosni plan, koji može uključivati ostajanje uz osobu i fizičko uklanjanje potencijalno opasnih predmeta. Ne smije se oklijevati u pozivanju hitnih službi ako se procijeni da je osoba u neposrednoj opasnosti. U kriznim situacijama vezanim za suicidalno ponašanje, primjena specifičnih komunikacijskih tehnika može značajno doprinijeti stabiliziranju situacije i pružanju potrebne podrške. Otvorena pitanja omogućuju osobi da slobodno izrazi svoje misli i osjećaje. Umjesto da se pita: „Zašto želiš to učiniti?“, što može izazvati obrambeni stav, bolje je koristiti pitanja poput: „Što te navelo da ovako razmišljaš?“ ili „Kako se osjećaš u ovom trenutku?“. Ova vrsta pitanja pomaže u otkrivanju korijena problema bez stvaranja dodatnog pritiska. Suicidalne osobe često osjećaju da njihovi osjećaji nisu legitimni ili da ih drugi ne razumiju. Validacija njihovih osjećaja, kroz izjave poput: „Razumijem da ti je sada teško“ ili „Tvoji osjećaji su važni.“, može pomoći osobi da osjeti kako ima pravo na svoje emocije. Ovo smanjuje osjećaj izoliranosti i može olakšati komunikaciju. Iako je važno izbjeći previše optimističan ili nerealno pozitivan pristup, važno je osobu podsjetiti da postoji nada i da su dostupni resursi i podrška. Izjave poput: „Zajedno ćemo pronaći način da ti pomognemo.“ ili „Postoje ljudi koji brinu o tebi i žele ti pomoći.“, mogu pomoći u usmjeravanju osobe prema traženju pomoći. Komunikacija sa suicidalnom osobom može biti izuzetno izazovna, a suočavanje s kriznim situacijama često je emocionalno iscrpljujuće za sve uključene strane. Jedan od najvećih strahova kod onih koji pokušavaju pomoći suicidalnoj osobi je bojazan da će reći nešto pogrešno. Iako su te brige razumljive, važno je zapamtiti da sama spremnost na razgovor i empatija mogu biti dovoljni da osoba osjeti podršku. Ključ je u autentičnosti i iskrenom

pristupu. Komunicirati s osobom koja razmišlja o samoubojstvu može izazvati snažne emocionalne reakcije, uključujući strah, tjeskobu ili osjećaj bespomoćnosti. Važno je da komunikator bude svjestan svojih emocionalnih stanja i, ako je potrebno, potraži profesionalnu podršku kako bi se nosio s vlastitim osjećajima nakon krizne situacije. U mnogim slučajevima, najbolje što osoba koja pruža podršku može učiniti jest uputiti osobu koja razmišlja o samoubojstvu na profesionalnu pomoć. Psiholozi, psihijatri i krizni savjetnici obučeni su za rješavanje ovakvih situacija i mogu pružiti dugoročnu pomoć. Korištenje telefonskih linija za pomoć, kriznih centara i terapijskih resursa također može biti ključan korak u procesu stabilizacije i liječenja. Komunikacija u kriznim situacijama suicidalnog ponašanja može spasiti život. Suočavanje s ovakvim krizama zahtijeva empatiju, smirenost i primjenu specifičnih tehnika koje omogućuju osobi da se osjeti viđenom, shvaćenom i sigurnom. Iako je izazovno, pravilna komunikacija može pružiti ključnu podršku u najtežim trenucima i otvoriti put ka oporavku. Uloga pojedinca koji pruža podršku je velika, ali je jednako važno osigurati stručnu pomoć i resurse kako bi se osigurala dugoročna sigurnost i dobrobit osobe [30]. Medicinska sestra igra ključnu ulogu u pružanju podrške suicidalnim pacijentima. Njihova komunikacija mora biti temeljena na suosjećanju, strpljenju i razumijevanju, uz profesionalnu procjenu rizika i planiranje daljnje skrbi. Medicinske sestre su često prvi kontakti u zdravstvenom sustavu koji mogu prepoznati krizu i intervenirati na način koji može spasiti život. Zbog toga je ključno da se osposobe za ovakve situacije i da posjeduju odgovarajuće vještine za suočavanje s kriznim situacijama na emocionalno inteligentan način [28].

6. Zaključak

Samoubojstvo predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem koji utječe na pojedince, obitelji i zajednice širom svijeta. S obzirom na visoke stope smrtnosti i složenost uzroka koji vode do suicidalnog ponašanja, ključno je razumjeti rizike i čimbenike koji doprinose ovom fenomenu. Mentalni poremećaji, zloupotreba supstanci, te socijalni i ekonomski izazovi značajno povećavaju rizik od samoubojstva. Međutim, unatoč ozbiljnosti ovog problema, postoje učinkovite preventivne mjere i intervencije koje mogu značajno smanjiti broj samoubojstava. Rano prepoznavanje rizika, osiguranje pristupa mentalno-zdravstvenim uslugama, edukacija javnosti i podrška zajednice ključni su elementi u borbi protiv suicidalnosti. Javnozdravstveni pristup prevenciji samoubojstva mora počivati na dokazima koji imaju jasnu strategiju, utemeljeni su na činjenicama, imaju realne dokaze te angažman cijelog društva. Javnozdravstveni model prevencije suicida predstavlja sveobuhvatan i integriran pristup rješavanju ovog složenog problema. Svaki korak prema smanjenju stigme i poboljšanju pristupa pomoći može napraviti značajnu razliku. Borba protiv samoubojstva zahtijeva kontinuiranu posvećenost zdravstvene zajednice. Ulaganje u mentalno zdravlje, provođenje preventivnih mjera, te pružanje podrške onima koji su u potrebi ključno je za smanjenje stope samoubojstava i poboljšanje kvalitete života. Ulaganjem u prevenciju i ranu intervenciju stvara se zajednica koja ne samo da prepoznaje ozbiljnost samoubojstva, već i aktivno radi na njegovom sprječavanju. Razgovor s medicinskom sestrom/tehničarom može pomoći pacijentima da izraze svoja osjećanja i razmišljanja, što može smanjiti osjećaj izolacije. Komunikacija u kriznim situacijama suicidalnog ponašanja može spasiti život. Suočavanje s ovakvim krizama zahtijeva empatiju, smirenost i primjenu specifičnih tehnika koje omogućuju osobi da se osjeti viđenom, shvaćenom i sigurnom. Kroz kontinuirano obrazovanje, empatiju i angažman, medicinske sestre i tehničari mogu značajno doprinijeti smanjenju stope samoubojstava i pružanju podrške onima koji se bore s mentalnim zdravljem.

7. Literatura

- [1] Marčinko, D. i suradnici: Suicidologija, Zagreb: Medicinska naklada d.o.o., 2011.
- [2] O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., Silverman, M. M.: Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, br. 26, str. 237–252., 1996.
- [3] Jakovljević M.: Suicid: tragedija beznadnosti, *Pro Mente Croatica*, br. 4; str. 15–16., 2003.
- [4] Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), Stopa samoubojstava, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
- [5] Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J.: Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, br. 30, str. 133-154, 2008.
- [6] Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, Zagreb, str. 51-58., 2018.
- [7] Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske: Statistički pregled 2023.,2024., https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2024/3/Statisticki_pregled_2023_.pdf
- [8] Turecki, G., Brent, D. A.: Suicide and suicidal behaviour, London, *Lancet*, br. 387, str. 1227–1239., 2016.
- [9] Herceg D.: Suicidalnost i procjena suicidalnog rizika, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2024.
- [10] Mann, J. J., Currier, G. W.: Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Reviews Neuroscience*, br. 8, str. 382-390., 2007.
- [11] Oquendo, M. A., Mann, J. J.: The biology of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, br. 23, str. 529-546., 2000.
- [12] Conner, K. R., Duberstein, P. R.: Risk factors for suicide in older adults, *American Journal of Psychiatry*, br. 161, str. 1467-1471., 2004.
- [13] Alegić A., Matulić-Karađole V., Jendričko T., Jambrošić A., Folnegović P., Ćurković-Saganić M., Kocijan-Hercigonja D., Neki prediktori suicidalnosti, *Zbornik sažetaka hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju*, str. 33-34., Zagreb, 2000.
- [14] Harris, E. C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, str. 205-228., 1997.
- [15] Brečić, P.: Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima, *Psihijatrija danas, Medicus*, str. 173-183., 2017.

- [16] Brower, K. J., Price, A.: Substance use and suicide. *Archives of General Psychiatry*, br. 58, str. 285-290., 2001.
- [17] Sullivan, L. E., O'Malley, S. S., Hingson, R. W.: Alcohol use disorders and suicide in the United States: A review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, br. 71, str. 125-134., 2010.
- [18] Baharikhoo P., Kolla NJ.: Microglial Dysregulation and Suicidality: A Stress-Diathesis Perspective. *Front Psychiatry.*; br.11, str. 781., 2020.
- [19] Rubinstein D. H.: A stress-diathesis theory of suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, br. 16, str. 182–197., 1986.
- [20] Rojnić, I.: Utjecaj samoubojstava na javno zdravstvo, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, br. 12, str. 213-220., 2016
- [21] Milić, L.: Samoubojstvo među mladima: Psihosocijalni aspekti i mogućnosti prevencije. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, br. 14, str. 23-30., 2018.
- [22] Oast, S.P., Zitrin, A., A public health approach to suicide prevention. *American Journal of Public Health*, br. 65, str. 144–147., 1975.
- [23] Bertolote, J. M., Gordon, J.: Suicide prevention: A global imperative. In *Advances in psychiatry*, str. 1-17, 2009.
- [24] Cutcliffe, J. R., Barker, P.: The Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, br. 11, str. 393–400. .2004.
- [25] Blažinović, I., Gurović, A., Karlović, D.: Kompetencije medicinske sestre u konzultativnoj psihijatriji, *Zdravstveni glasnik*, br. 1, str. 66–76., 2024
- [26] Hrvatska Komora Medicinskih Sestara: *Sestrinske dijagnoze III*, Zagreb, 2015.
- [27] Fučkar, G.: *Uvod u sestrinske dijagnoze*, HUSE HUMS, Zagreb, 1996.
- [28] Pavelić Tremac, A., Kovačević, D., Sindik, J., Manojlović, N.: Stigmatizacija psihičkih bolesnika – znanje i stavovi zdravstvenih i nezdravstvenih radnika, *Socijalna psihijatrija*, br. 48, str. 301-323, 2020.
- [29] Luketić, J., Mandić, M.: Psihološki aspekti suicida i psihijatrijska intervencija, *Ljetopis socijalnog rada*, br. 27, str. 45-58, 2020.
- [30] Townsend, M. C.: *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 8. izdanje, Burlington, str. 791-848, 2019.

Popis slika

Slika 3.1. Distribucija stope samoubojstva u svijetu, posljednje dostupna godina 2019., prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije	5
Slika 3.2. Samoubojstva i pokušaji samoubojstva prema načinu izvršenja i dobi. Usporedba 2022. i 2023. godine	7
Slika 3.3. Pregled suicida u RH za period 2014.-2023	8
Slika 4.1. Učinak nepovoljnih prilika u ranoj životnoj dobi	12
Slika 4.2. Model suicidalnog rizika s primarnim, sekundarnim i tercijarnim čimbenicima rizika.....	14

—
H E B O N
A L I E R A I N I
—

Sveučilište
Sjever



—
S V E U Č I L I Š T E
S I E V E R
—

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, JELENA RANOGAJEC (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Samoubojstvo kao ozbiljan javnozdravstveni problem s mogućnošću prevencije te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(*upisati ime i prezime*)

(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.