

Uloga medicinske sestre u prevenciji suicidalnosti

Ribić, Silvija

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:804429>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
BIOMEDICINSKE ZNANOSTI
ODJEL SESTRINSTVO



ZAVRŠNI RAD br. 467/SS/2014.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI SUICIDALNOSTI

Silvija Ribić

Varaždin, rujan 2017.

SVEUČILIŠTE SJEVER
BIOMEDICINSKE ZNANOSTI
ODJEL SESTRINSTVO



ZAVRŠNI RAD br. 467/SS/2014.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI SUICIDALNOSTI

Student:

Silvija Ribić

Mentor:

Marina Friščić, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2017.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti	
PRISTUPNIK	Ribić Silvija	MATIČNI BROJ 4059/601
DATUM	23.09.2014.	
KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika	
NASLOV RADA	Uloga medicinske sestre u prevenciji suicidalnosti	
MENTOR	Marina Friščić, dipl.med.techn.	ZVANJE predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Andreja Bogdan, prof.psih. 2. Marina Friščić, dipl.med.techn. 3. dr.sc. Natalija Uršulin-Trstenjak	

Zadatak završnog rada

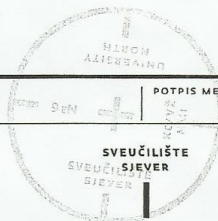
BROJ	467/SS/2014
OPIS	Suicidalnost je čin svjesnog i namjernog oduzimanja vlastitog života. Samoubojstvo se često počinji iz očaja, a uzrok se najčešće pripisuje mentalnim poremećajima kao što su depresija, shizofrenija, alkoholizam te zloupotreba droge. U najčešće metode počinjenja samoubojstvo ubrajaju se: vješanje, trovanje pesticidima, lijekovima te uporaba vatrenog oružja. Broj neuspjelih pokušaja suicida veći je kod mladih i osoba ženskog spola, dok vjerojatnost uspjelog samoubojstva veća je kod osoba muškog spola. U ovom radu biti će riječi o suicidalnosti kod osoba koje boluju od depresije, shizofrenije i još nekih psihijatrijskih bolesti, te o čimbenicima rizika, prevenciji, psihološkoj procjeni suicidalnog ponašanja i metodama liječenja suicidalnosti. Također će biti opisana uloga medicinske sestre u prevenciji suicidalnog ponašanja kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju suicidalnosti.

ZADATAK URUČEN

30.01.2015.

POTPIS MENTORA

Marina



ZAHVALA

Veliko hvala roditeljima i sestri što su mi dali nesebičnu podršku tokom studiranja, bodrili i vjerovali u mene.

Zahvaljujem radnim kolegama i kolegicama hitnog bolničkom odjela Opće bolnice „dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica na pružanju pomoći tokom studiranja i što su mi omogućili mijenjajući se za smjenu, da odslušam predavanja i odradim praksu.

Posebna zahvala mentorici Marini Friščić, dipl. med. techn. na nesebičnoj stručnoj pomoći i potpori te dragocjenim uputama, savjetima i sugestijama koje su mi pomogle u pisanju završnog rada.

SAŽETAK

Stope samoubojstva su više u gradskim nego u seoskim područjima. Samoubojstvo je među 10 prvih uzroka smrti. Na samoubojstvo se odnosi 30% smrti među studentima i na 10% smrti ljudi u dobi između 25-34 godine života. Međutim, više od 70% osoba koje izvrše samoubojstvo su u dobi iznad 40-te godine života, a učestalost jako raste u onih iznad 60-te godine života, naročito kod muškaraca. Psihički poremećaji nisu uzrok suicida, no više od 90% od ukupnog suicida događa se u osoba s dijagnozom nekog od psihijatrijskih poremećaja. Većina psihijatrijskih bolesnika koji počine suicid događa se u prvih nekoliko tjedana nakon otpusta iz bolnice. Najčešći povezani psihijatrijski poremećaji su bipolarni afektivni poremećaj (15-18% rizika), depresija, alkoholizam i druge ovisnosti (10-15%), shizofrenija (5%), poremećaji ličnosti (5-10%), anksiozni poremećaji, PTSP, delirij. Motivi za suicid su svjesni i nesvjesni, a ako nisu uzrokovani psihičkim poremećajima, mogu se pokušati objasniti kao autonomna odluka osobe koja više ne želi živjeti pod uvjetima koji su u apsolutnom neskladu sa njenim sustavom vrijednosti ili nemogućnosti prihvaćanja nepodnošljive situacije. To je čin u kojem se težnja za smrću, isprepliće sa pozivom u pomoć, za životom, upućeno okolini suicidalne osobe.

Prevenција suicidalnosti dijeli se na primarnu prevenciju koja ima za cilj spriječiti neke pojave što u odnosu na suicid znači poduzeti aktivnosti koje će smanjiti pojavnost suicidalnog ponašanja. Sekundarna prevencija obuhvaća aktivnosti koje su usmjerene na ranu i učinkovitu dijagnostiku, otkrivanje problema i poduzimanje aktivnosti da se problem riješi. Tercijarna prevencija obuhvaća aktivnosti čiji je cilj poboljšanjem kvalitete tretmana i smanjenje invaliditeta nakon tretmana te bilo kakvih psihičkih poremećaja.

U ovom radu biti će riječi o povijesti suicida, koji su čimbenici rizika, uzrocima, prevenciji, motivima i tipovima suicida te kod kojih psihijatrijskih poremećaja najčešće dolazi do suicida.

Ključne riječi: samoubojstvo, psihijatrijski poremećaj, prevencija, uzroci

SUMMARY

Suicide rates are higher in urban than in rural areas. It is one of the top 10 causes of death.

Suicide refers to 30% of deaths among students and 10% of deaths of people aged from 25 to 34.

However, more than 70% of people who commit suicide are over 40 years of age, and the frequency grows rapidly among those over the age of 60, especially in men. Mental disorders are not the cause of suicide, but more than 90% of total suicide occurs in people diagnosed with some psychiatric disorders. Most suicides committed by psychiatric patients happen in the first few weeks after they are discharged from the hospital. The most commonly associated psychiatric disorders are bipolar affective disorders (15-18% risk), depression, alcoholism and other addictions (10-15%), schizophrenia (5%), personality disorders (5-10%), anxiety disorders, PTSD, delirium. The motives for suicide are conscious and unconscious, and if they are not caused by mental disorders, they can be explained as an autonomous decision of a person who no longer wants to live under conditions that are in absolute discrepancy with its value system or the inability to accept some unbearable situations. It is an act in which the aspiration for death is intertwined with a call for help, for life, and it is addressed to the environment of a suicidal person.

Prevention of suicidality is divided into primary prevention aimed at preventing some of the appearances which, in relation to suicide, means taking actions that will reduce the occurrence of suicidal behavior. Secondary prevention includes activities focused on early and effective diagnostics, problem solving, and taking actions to solve the problem. Tertiary prevention includes activities aimed at improving the quality of treatment and reducing disability after the treatment or any psychological disorders.

This paper will discuss the history of suicide, which are risk factors, causes, prevention, motives and types of suicide, and which psychiatric disorders most commonly lead to suicide.

Key words: suicide, psychiatric disorder, prevention, causes

Kratice:

PTSP- Posttraumatski stresni poremećaj

WHO- World Health Organization

BAP- Bipolarni afektivni poremećaj

AIDS- Acquired Immunodeficiency Syndrome

HIV- Virus humane Imunodeficijencije

SADRŽAJ

1. UVOD.....	12
2. POVIJEST SUICIDA	14
3. EPIDEMIOLOGIJA SUICIDA.....	15
4. UZROCI SUICIDALNOSTI	17
4.1. TEORIJE SUICIDALNOSTI	18
4.2. MODELI SUICIDALNOSTI	19
5. ČIMBENICI RIZIKA.....	20
5.1. ČIMBENICI PROCJENE RIZIKA ZA SUICIDALNO PONAŠANJE	20
6. NAJČEŠĆE ZABLUDE I MITOVI O SUICIDALNOSTI	22
6.1. KAKO PREPOZNATI ZNAKOVE UPOZORENJA.....	23
7. METODE POKUŠAJA SAMOUBOJSTVA.....	23
8. KLASIFIKACIJA SAMOUBOJSTVA.....	24
9. PREVENCIJA SUICIDALNOSTI.....	26
10. MOTIVI SAMOUBOJSTVA	30
11. TIPOVI SUICIDA.....	31
12. EKOLOŠKI MODEL NASTANKA NASILJA.....	31
13. PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI.....	32
13.1. SHIZOFRENIJA I SUICIDALNOST.....	32
13.2. POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA I SUICIDALNOST.....	34
13.3. ORGANSKI MENTALNI POREMEĆAJI I SUICIDALNOST.....	35
13.4. ALKOHOLIZAM I OVISNOSTI O DROGAMA I SUICIDALNOST	35
13.5. ANKSIOZNI POREMEĆAJI I SUICIDALNOST	37
13.6. POREMEĆAJI U PREHRANI I SUICIDALNOST	37
13.7. POREMEĆAJI OSOBNOSTI I SUICIDALNOST	37
14. TJELESNE BOLESTI I SUICIDALNOST	38
15. METODE I TEHNIKE ZA PROCJENU SUICIDALNOSTI	38
15.1. IZRAVNE ILI SPECIFIČNE TEHNIKE.....	38
15.2. POSREDNA PROCJENA	39
15.3. KLINIČKI PRISTUP	39
16. LJESTVICE ZA PROCJENU SUICIDALNOSTI.....	39
16.1. POSREDNE MJERE.....	40
16.2. DIREKTNE MJERE SUICIDALNOSTI	40

17. SEZONSKE VARIJACIJE SUICIDA.....	41
18. PRIMJENA JAVNOZDRAVSTVENOG MODELA PREVENCIJE SAMOUBOJSTVA	41
19. PARTNERI U PROVEDBI OPĆIH MJERA	43
20. RAZDOBLJE NAKON SUICIDA.....	44
21. POSEBNI OBLICI SAMOUBOJSTVA.....	45
22. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD SUICIDALNE OSOBE	46
23. ZAKLJUČAK	48
23. LITERATURA	48

1.UVOD

Suicid (lat.*sui-sebe* + *occidere* - *ubiti*) ili samoubojstvo je oduzimanje ili pokušaj oduzimanja vlastitog života. To je svjesno i namjerno oduzimanje vlastitog života (oduzimanje vlastitog života a bez pune svijesti nije samoubojstvo već nesretni slučaj npr. delirantno stanje, akutna faza duševne bolesti). Prema definiciji WHO nasilje je namjerno korištenje fizičke snage i moći prijetnjom ili akcijom prema samome sebi, prema drugoj osobi, ili prema grupi ljudi ili čitavoj zajednici, što bi moglo rezultirati ili rezultira ozljedom, smrću, psihološkim posljedicama, nerazvijenošću ili deprivacijom [1]. Motivi za suicid su svjesni i nesvjesni, a ako nisu uzrokovani psihičkim poremećajima, mogu se pokušati objasniti kao autonomna odluka osobe koja više ne želi živjeti pod uvjetima koji su u apsolutnom neskladu sa njenim sustavom vrijednosti ili nemogućnosti prihvaćanja nepodnošljive situacije. To je čin u kojem se težnja za smrću, isprepliće sa pozivom u pomoć, za životom, upućeno okolini suicidalne osobe. Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da svake godine najmanje 800.000 ljudi u svijetu počini suicid. Suicid zauzima jedno od najviših mjesta na listi uzroka smrti. Pokušaji suicida kojih je puno više nego li izvršenih suicida često dovode do trajne invalidnosti. Suicid i pokušaji suicida ne smatraju se samo problemom psihijatrije nego i javnog zdravstva. Mjere smanjenja vjerojatnosti suicida mogu se provesti na razini zajednice, liječnika opće medicine i liječnika koji provode liječenje određenih grupa bolesti. Primjenom mentalne higijene u poduzećima, zakonodavstvu i društvu ima značajnu ulogu u sprečavanju suicida i suicidalnog ponašanja. Jedan od glavnih problema jest taj što se znanje o suicidu i o tome što valja učiniti uglavnom usredotočeno u psihijatriji. To je uglavnom opravdano ali se često problem suicidalnog ponašanja nalazi izvan granica psihijatrije. Samoubojstva se čine iz različitih razloga, ali vrlo čest razlog je osamljenost i tuga, odnosno ako tuga duže vremena potraje uzrokom može biti i depresija. Oko 19% ljudi koji su razvili poremećaj raspoloženja tijekom života će pokušati samoubojstvo. Pretpostavlja se da je oko 15% prometnih nesreća s fatalnim ishodom ustvari bilo samoubojstvo. Pokušaja samoubojstava (tentamena) je daleko više nego "uspješnih" samoubojstava. Ni jedna smrt ne ostavlja toliko posljedica na obitelj kao samoubojstvo. Kako bi osoba nakon promišljanja o samoubojstvu stvarno krenula i ka njegovom počinjenju, potrebno je da istodobno nekoliko stvari pođe naopako. Samoubojstvo nije isključivo biološka, fizička pojava, ali počinje kao podlijevanje biološkom riziku koji je dodatno zakompliciran životnim očekivanjima, pojačanim stresom, te psihološkim i socijalnim obilježjima

svakodnevnog funkcioniranja. Samoubojstvo je treći vodeći uzrok smrti među adolescentima. Brojni su uzroci koji dovode do povećanja suicidalnog rizika. Dominiraju mentalne bolesti jer je 90 % onih koji su počinili samoubojstvo imalo psihijatrijsku dijagnozu. Odnosi unutar obitelji te odnosi s okolinom također imaju važnu ulogu. Nepripadanje dominantnoj kulturi može povećati suicidalni rizik, pogotovo u onim sredinama koje su zatvorene i netolerantne. Kao najčešći motivi za samoubojstvo mladih spominju se: školski neuspjeh, pad razreda, isključenje iz škole, socijalna nestabilnost, nesigurnost, patološka ljubomora, konflikti s roditeljima i profesorima. Upravo razumijevanje rizičnih čimbenika koji mogu dovesti do samoubojstva ključno je u prevenciji ovakvog ponašanja. U SAD-u, svake godine 6.000 adolescenata izvrši suicid. Prema spolu suicid je tri puta češći u muškaraca. Najniža stopa suicida je u osoba koje su u braku, samački život povećava rizik za 2 puta, a u rastavljenih i udovica je 2 puta veći u odnosu na samce. Kada raste stopa nezaposlenosti, raste i stopa suicida. Prema zanimanju, liječnici, farmakolozi, poljodjelci, veterinari, glazbenici i pravnici češće počinu suicid od osoba drugih zanimanja. Suicidi su češći u proljeće, te krajem tjedna.

2. POVIJEST SUICIDA

U antičko doba, Platon i Sokrat su osuđivali suicid, ali su ga stoici smatrali najvišim izrazom slobode i kreposti. U Starom i Novom zavjetu nema osude suicida. U Europi i u nas, iznad 65 godina starosti 3 puta je više suicida. Zabrinjavajući je porast suicida u dobnoj skupini od 15 do 24 godine, gdje je zadnjih godina zabilježen porast od 65%. U Velikoj Britaniji se sve do 1961. godine suicid smatran kaznenim djelom. U pradavnim vremenima, suicid je bio način kako pomoći grupi da preživi, tj. da sačuva hranu. Slična je logika modernog čovjeka koji se smatra beskorisnim i osjeća gotovo dužnost da umre. Nije točno vjerovanje da Inuit Eskimi tjeraju starce izabrati smrt na ledu (geronticid). Istina je da ponekad stariji Inuiti koji ne mogu loviti ili raditi nešto korisno sami izabiru oblik asistiranog suicida uzimanjem minimalnih količina hrane, no to je vrlo rijetko. Japanci su se sa svrhom najvećeg kažnjavanja ubijali evisceracijom nekih od vitalnih organa, obično iz abdomena. Japanski samuraji su se ubijali načinom koji se zove seppuku (hara-kiri), s dva uboda u abdomen, kada bi doživjeli gubitak časti. Dakle, zbog altruizma ili zbog samo-kažnjavanja. U starom Egiptu kultura smrti imala je pravila. Kada je kralj umro, svi iz njegove kuće su ubijeni ili ugušeni u njegovoj grobnici. Asteci su koristili ubojstvo kao ritual (što nije bilo samoubojstvo, ali izabrane osobe nisu imale izbora). Australski Aboriđini čine suicide dva do pet puta češće nego drugi, Maori dvostruko, Nativni Amerikanci i kanadski Indijanci deset puta češće od drugih stanovnika. Stari Grci nisu imali jednu riječ kojom bi označavali suicid, vjerojatno zbog toga što je u starim gradovima-državama samoubojstvo bilo kriminalni čin. Platon eksplicitno diskutira o suicidu u dva djela. Prvo, u "Phaedo" Kasnije u "Zakonu" Platon tvrdi da je suicid sramotan i njegovi počinitelji moraju biti pokopani u neoznačenim grobovima.

Platon prepoznaje 4 iznimke tog principa:

1. kada je nečiji um moralno korumpiran i njegov karakter se ne može spasiti
2. kada je samoubojstvo naređeno od suda, kao u Sokratovom slučaju (judicial order)
3. kada na suicid prisili ekstremna i neizbježna osobna nesreća
4. kada je suicid rezultat stida i sudjelovanja u velikim nepravednim akcijama.

Aristotel pokušava objasniti suicid kao kaznu koju individua zbog svoje nepravde primjenjuje na sebe, a zaključuje da je suicid nekakav pogrešan način ili specifična mana koju pokazuju suicidalne individue. U srednjem vijeku je razvijeno vjerovanje kako je samoubojstvo početak vampirizma. U mnogim kulturama, uključujući i staru Englesku, ljudi koji su počinili suicid su sahranjivani na križićima putova (znak križa sačinjen od putova) kao prevenciju da postanu vampiri. U vrijeme renesanse u zapadnom svijetu ljudi su bili religiozni ili praznovjerni, i vjerovali su da se depresivne misli o suicidu mogu izmijeniti religioznom vjerom. Zašto bi se ubili ako vjerujete da će vam "život" biti gori poslije smrti. Do danas u svim društvima, stopa suicida (na 100.000 stanovnika) pokazuje određenu stabilnost svake godine, i pokazuje trend sporog linearnog porasta, posebno nekih podgrupa, npr. žena u odnosu na muškarce, crnaca naspram bijelaca, siromašnih više nego bogatih...itd.

3. EPIDEMIOLOGIJA SUICIDA

Stope samoubojstva su više u gradskim nego u seoskim područjima. Samoubojstvo je među 10 prvih uzroka smrti. Na samoubojstvo se odnosi 30% smrti među studentima i na 10% smrti ljudi u dobi između 25-34 godine života. Međutim, više od 70% osoba koje izvrše samoubojstvo su u dobi iznad 40-te godine života, a učestalost jako raste u onih iznad 60-te godine života, naročito kod muškaraca. Za razliku, pokušaji samoubojstva su češći prije u srednjoj životnoj dobi. Stopa pokušaja samoubojstva je 2-3 puta viša kod žena nego muškaraca. Međutim pokušaji samoubojstva kod muškaraca češće završavaju sa smrtnim ishodom jer muškarci koriste smrtonosnije metode samoozljeđivanja (npr. vatreno oružje, vješanje) dok se žene najčešće pokušaju predozirati tabletama [2]. Oženjeni muškarci i udate žene rjeđe pokušaju ili izvrše samoubojstvo nego odvojeni, rastavljeni ili udovci i udovice koji žive sami. Samoubojstva su češća među članovima obitelji u kojima je bilo pokušanog ili izvršenog samoubojstva. Pokazatelj samoubojstva posljednjih godina raste među crncima, ali je niža od one u bijelaca. Premda se povisila stopa među crkinjama, ukupna stopa ostaje niska. Među američkim starosjediocima posljednjih se godina stopa povisila i u nekim plemenima je pet puta viša od nacionalnog prosjeka, naročito među mladim muškarcima. Mnoga se samoubojstva događaju u zatvorima, naročito mladih muškaraca koji nisu učinili nasilne zločine. Ti se ljudi obično objese, često tokom prvih tjedan dana zatvora. Grupna samoubojstva, bez obzira

uključuju li velike brojeve ili samo dvoje ljudi (kao što je par ljubavnika ili supružnika) odaju krajnji oblik identificiranja sa drugom osobom. Samoubojstva u velikim skupinama događaju se u visoko emocionalnim ili fanatičnim vjerskim okolišima koji nadvladaju jaki poriv za samoočuvanjem. Stope samoubojstva među sucima, zubarima, doktorima (naročito liječnicama) i vojnim osobljem viša je nego u općoj populaciji. Uobičajen način samoubojstva u doktora je predoziranje lijekovima, vjerojatno zbog toga što doktori mogu do njih lako doći i znaju kolika je smrtna doza. Samoubojstvo se rjeđe javlja među praktičkim vjernicima većine religioznih skupina (naročito u rimokatolika), koje općenito podupiru njihova vjerovanja, imaju uske društvene veze koje štite od djelovanja samouništenja i religiozna im vjerovanja zabranjuju samoubojstvo. Međutim, povezanost sa vjerom i jaka vjerovanja ne sprječavaju u svakom slučaju silovite, neplanirane samoubilačke činove koji nastaju zbog frustracije, srdžbe i očaja, naročito kada su praćeni osjećajima krivnje i bezvrijednosti. Samoubojstvene poruke ostavlja oko jedna na šest osoba koji naprave samoubojstvo. Poruke su često u vezi sa osobnim odnosima i događajima koji će se zbiti nakon smrti osobe. Poruke koje napišu stariji ljudi često izražavaju brigu za one koji ostaju, dok poruke koje pišu mlađi mogu biti ljutite i osvetoljubive. Poruka koju ostavi netko tko pokuša, ali ne napravi samoubojstvo ukazuje da je pokušaj bio promišljen pa je zbog toga rizik ponovnog pokušaja velik. U Hrvatskoj samoubojstvo spada u prioritete javnog zdravstva. Počinjenje samoubojstva jedan je od vodećih uzroka mortaliteta. Godine 1986. u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo osnovan je registar počinjenih samoubojstava. Prate se podaci o osobama s prebivalištem u Hrvatskoj koje su počinile samoubojstvo. Podatci se analiziraju prema dobi, spolu, mjestu boravka, načinu počinjenja, a moguće su i specifične analize prema županiji rođenja, danu i mjesecu počinjenja samoubojstva, te prema psihijatrijskoj ili somatskoj dijagnozi. Najčešći način počinjenja samoubojstva u oba spola jest vješanje, dok u ostalim načinima postoje razlike prema spolu. Sva samoubojstva vatrenim oružjem zabilježena su kod osoba muškog spola, dok su kod osoba ženskog spola skok s visine i samootrovanje znatnije zastupljeni.

4. UZROCI SUICIDALNOSTI

Suicidalno ponašanje obično je posljedica međusobnog djelovanja nekoliko faktora:

- duševni poremećaji, u prvom redu depresija i zloupotreba tvari
- društveni činioci, razočaranje, gubitak i pomanjkanje društvene potpore
- poremećaji ličnosti, impulzivnost i agresija
- neizlječiva fizička bolest [3].

Znatno više od polovice ljudi koji pokušaju samoubojstvo su u depresiji. Bračni problemi, završen ili nesretan ljubavni odnos ili nedavni bolni gubitak, naročito među starijima, može ubrzati depresiju. Često jedan činioci, kao što je prekid važnog odnosa, vidi se kao zadnja slamka. Do pokušaja samoubojstva može dovesti depresija u kombinaciji sa fizičkom bolesti. Fizička nesposobnost, naročito kronična i bolna, vjerojatnije će završiti samoubojstvom. Samoubojstvo je često konačan čin u toku samouništavajućeg ponašanja. Samouništavajuće ponašanje je značajno češće među ljudima koji su imali traumatična iskustva u dječjoj dobi, naročito ako su pretrpjeli zlostavljanje ili bili zanemarivani ili nevolje u domu sa jednim roditeljem, možda zbog toga takvi ljudi vjerojatnije imaju poteškoće da uspostave sigurne smislene odnose. Pokušaj samoubojstva je vjerojatniji među zlostavljanim ženama od kojih su mnoge doživjele zlostavljanje u dječjoj dobi. Alkohol povećava opasnost od samoubojstvenog ponašanja pogoršavajući osjećaje depresije i smanjivanjem samokontrole. Oko polovice onih koji su pokušali samoubojstvo pod tim su utjecajem u vrijeme pokušaja. Kako alkoholizam sam po sebi, naročito pijenje na gozbama, često uzrokuje duboke osjećaje grižnje savjesti u međurazdobljima, alkoholičari su naročito skloni samoubojstvu čak i kad su trijezni. Tokom dubokog ali privremenog preokreta depresivnog raspoloženja može doći do žestokog samoozljeđivanja. Promjene raspoloženja mogu uzrokovati lijekovi ili teška bolest. Osoba u koje se događa preokret depresivnog raspoloženja često je djelomično svjesna a kasnije se može samo nejasno sjećati pokušaja samoubojstva. Ljudi sa epilepsijom (naročito oni s epilepsijom sljepoočnog režnja) izloženi su većem riziku samoubojstvenog ponašanja od normalnog zbog dva razloga, prvo jer često imaju kratke ali duboke epizode depresije i drugo, jer su im pri ruci lijekovi propisani za njihovo stanje koji mogu poslužiti za izvršenje nauma. Osim depresije i drugi duševni poremećaji mogu povećavati pokušaje samoubojstva, npr. ljudi sa shizofrenijom,

naročito oni koji su i u depresiji (prilično čest problem u shizofreniji) vjerojatnije će prije napraviti pokušaj samoubojstva nego oni koji nemaju taj poremećaj. Metoda samoubojstva koju izaberu shizofreničari može biti neobičan, ali je često žestok. Pokušaji samoubojstva shizofreničara obično su uspješni. Samoubojstvo se može pojaviti rano u bolesti i može biti prvi očiti pokazatelj da osoba ima shizofreniju. Ljudi sa poremećajima ličnosti također su u opasnosti od pokušaja samoubojstva, naročito emocionalno nezreli ljudi koji teško podnose frustracije i koji na stres reaguju silovitom žestinom i agresijom. Takvi ljudi mogu prekomjerno piti alkohol, zloupotrijebiti droge ili činiti kaznena djela. Samoubilačko ponašanje je katkada ubrzano stresovima koji neizbježno proizlaze iz prekida poremećenih veza i opterećenja u uspostavljanju novih veza i životnih stilova. Važni aspekt pri pokušaju samoubojstva je element ruskog ruleta pri čemu osoba odlučuje prepustiti sudbini da odredi ishod. Neki slabi ljudi nalaze uzbuđenje u opasnostima aktivnosti koje uključuju "koketiranje" sa smrću, kao što su nemarno upravljanje vozilom ili opasni (ekstremni) sportovi.

4.1. TEORIJE SUICIDALNOSTI

O uzrocima suicidalnosti postoje mnoge teorije, a sve one pokušavaju dati osvrt na suicid iz različitih točki gledišta. Prema Durkheimu, koji je položio temelje psihosocijalne teorije suicida, sva se samoubojstva mogu smjestiti u tri kategorije: egoistično, altruistično, anomična i fatalistička samoubojstvo.

Egoistično samoubojstvo je povezano s ljudima koji su izgubili interes za društveni aspekt života, ili nisu potpuno i pravilno integrirani u društvo. Prema profilu je većina od njih fizički hendikepirana ili duševno poremećena. Iz ove perspektive također možemo promatrati problem integracije etičke i vjerske manjine, jer su ove skupine često izolirane od ostatka društva.

Altruistično samoubojstvo je vrlo dobro poznato među vjerskim, društvenim ili političkim skupinama. Povezano je s pojedincima koji odlučuju umrijeti kao žrtve za ostatak skupine ili za ciljeve određene grupe.

Anomično samoubojstvo se pojavljuje u situacijama gdje postoje velike socijalne i ekonomske promjene i kada dolazi do dezintegracije kulture. Položaj pojedinca je promijenjen što stvara osjećaj nesigurnosti koji donosi suicidalne misli.

Fatalističko samoubojstvo je samoubojstvo zbog nemoći da upravlja vlastitim životom (zatvorenici).

4.2. MODELI SUICIDALNOSTI

Prema misaonom modelu- suicidalne osobe imaju pojednostavljenu sliku života. Promatraju život s dva suprotna gledišta; stvari su dobre ili loše, crne ili bijele... Psihoanalitički pogled na samoubojstvo je začet 1910. kada je bila prva konferencija psihoanalitičkog društva u Beču. Tada su položeni temelji za dalji razvoj teorije samoubojstva. Stenkelova teza je formula za razvoj suicidalnog mehanizma: "Nitko se ne ubija ako prije toga nije imao želju ubiti nekoga s kim je bio u emocionalnoj vezi [3]. Bilo je raznih psihijatara koji su ponudili teorije o samoubojstvu: Alfred Adler, Sigmund Freud, Karl Meninger, Gustav Jung itd.

Prema kognitivnom modelu- suicidalne osobe imaju rigidno mišljenje koje se očituje u crno- bijelom zaključivanju. Misli i vjerovanja uključuju iskrivljeni sadržaj (lažna uvjerenja) negativizam i rigidnost, emocionalnu patnju uz naglašen pesimizam. Jedan od vodećih autora iz kognitivno-bihevioralne terapije, Beck sa sur.(1993.) smatra da vjerovanja idu uz trijas koji uključuje negativnu sliku sebe, drugih i budućnosti. Beck smatra da depresivni bolesnik ima interni sustav vjerovanja koji se zasniva na negativizmu, pripisivanjem vanjskih negativnih iskustava isključivo sebi. Uz to postoji i rigidnost u rješavanju problemskih situacija u crno bijelom zaključivanju osobito u situacijama kada su pojačani stresori. Takve osobe vide samo dva rješenja što se reflektira kroz razmišljanje (kad već nije sve po mojem i bijelo, učinit ću da bude po mojem pa makar i crno).

Model stresne dijateze suvremene teorije opisuju kao važan model u nastanku psihijatrijskih poremećaja. Sve je više znanstvenih dokaza da je suicidalno ponašanje višestruko uvjetovano. Kod stresa koji nastaje izlaganjem vanjskih događajima dolazi do aktiviranja hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi. Prema stresnoj dijatezi osobe s prisutnom osjetljivošću u situaciji kada su izložene jakim stresorima dolazi do suicidalnog ponašanja. Stresori mogu biti biološki ili psihosocijalni. Biološki stresori su intrauterine infekcije, slaba prenatalna prehrana ozljede pri porodu, trauma glave u dječjoj dobi. Primjer psihosocijalnih stresora su traumatska interpersonalna iskustva, kaotična okolina odrastanja, smanjena sposobnost razvijanja vještina suočavanja s problemom. Istraživanja pokazuju kako genetski čimbenici oni koji uključuju oštećenu funkciju serotonina mogu biti čimbenik rizika suicidalnosti. Bitan čimbenik suicidalno

ponašanja su i pojedina obilježja osobnosti. Dokazano je da osobe sklone suicidu imaju izraženiji čimbenik impulzivnosti(odraz smanjene funkcije serotonina), kao i čimbenik beznadnosti koji je pak odraz smanjene funkcije noradrenalina. U praksi važno je prepoznati čimbenike stresa i čimbenike predispozicije te procijeniti njihove intereakcije koja nam daje uvid u suicidalno ponašanje i jasne temelje za provođenje terapijskog procesa i spašavanje života suicidalne osobe.

5. ČIMBENICI RIZIKA

Istraživanja u psihijatriji, psihologiji i suicidologiji stvorila su teze o pravilnostima koje prate suicidalno ponašanje tzv. čimbenicima rizika suicidalnosti. Tu spada muški spol, starija životna dob (više od 65 god.)bračni i obiteljski status, samci, usamljenost, nezaposlenost, nepoznata i neliječena krizna stanja, nasljedni čimbenici i postojanje duševne ili kronične tjelesne bolesti te važan čimbenik rizika psiho fizičko i seksualno zlostavljanje.

Ima više podjela čimbenika rizika jedna od njih je hijerarhijska, gdje se čimbenici rizika dijele na primarne, sekundarne i tercijarne. Primarni (psihijatrijski) su prisutnost psihičkih poremećaja, izostanak liječenja, prethodni pokušaj suicida, suicid u obitelji, sklonost impulzivnosti, poremećaj serotoninskog sustava, nizak kolesterol u serumu. Sekundarni (psihosocijalni) traumatski događaji u djetinjstvu, negativni životni događaji, nezaposlenost ili gubitak posla, socijalna izolacija, pušenje, slaba obiteljska ili socijalna podrška. Tercijarni (demografski) muški spol, bijela rasa, mlađa dob u muškaraca, starija dob u oba spola, dijelovi godine (proljeće, mjesec svibanj), predmenstrualno razdoblje u žene.

5.1. ČIMBENICI PROCJENE RIZIKA ZA SUICIDALNO PONAŠANJE

a) PREDISPOZICIJA ZA SUICIDALNO PONAŠANJE

-postojanje psihijatrijskih poremećaja

-prethodna anamneza suicidalnog ponašanja

-nedavni otpust iz bolničkog liječenja

-istospolna seksualna orijentacija

-muški spol

-pozitivna anamneza o ovisnosti

b) ODREDITI PRECIPITIRAJUĆE ČIMBENIKE ILI STRESORE

- znatni gubitci (financijski, kriza identiteta)

-akutni i kronični zdravstveni problemi

-nestabilnost u vezi

c) KLINIČKI SIMPTOMI

-depresivni simptomi

- bipolarni simptomi

- anksiozni simptomi

- psihotični simptomi

- granični simptomi (poremećaj osobnosti)

d) PRISUTNOST BEZNAĐA

- procijeniti ozbiljnost i trajanje beznađa

e) NARAV SUICIDALNIH MISLI

-učestalost, intenzitet i trajanje misli, postojanost suicidalnog plana, dostupnost sredstva za pokušaj suicida

f) PRETHODNO SUICIDALNO PONAŠANJE

- učestalost prethodnog suicidalnog ponašanja

- mogućnost pomoći i samopomoći

g) IMPULZIVNOST I SAMOKONTROLA

- subjektivni osjećaj samokontrole
- objektivna kontrola nad ponašanjem (ovisnost, agresivnost, impulzivno ponašanje)

h) PROTEKTIVNI ČIMBENICI

- socijalna podrška, vještine rješavanja problema, aktivno liječenje, trudnoća, djeca u obitelji, zadovoljstvo životom, strah od socijalnog neprihvatanja, strah od smrti [3].

Suvremene teorije opisuju stresnu diatezu kao važan model u nastanku suicidalnosti. Po njoj u osoba sa prisutnom vulnerabilnošću u situacijama kada su izložene dovoljno jakim stresorima dolazi do suicidalnog ponašanja.

Prema WHO:

a) Individualni: prethodni suicidalni pokušaj, psihički poremećaj, alkoholizam i druge ovisnosti, nedostatak socijalne podrške, socijalna izoliranost, impulzivnost, agresivne bihevioralne tendencije, suicid u obitelji, akutni emocionalni stres, kronična i/ili teška tjelesna bolest

b) Socio-kulturalni: stigma, nemogućnost ili nedostupnost zdravstvene pomoći, specifična religijska ili kulturološka uvjerenja, izloženost modelima suicidalnog ponašanja

c) Situacijski: gubitak posla ili financijski gubitak, gubitak socijalnog statusa ili prekid emocionalnog odnosa, laka dostupnost smrtonosnim sredstvima, stresogeni životni događaji

-post mortem: manji broj noradrenalinskih neurona u locusu coeruleusu, povišena razina tiroksin hidroksilaze u moždanome deblu i smanjenje postsinaptičkih adrenergičkih neurona u kori mozga u odnosu na opću populaciju.

6. NAJČEŠĆE ZABLUDE I MITOVI O SUICIDALNOSTI

Često se misli da ljudi koji govore o samoubojstvu ne bi ga počinili, da se samoubojstvo najčešće događa bez upozorenja, da su ljudi skloni suicidu odlučni u svojoj namjeri da umru, kad osoba počne razmišljati o samoubojstvu stalno razmišlja o tome, da je uzrok suicida uklonjen ako je došlo do poboljšanja stanja nakon suicidalne krize, da se samoubojstvo pojavljuje češće kod bogatih, da se samoubojstvo pojavljuje isključivo među siromašnima, te

da su sve osobe koje razmišljaju o samoubojstvu mentalno poremećene. Zdravstveni djelatnici i svi uključeni u zaštitu mentalnog zdravlja trebaju aktivno boriti se i širiti istinite informacije i samim time utjecati na poboljšanje mentalnog zdravlja i smanjenje suicidalnog ponašanja.

6.1. KAKO PREPOZNATI ZNAKOVE UPOZORENJA

Osoba često govori o samoubojstvu (krivo je mišljenje da oni koji pričaju o samoubojstvu zapravo ga ne žele počinuti. Ako osoba često priča, treba je pažljivo slušati i pitati zašto o tome razmišlja i kako se osjeća.) Ako je preokupirana smrću i umiranjem (npr. osoba otvoreno govori o želji za samoubojstvom, izražava "pozitivne" osjećaje i misli o tome ili pokušava potaknuti druge da misle kako je to ispravno učiniti). Pokazuje znakove depresije (to je mentalno stanje karakterizirano tužnim i negativnim mislima, tipično je po bolesnim mislima krivnje i samo-optuživanja). Kod mlade osobe ponekad može biti prekriveno hiperaktivnošću, a među starijima je povezano s uobičajenim procesom starenja. Javljaju se promjene u ponašanja kao što su sklonost samoozljeđivanju (rezanje, paljenje i sl.), poklanjanje dragih stvari (razvijanje strategije i plana samoubojstva, poručuje da osoba planira to i učiniti. Ako osoba odluči pokloniti stvari koje veoma voli, pozdravlja se na neuobičajen način ili pokušava dobiti informacije o eutanaziji...). Dogovaranje nedovršenih poslova, poteškoće sa snom i spavanjem, poduzimanje pretjeranih rizika (npr. izbor ekstremnih sportova, ili ponašanje koje ne mari za zdravlje ozljede, predoziranja, promiskuitet koji širi seksualno prenosive bolesti itd.). Također se može javiti povećana uporaba droga i gubitak zanimanja za uobičajene aktivnosti.

7. METODE POKUŠAJA SAMOUBOJSTVA

Način koji osoba izabere za počinuti samoubojstvo često određuju raspoloživost i kulturalni činioci. Način može odražavati ozbiljnost namjere, budući da neke metode, kao što je skok sa visoke zgrade prave preživljavanje praktički nemogućim, dok druge, kao što je uzimanje previsoke doze lijeka, čine spašavanje mogućim. Međutim, upotreba metode koja se nije pokazala kobnom, ne mora ukazivati da je namjera osobe bila manje ozbiljna. Predoziranje lijekom je najčešće korištena metoda u pokušajima samoubojstva. Kako doktori više često ne propisuju barbiturate, broj predoziranja tim lijekovima se smanjio, međutim, povećava se broj

predoziranja drugim psihotropnim lijekovima, kao što su sredstva protiv depresije. Predoziranje aspirinom palo je od više nego 20% slučajeva na oko 10%. U oko 20% pokušaja samoubojstva koriste se dvije ili više metoda ili kombinacija lijekova, što povećava rizik umiranja. Od ukupnog broja samoubojstava najčešće metoda koja se koristi u SAD ustrel vatrenim oružjem. Tu metodu pretežno koriste dječaci muškarci. Žene radije koriste tzv. nežestoke metode kao što su otrovanje (ili predoziranje lijekovima) i utapanje, premda se broj samoubojstava ustrelom među ženama posljednjih godina povećao. Grube metode kao što su ustrel ili vješanje nisu česte pri pokušajima samoubojstva, jer obično završavaju smrću. Sljedeće metode kojim osobe može sebi oduzet život su: samospaljivanje, izazivanje automobilske nesreće, davljenje u vodi, električnom strujom, vješanjem, davanjem letalne injekcije, predoziranje lijekovima, korištenje plastične vrećice i gušenjem ugljičnim dioksidom, trovanje, ustreljivanje samog sebe, rezanjem velikih arterija traheje i vena, gladovanje do smrti, trovanje ugljičnim monoksidom.

8. KLASIFIKACIJA SAMOUBOJSTVA

Klasifikacija samoubojstva dijeli se na: smišljenu i afektnu, zatim na pojedinačnu, dvojnju ili višestruku, naprasnu i polaganu, nadalje na aktivnu i pasivnu, prema dobi, spolu, bračnom statusu, prema metodi, lokaciji i vremenu počinjenja.

Fareberow i Litman (1970) su podijelili samoubojstva u tri kategorije:

Prva kategorija biti- takve osobe ustvari ne žele umrijeti, već žele poslati poruku da im je potrebna pomoć. Kod takvih osoba opasnost za počinjenje samog čina je mala i uglavnom su to žene. Druga kategorija ne biti- takve osobe ustvari žele umrijeti, ne daju znakove namjere prije počinjenja samog čina, i kod takvih osoba prevencija daje slabe rezultate. U treću kategoriju spadaju neodlučne osobe koje odluku prepuštaju u ruke sudbine, to je kategorija biti ili na biti. Takve osobe odabiru opasne načine ali sporog djelovanja, te je za njih karakterističan stresan i nesređen život.

Jedna od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja je ona O'Carrolla i sur. (1996):

-samoubojstvo (suicid)- dokazano samouzrokovana smrt

- pokušaj samoubojstva- izostaje fatalni ishod (ali postoje dokazi da je osoba svojim činom namjeravala dovesti do vlastite smrti)
- prekinuti pokušaj samoubojstva- (postoje dokazi da je osoba namjeravala prouzročiti vlastitu smrt, ali je radnja prekinuta prije nastanka tjelesnog oštećenja)
- promišljanja o samoubojstvu- (razmišljanja da se skrivi vlastita smrt)
- suicidalna namjera-(očekivanje i želja da samodestruktivni čin dovede do vlastite smrti)
- smrtnost samoubojičkoga ponašanja-(objektivna opasnost za vlastiti život povezana s metodom izbora)
- namjerno samoozljeđivanje (svjesno nanošenje boli i ozljede samome sebi bez stvarne želje da se oduzme vlastit život)

Postoje i mnoge druge klasifikacije samoubojstva, jedna od njih je po Jakovljeviću koji smatra da značenje samoubojstva je različita za svaku osobu, a autor navodi sljedeće: „apel-alarm“ ili poziv u pomoć, samokažnjavanje kao izraz neizdrživa osjećaja krivnje, bijeg iz nepodnošljive situacije, izazivanja osjećaja krivnje i kažnjavanja drugih, ucjenjivanje okoline, impulzivno rasterećenje od napetosti, iskušavanje sudbine, izraz doživljaja besmislenosti života, izraz altruizma ili herojskog djela²

Autor dijeli suicidalnost u rasponu od neizravnog suicidalnog ponašanja do počinjenog suicida:

- 1.neizravno samodestruktivno ponašanje i sklonost nesrećama (takav način života označuje podsvjesnu težnju ugrožavanju i skraćivanju vlastitog života)
- 2.suicidalne misli (osoba razmišlja o mogućnosti samoubojstva)
- 3.suicidalne namjere (mogu se prepoznati kroz ponašanje ali se postupcima ne ostvaruju)
- 4.parasuicidalna pauza (osoba pokazuje želju da privremeno umre uzima toksične ali ne i smrtonosne doze uspavljujućeg ili drugog sredstva)
- 5.prijetnja suicidom (osoba upoznaju okolinu s namjerom da počini samoubojstvo ali pritom ništa na poduzima)

6. parasuicidalni gest (ugrožavajući čin koji je okrenut protiv sebe samog, a koji je zapravo prijetnja apelativnog ili demonstrativnog karaktera)

7. namjerno samoozljeđivanje (impulzivna reakcija bez prave namjere da se počini suicid)

8. pokušaj suicida (čin obilježen svjesnom težnjom za samouništenje a može biti i poziv za pomoć)

9. PREVENCIJA SUICIDALNOSTI

Prevenција suicidalnosti se dijeli na:

- primarnu- cilj smanjenje broja izvršenih suicida
- sekundarnu- smanjivanje vjerojatnosti za suicidalni pokušaj kod visokorizičnih pacijenata
- tercijarnu- smanjiti stopu suicida u područjima gdje je ona visoka

Prepoznati simptome presuicidalnog ponašanja, depresivne obrasce reagiranja, uočiti pacijentove trenutne stresne životne okolnosti. Veliki je naglasak i na doktorima obiteljske medicine, jer se pregledom 40 studija našlo da je oko 75% pacijenata koji su izvršili suicid imalo kontakte sa LOM godinu dana prije smrti, a 45% je posjetilo liječnika unutar mjesec dana prije izvršenja tentamena. No bez obzira na to nema podataka da je screening u primarnoj zdravstvenoj zaštiti reducirao stopu mortaliteta. Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata nastavilo je provođenje programa psihosocijalne pomoći stradalnicima iz Domovinskog rata u skladu s odredbama Vlade Republike Hrvatske od 1994. godine. Zacrtni program se nastavlja provoditi, ali se iz godine u godinu mijenja u skladu promjenama, koje se javljaju u životu branitelja. Protekom ratnog perioda mijenjaju se potrebe branitelja i članova njihovih obitelji, i uvijek se u prvi plan stavlja rješavanje (ali i preveniranje) najaktualnijih problema. Uz još uvijek aktualne i dijelom još neriješene probleme zapošljavanja, osiguravanja stambenih problema kao i drugih egzistencijalnih problema kod dijela stradalnika, smatra se da je jedan od najvećih problema koji se vezuje uz branitelje problem suicida. Taj vrlo važan i nezaobilazan problem predstavlja osnovni zadatak u sklopu psihološke pomoći, i naše Ministarstvo daje sveukupnu potporu struci (prije svega psihijatrima i psiholozima) kako bi

našla najoptimalnije metode u rješavanju tog velikog javnozdravstvenog problema kako u populaciji branitelja i članova njihovih obitelji tako i u cijeloj hrvatskoj populaciji. Kada govorimo o sprečavanju suicidalnog ponašanja, tada se to u praksi neki puta razlikuje a neki puta poistovjećuje s pojmom prevencija. Najčešće se pod sprečavanjem podrazumijeva prepoznavanje rizika za suicid, tj. presuicidalni sindrom koji je prvi u stručnu literaturu uveo E. Ringel, 1973. godine kao i poduzimanje aktivnosti da do suicida ne dođe. Preventivne aktivnosti obuhvaćaju daleko širi pojam koji uključuje i aktivnosti koje imaju za cilj razvijanje takvih životnih i razvojnih uvjeta koji će eliminirati mogućnost stvaranja rizičnih situacija i grupa (što je primarna prevencija u užem smislu riječi), liječenje osoba sa suicidalnim ponašanjem, ali i liječenje osoba koje su žrtve suicida, tj. članova obitelji osobe koja je učinila suicid, kao i osobe nakon pokušaja samoubojstva. O prevenciji suicida zapravo ne možemo govoriti, jer suicid ili samoubojstvo znači neizvršeni suicid, koji dakle više ne možemo spriječiti. Za praksu je sigurno važnije istaknuti, da osobe sa suicidalnim ponašanjem sasvim sigurno spadaju u skupinu, koja svakako traži ozbiljan preventivni rad, u koji psihijatar svakako treba biti uključen, a ovisno o vrsti intenziteta suicidalnosti i vrste ovisno je koji još stručnjaci trebaju biti zastupljeni u timu koji se bavi prevencijom.

Preventivne aktivnosti dijele se na:

1. Primarnu prevenciju koja ima za cilj spriječiti neke pojave što u odnosu na suicid znači poduzimanje aktivnosti koje će smanjiti pojavnost suicidalnog ponašanja direktno, a time i smanjenje suicida indirektno. To su aktivnosti koje se odvijaju na širem društvenom planu i preko kojih se mijenja način razmišljanja i rješavanja problema kroz edukaciju i informiranost opće populacije o problemima suicidalnog ponašanja i njihovim uzrocima. To se prvenstveno odnosi na odgoj mladih ljudi za zdravo roditeljstvo kako bi njihovi potomci rasli bez nepotrebnih trauma, u toplom ozračju, sigurnosti, uvažavanju što sve rezultira stvaranjem pozitivnog selfa, samopoštovanja i samopouzdanja. Te osobine bitno utječu na djetetov razvoj i odnos prema životu i prepoznavanju vrijednosti života i ljepota življenja. To podrazumijeva život s manje trauma koliko je to god moguće a što je moguće ako su dobro educirani svih subjekti koji sudjeluju i utječu na razvoj djeteta dakle od roditelja preko odgajatelja do nastavnika, ali nikako ne smijemo tu izostaviti i sudionike sedme sile, prije svega televizije. Istraživanja pokazuju da emocionalno zlostavljanje koje uključuje i blamiranje djeteta, nesudjelovanje u djetetovim potrebama tijekom razvoja, teroriziranje i manipuliranje djetetom i brojni drugi negativni postupci dovode do niskog samopoštovanja a nisko samopoštovanje

jedan je od rizičnih čimbenika za suicidalno ponašanje. Kako se emocionalna zlostavljanja dešavaju u obiteljima, vrtićima, školama, na radnom mjestu i drugim mjestima to onda i ne čudi potreba za edukacijom svih subjekata koji svojim postupcima mogu traumatizirati drugu osobu, utjecati na njezino psihičko stanje što može rezultirati suicidalnim ponašanjem. Već samo ovih nekoliko nabrojanih primjera ukazuje kako je prevencija suicidalnog ponašanja složen i multidisciplinarni zadatak. Drugi važan čimbenik u primarnoj prevenciji je mijenjanje životnih ideologija kroz različite oblike utjecaja posebice javnih medija, crkve, kulturno-umjetničkih i sportskih društava i škole te konačno razvijanje adekvatnih načina, kako se suočavati, boriti, hrvati, nositi s teškim situacijama koje će nam pomoći da se na najoptimalniji način nosimo sa stresogenim situacijama. Primarni zadatak u sprečavanju suicidalnosti je: kroz edukaciju mijenjati stilove življenja, ideologija, koping strategije i informiranost i time smanjiti pojavu rizičnih faktora koji mogu biti prediktor suicidalnog ponašanja a time i rizičnih skupina. Međutim, prevencija se odnosi i na zaštitu rizičnih skupina i eliminaciju rizičnih faktora. Pod visoko rizičnih čimbenicima razumijevaju se određene demografske karakteristike, socijalne životne situacije koje mogu dovesti do ovisnosti o alkoholu ili sredstvima ovisnosti, psihički poremećaji, tjelesne bolesti, bol, napuštenost, ovisnost o drugima, beznade i drugi. U rizične psihosocijalne faktore ubrajaju se svi oni faktori koji dovode do izolacije pojedinca: gubitak bliskih članova, nezaposlenost, usamljenost, problematičan odnos sa okolinom, prekid značajnih veza i dr. U psihijatrijske faktore ubrajaju se različita oboljenja kao što su depresije, uzimanje alkohola i droge, shizofrenija, stanja tjeskobe do panike, loš self koncept. Često se navode i karakteristični način razmišljanja, nerealna očekivanja, izostanak podrške a što najčešće proizlazi iz obiteljske sredine i poremećenih interpersonalnih odnosa. Poremećaj osobnosti obično se ne navodi kao dijagnostička kategorija s visokim rizikom za suicid, što se u praksi ne potvrđuje, a i s teoretskog stanovišta proizlazi, da su u tih osoba često poremećeni i/ili nedovoljno izgrađeni adekvatni međuljudski odnosi, a isto tako je činjenica, da se često prezentiraju pokušaji suicida. Osobe s pokušajem samoubojstva spadaju u visokorizične skupine. U odnosu na našu zemlju možemo reći da postoji znatan broj visoko rizičnih čimbenika kao što su brojna traumatska ratna iskustva, susreti sa smrću i umiranjem, gubici brojnih bliskih osoba, osiromašenje i drugi socijalni problemi, alkohol, psihički poremećaji, dostupnost oružja, nerealna očekivanja od okoline te stalni osjećaj krivnje. Primarna prevencija u odnosu na navedene rizike primarno bi se sastojala u razvijanju takvih društvenih odnosa u kojima bi se problemi rješavali mirnim putem bez ratova i međusobnim uvažavanjem, no, na tom području psihijatri nisu i ne mogu biti učinkoviti. U Hrvatskoj se nažalost u borbi protiv

suicidalnog ponašanja nalazimo u situaciji kada su se uslijed ratnih stradanja i poslijeratnih problema već razvili brojni visoko rizični faktori i visoko rizične skupine, pa je neophodno i nužno razvijanje takovih odnosa koji će pomoći u rješavanju problema koji rezultiraju visokim rizikom za suicid.

2. Sekundarna prevencija obuhvaća aktivnosti koje su usmjerene na ranu i učinkovitu dijagnostiku, otkrivanje problema i poduzimanje aktivnosti da se problem ublaži ili riješi. U odnosu na suicidalnost to se odnosi na dobro educirane profesionalce koji će prepoznati suicidalnu osobu i poduzeti aktivnosti da se suicid spriječi. Da bi se isto realiziralo potrebna je uz dobru edukaciju i smisao i razumijevanje da se sa suicidalnom osobom uspostavi optimalna empatija koja će omogućiti da stručnjak uspostavi dobar kontakt i da dovoljno vremena da se do suicidalnih tema uopće dođe, a time i do mogućnosti za rano prepoznavanje simptoma suicidalnog ponašanja. Kod nas postoji još uvijek velika potreba za osposobljavanjem stručnjaka za provođenje najoptimalnijih terapijskih postupaka s različitim kategorijama suicidalnih osoba.

3. Tercijarna prevencija obuhvaća aktivnosti čiji je cilj poboljšanjem kvalitete tretmana i smanjenje invaliditeta nakon tentamena te bilo kakvih psihičkih posljedica po kasnije funkcioniranje parasuicidanta i članova njegove obitelji ali i drugih članova iz njegove zajednice (npr. kolega s radnog mjesta, djeca iz razreda, prijatelja iz grupa, bolesnika s odjela), jer nas iskustva uče da se pokušaji samoubojstva i samoubojstva mogu koristiti kao identifikacioni model u "rješavanju" sličnih problema. U prevenciji suicidalnog ponašanja trebaju sudjelovati stručnjaci različitih profesija, ali isto tako i unutar psihijatrije postoje različiti postupci i metode, koje se trebaju razumijevati i primjenjivati. Kada se kod pojedinca otkriju suicidalne ideje, ili još i ranije, dok i sam bolesnik nije svjestan svoje suicidalnosti, već postoje simptomi samo tzv. pasivne suicidalnosti (gubitak ili slabljenje vitalnih nagona, depresivnost, sniženje mogućnosti uživanja, nemogućnost uživanja u situacijama koje su ga ranije veselile, izbjegavanje društva, kronični osjećaj umora, strah od života i neuspjeha, otuđivanje, sklonost bilansnom razmišljanju s negativnim ishodom i slično) ili tzv. Larvirane suicidalnosti (nagli ili dipsomanski alkoholizam i slično) potrebno je uz različite metode psihoterapije i kognitivno bihevioralne terapije procijeniti i potrebu za eventualnu primjenu psihofarmakoterapije. To istovremeno ne znači, da je u svih suicidalnih bolesnika neophodna psihofarmakoterapija. Radi dodatne opasnosti, na koju upućuje relativno visoki postotak osoba, koje pokušaju samoubojstvo ili ga pak izvrše, potrebno je odabiru psihofarmaka kod suicidalnih

bolesnika voditi računa i o sigurnosti lijeka, a ponekad i o nepoželjnim nuspojavama, no i na tom području potrebna je dobra edukacija. Primjena farmakoterapije ima brojna druga opravdanja. Vrlo često se zaboravlja, da se većina suicida izvrši noću. Depresivne osobe, osobe koje u stanju žalovanja, kriznim stanjima i sl. provode "teške i besane noći, kada je svaki problem još problematičniji, svaka situacija još crnja i teža". Nije jedina ni dovoljna terapija sedativ i/ili antidepresiv, ali je sasvim sigurno bolji sedativ i antidepresiv sa sedativnim djelovanjem nego li i alkohol i svako od navedenih ponašanja. Izrazito anksiozni i depresivni bolesnik nije pripremljen niti za psihoterapiju niti za druge ne biološke metode, a osim toga, suicidalni bolesnik je hitni bolesnik i u takovim slučajevima postoji obligacija primjene najučinkovitijih terapijskih metoda, a to je kombinacija sredstava i metoda po principu primjene maksimalno optimalnih. Liječenje suicidalnog bolesnika ukazuje na pravilo, da različite škole i unutar psihijatrije treba povezivati, graditi mostove a ne ih rušiti. Dezintegracija kao česti etiološki ili bar precipitirajući faktor u razvoju suicidalnosti možda treba biti jače isticana kako bi se integracija struke i stručnih metoda jače prepoznavala i kao terapijsko i preventivno sredstvo parasuicidalnih i suicidalnih osoba. Preventivne aktivnosti predstavljaju skup kompleksnih aktivnosti u koje moraju biti uključeni profesionalci različitih profesija i naobrazbe ali obavezno i društveni djelatnici, javni mediji, crkva i posebice roditelji koji tek usklađenim radom, razvijanjem pozitivnih stavova u odnosu na sebe i okolinu, poticanjem pozitivnih stilova življenja, mijenjanjem ideologija a posebice razvijanjem pozitivnih odnosa u društvu uz uvažavanje svakog pojedinca i osiguranje zaštite i prava kroz neagresivno rješavanje problema. Tek na takav način stvoriti ćemo društvo u kojem suicid neće biti način rješavanja životnih problema a pesimizam i nesigurnost zamijeniti sigurnošću samopouzdanjem, i optimizmom uz korištenje "zdravih" mehanizama obrane i optimalnih načina rješavanja različitih životnih situacija.

10. MOTIVI SAMOUBOJSTVA

Motivi za samoubojstvo su različiti i razlikuje se od osobe do osobe a to su: traženje pomoći, bijeg iz nepodnošljive situacije, olakšanje od teških psihičkih boli, pokušaj utjecanja na neku značajnu, drugu osobu, kako bi se pokazalo koliko se nekoga voljelo, olakšavanje teškoća drugima, kako bi se druge ražalostilo, kako bi se druge uvjerilo koliko očajno je bilo

živjeti, otkrivanje da li su zaista voljeni, uraditi nešto u nepodnošljivoj situaciji, gubitak kontrole, želja za smrću.

11. TIPOVI SUICIDA

Tipovi suicida dijele se na: suicidi tinejdžera ,euthanasia, kombinacija samoubojstva i ubojstva, suicid bombom, kamikaze, gerila, teroristi, ritualni suicid (Seppuku – Hara-kiri),masovni suicid, suicidni pakt, internet suicid, copycat suicid – Werterov efekt, forced suicide – u ratu, kao bolji izbor od mučenja ili torture, ili zbog gubitka časti, suicide by cop – u kojem suicidalna osoba isprovocira policajce da je ubiju.

12. EKOLOŠKI MODEL NASTANKA NASILJA

1. biološki i osobni čimbenici

Individualni faktori: karakterne osobine (impulzivnost...), slaba edukacija, droge, psihijatrijske bolesti, prijašnje nasilno ponašanje. Postoje mnogi razlozi za samoubojstvo, psihički poremećaji su najčešći ali ne jedini.

2. međuljudski odnosi: unutar obitelji, među prijateljima, intimnim partnerima

Međuljudski odnosi: toleriranje nasilnog ponašanja u obitelji, poticanje nasilnog ponašanja među prijateljima - školska djeca i mladi

3. odnosi unutar zajednice

Zajednica (škola, radno mjesto): heterogenost, gusta naseljenost, dostupnost droge i oružja, nezaposlenost, siromaštvo, socijalna izolacija

4. socijalne i kulturne norme

Socijalne i kulturne norme: odobravaju nasilje kao normalan način razrješavanja problema, smatraju samoubojstvo individualnim pravom, daju prednost pravima roditelja pred dobrobiti

djeteta, potiču mušku predominaciju, odobravaju nasilje policije nad građanima, potiču političke konflikte

13. PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI

Psihički poremećaji nisu uzrok suicida, no više od 90% od ukupnog suicida događa se u osoba s dijagnozom nekog od psihijatrijskih poremećaja. Većina psihijatrijskih bolesnika koji počine suicid događa se u prvih nekoliko tjedana nakon otpusta iz bolnice. Najčešći povezani psihijatrijski poremećaji su bipolarni afektivni poremećaj (15-18% rizika), depresija, alkoholizam i druge ovisnosti (10-15%), shizofrenija (5%), poremećaji ličnosti (5-10%), anksiozni poremećaji, PTSP, delirij.

13.1. SHIZOFRENIJA I SUICIDALNOST

Suicidalnost se javlja u gotovo 50% shizofrenih bolesnika, a 10- 25 % ih uspije izvršiti suicid tako da je to glavni uzrok mortaliteta u populaciji bolesnika sa shizofrenijom. Kod shizofrenih bolesnika nema razlike u odnosu na spol, ali postoji u odnosu na dob (žene 45.-64. godine, muškarci 25.-44. godine). Rizični čimbenici su prethodni suicidalni pokušaji te suicidi u obitelji koji se događaju često u akutnoj fazi pod utjecajem persekutornih sumanutosti i imperativnih halucinacija. Zatim kod prisutnosti depresivnih simptoma te zloupotreba sredstva ovisnosti. Novi antipsihotici (klozapin, olanzapin, risperidon, kvetiapin, ziprasidon) smanjuju rizik od suicida jer djeluju bolje od klasičnih antipsihotika. Od svih shizofrenih simptoma, suicidalno ponašanje je svakako najozbiljniji simptom, a to je još 1911. godine utvrdio Bleuler, što je pripisivao nedostatku terapijske mogućnosti. Danas su terapijske mogućnosti puno veće, ali unatoč toga se stopa izvršenog suicida kod shizofrenih nije značajnije smanjila. U shizofrenih bolesnika najčešće je suicid posljedica patologije, a u općoj populaciji značajni faktor su socioekonomska i kulturološka situacija. Suicidi shizofrenih bolesnika imaju neka zajednička obilježja sa suicidima opće populacije, ali i svoja specifična obilježja vezano uz tu dijagnostičku skupinu. Prema službenoj statistici Republike Hrvatske u općoj populaciji je učestalost suicida 0,24 na 1000 stanovnika. Omjer muškaraca prema ženama izvršiocima

suicida je 2,6:1, dok kod shizofrenih bolesnika nema razlike u odnosu na spol, ali postoji u odnosu na dob. Najveći broj muškaraca izvrši suicid u dobi od 25. do 44. godine, a žene u dobi od 45. do 64. godine. Gledajući način izvršavanja suicida kod shizofrenih bolesnika muškarci češće učine suicid vješanjem i vatrenim oružjem, a žene uglavnom trovanjem lijekovima, najčešće onima koje imaju u redovitoj terapiji te skakanjem s visine. Postoje brojni rizični faktori za suicid u shizofreniji. Prethodni suicidalni pokušaji samog bolesnika ili suicidi u obitelji su veoma važan rizični faktor na koji treba obratiti pozornost. Suicid je čest na početku bolesti kada pacijenti još imaju djelomični uvid u svoju bolest i stanje, zatim u aktivnoj fazi bolesti kada shizofreni bolesnici mogu počinuti suicid pod utjecajem presekutornih (proganjajućih) sumanutosti i imperativnih slušnih halucinacija ili u stanju katatonog nemira. Stjecanjem uvida u svoju bolest te socijalno i kognitivno propadanje, strah od budućnosti, gubitak potpore od strane obitelji dovode do suicidalnih promišljanja i na koncu do pokušaja i izvršenja suicida. Posebno osjetljiv period je onaj nakon otpusta iz bolnice kada se pacijent nalazi u stanju djelomične ili dobre remisije uz prateće nepovoljne socijalne, maritalne, obiteljske i egzistencijalne uvjete. Ukoliko je osoba imala visoki nivo funkcioniranja prije pojave bolesti to je opasnost suicida veća. Zloupotreba sredstava ovisnosti su isto tako veoma česti rizični faktori za suicid, češće zastupljeni kod muškog spola. Prisutnost depresivnih simptoma, osjećaj beznada, misli o smrti nakon akutne faze bolesti, postshizofrena depresija, važan su rizični faktor, ali ih ne smijemo zamijeniti s nuspojavama antipsihotika, odnosno depresivnim pomakom antipsihotične terapije. Povišen rizik od suicida je kod paranoidnih oblika shizofrenije. Prisutnost negativnih simptoma se povezuje sa smanjenim rizikom za suicid, međutim, treba paziti da iza toga nisu maskirani depresivni simptomi. Kombinacija više različitih faktora nosi najviši rizik od suicida, a najčešća je kod onih osoba kod kojih je shizofrenija počela ranije i koji su rano postali socijalno, radno i kognitivno disfunkcionalni. Tretman suicidalnih stanja u shizofrenih bolesnika zahtijeva dobru koordinaciju farmakološkog i psihosocijalnog pristupa. Farmakoterapija mora ciljati na akutne, kronične rezidualne i sekundarne simptome te depresivnost. U liječenju psihotičnog suicidalnog bolesnika u akutnoj fazi primarna je antipsihotična terapija u dovoljno visokim dozama i uz stalan stručni nadzor. U takvim slučajevima indicirana je hospitalizacija u intenzivnim odjelima psihijatrijskih ustanova. Opravdana je i nužna hospitalizacija i bez dragovoljnog pristanka bolesnika jer su u tim slučajevima i prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ispunjeni uvjeti za prisilno zadržavanje i prisilnu hospitalizaciju. Dugotrajni tretman klasičnim antipsihoticima često je povezan s izraženim ekstrapiramidnim simptomima od kojih je akatizija jako neugodan

simptom i povezuje ga se sa suicidalnim ponašanjem pacijenata. U novijim istraživanjima spominje se zaštitna uloga terapije antidepresivima i stabilizatorima raspoloženja kojima se smanjuje depresivnost, impulzivnost i agresivnost. Važno ulogu ima i medicinska sestra kao i cijeli tim stručnjaka trebamo pomoći pacijentu da prepozna svoje suicidalne porive i da traži pomoć, a to će biti moguće samo ako se stvori odnos povjerenja između nas i pacijenta. Veoma važan je i pristup pacijentu, empatijska potpora tijekom razgovora. Treba prepoznati simptome presuicidalnog stanja, depresivne obrasce reagiranja, uočiti pacijentove trenutne stresne životne okolnosti i pomoći mu da ih prevlada. Psihoterapijski i socioterapijski pristup uključuje pacijenta i njegovu obitelj. Pacijenta trebamo usmjeriti na postavljanje realnih životnih ciljeva, dakle u skladu sa svojim mogućnostima jer na taj način izbjegava razočaranje ukoliko ih ne uspije realizirati. Obitelj trebamo podučiti o bolesti, redovitom uzimanju preporučenih lijekova, davanju potpore i stvaranju stabilnog okruženja za bolesnog člana. Potrebno je voditi računa o mogućem nastanku nepoželjnih nuspojava. S tim u svezi potrebno je provoditi adekvatnu i individualno specifičnu vrstu terapije. To u prvom redu znači provoditi adekvatnu psihofarmakoterapiju u smislu povlačenja navedenih simptoma bolesti. Terapiju treba započeti što je moguće ranije i u adekvatnoj dozi, kako se ne bi razvili nepovoljni posljedični (sekundarni) čimbenici (gubitak emocionalnih i socijalnih veza, gubitak posla, spuštanje na socijalnoj ljestvici i slično). U sprečavanju tih sekundarnih pojava važna je dakle i adekvatna farmakoterapija i brojne psihosocijalne metode i akcije.

13.2. POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA I SUICIDALNOST

Češći u žena i starijih osoba, čak 60 % se povezuje sa suicidalnošću. BAP tip II nosi najveći rizik, pa BAP tip I i unipolarna depresija. Najčešće se suicidalno ponašanje javlja tijekom velike depresivne epizode (70-89%). Pokazalo se da je litij uspješan kao tretman prevencije suicida u BAP-u. Depresivnost se smatra najznačajnijim faktorom suicidalnog rizika. U okviru toga endogene depresije su od posebnog značaja. Depresivna simptomatologija je najizraženija ujutro, kada je psihička tenzija najniža, a prati je porast fizičke snage [4]. Suočen sa novim danom koji donosi ponovnu patnju, osjećaj krivice i beznada omogućit će realizaciju suicidalnih misli. To objašnjava i potvrđuje statistički podatak da su samoubojstva najčešća u ranim jutarnjim satima. Rizičan je početak i kraj depresivne epizode. U samoj bolesti, kada su simptomi izraženi u punoj snazi, popraćeni crnim mislima, bez energije i volje

za bilo kakvim radom, čin samoubojstva nije očekivan. Svaki pokušaj samoubojstva je stanje koje zahtjeva bolničko liječenje i odgovarajuće liječenje i psihoterapijski pristup. Raspoloženje je obično depresivno, razdražljivo i/ili anksiozno. Bolesnik se doima jadnim, namrštenog čela, spuštenih uglova usana, pognuta držanja, slabog kontakta očima i oskudnog govora. Ovo bolesno raspoloženje može biti praćeno zaokupljenošću krivnjom, samopodcjenjujućim idejama, smanjenom sposobnošću koncentriranja, neodlučnošću, smanjenim zanimanjem za uobičajene aktivnosti, socijalnom povučenošću, bespomoćnošću i ponavljajućim mislima o suicidu i smrti. Česte su smetnje spavanja. Kod nekih je bolesno raspoloženje tako duboko da postoji nesposobnost doživljavanja emocija, uključujući tugovanje, radost, ugodu te je prisutan osjećaj da je svijet postao bezbojan, beživotan i mrtav. U psihičkom životu „depresivne“ osobe sve je sivo, usahlo; bolesnik nije u stanju da doživi bilo kakvu radost. Tako izmijenjen život utječe na sve ostale psihičke funkcije, prije svega na volju, mišljenje pa i opažanje. Također se odražava i na izgled bolesnika (on je skrušen, usporenih kretnji i govora, gubi na težini itd.). U Hrvatskoj se oko 300.000 ljudi bori s depresijom, a stopa suicida u sjevernim županijama, primjerice u Krapinsko-zagorskoj, znatno je viša nego u Dubrovačko-neretvanskoj i Splitsko-dalmatinskoj - razlika je čak četiri do pet puta! Svjetska zdravstvena organizacija pretpostavlja da će do 2020. depresija postati prva bolest po broju radno izgubljenih sati. Češća je kod žena – dijagnosticira se u 20 do 25 posto ženske populacije nego kod muškaraca – od 7 do 12 posto. No stručnjaci upozoravaju da se kod muškaraca teže dijagnosticira, među ostalim i zbog stigme koju nosi. Može se manifestirati u gotovo svakoj dobi mada istraživanja pokazuju da se najčešće javlja oko 32. godine života.

13.3. ORGANSKI MENTALNI POREMEĆAJI I SUICIDALNOST

Kod demencija nije zapažen značajan povećani rizik, osim kod Huntingtove bolesti (3 puta veći rizik) i kod Alzheimerove demencije posebno u prvim mjesecima nakon postavljanja dijagnoze. Često se u terapiju osim antidementiva uključe i antidepresivi.

13.4. ALKOHOLIZAM I OVISNOSTI O DROGAMA I SUICIDALNOST

Akutna intoksikacija alkoholom povećava rizik do 90%, no nisu svi alkoholičari i ovisnici suicidalni. Na to utječu psihološki čimbenici(impulzivnost i agresivnost) zatim

sociodemografski (negativni životni događaji) te osobe koje pate od depresije. Kod ovisnika veći je rizik kod heroinskih ovisnika od ovisnika na kokainu i amfetaminu, također kao i dok onih zaraženih sa HIV infekcijom [5]. Kod ovisnika o drogama žene češće pokušaju suicid. Alkohol je, naime, droga iz skupine stimulatora koja mijenja ponašanje konzumenata, ovisno o popijenoj količini i reakciji osobe na vlastitu opijenost. Osim što značajno narušava zdravlje, učestalo pijenje alkohola razvija toksikomansku ovisnost. Uživanje alkohola duboko je ukorijenjeno u našoj civilizaciji. Uživaju ga ne samo odrasli, već u velikom broju mladi pa čak i djeca. Razlozi su vjerojatno svuda u svijetu isti, zbog običaja jer alkohol je društveno prihvaćena droga, duboko usađena težnja za brzim promjenama raspoloženja, žudnja za nečim boljim od obične svakodnevice, želja za bijegom od stvarnosti ili bijegom od samog sebe kada nam je teško. Alkoholizam nije nasljedna bolest, no alkohol je lako dostupan. Konzumiranje alkohola i tableta, čin je koji ozbiljno ugrožava život, a nerijetko predstavlja i ozbiljan faktor rizika suicidalnog ponašanja s tragičnim posljedicama. Mada ima i mnogo drugih rizičnih čimbenika koji su prisutni u životu adolescenata i mogu generirati suicidalno ponašanje (npr. psihičko, fizičko i seksualno zlostavljanje, smrtni slučaj u obitelji zbog samoubojstva nekog člana, depresivna raspoloženja, kronična izloženost stresu ili traumama, kronična bolest kod adolescenta). Istraživanja su pokazala da se osobe mnogo češće odlučuju na suicid pod utjecajem alkohola. Samom činu suicida kod djece u pravilu prethode mnogobrojni problemi, od dezorganizacije obitelji, psihičkog, seksualnog ili fizičkog zlostavljanja, do slabe prilagođenosti u školi i zajednici ili pak postoje izraženi simptomi psihičke nestabilnosti djeteta i depresivnog stanja. Alkohol je označen kao značajan čimbenik koji vodi neprilagođenom ponašanju, pokušajima suicida i suicidalnom recidivizmu. U radu na prevenciji suicidalnog ponašanja adolescenata posebno važno mjesto imaju školski preventivni programi. Oni moraju proizaći iz samih potreba škole i biti timskog karaktera. U preventivne aktivnosti moraju se uključiti školska zdravstvena služba, nastavnici, stručna služba i ostalo školsko osoblje, a napose roditelji. Učenici moraju biti upoznati s rizicima konzumiranja alkohola koji se, između ostalog, odražavaju i na povećan broj pokušaja suicida i samo izvršenje suicida. Izuzetno je značajna edukacija roditelja o rizicima suicida općenito, a posebice upoznavanje s činjenicama o povezanosti konzumiranja alkohola i suicida mladih. Stabilnost obiteljskog ozračja ostaje nezamjenjiv i najznačajniji čimbenik preveniranja suicidalnog ponašanja. Učitelji moraju znati da učenici koji konzumiraju alkohol ili koji imaju ozbiljne teškoće u učenju, negativan stav prema školi i prema sebi, koji pokazuju simptome uznemirenosti, razočarenja i depresije, nose u sebi ključ rizika za moguće autodestruktivno ponašanje, pa i suicid. Uspješna prevencija

alkoholizma mladih i prevencija suicida zahtijeva senzibilizaciju čitave društvene zajednice za ovaj problem. Od stupnja povezanosti obitelji, škole i svih društvenih službi koje skrbe za mlade, ovisiti će u uspješnost rane prevencije alkoholizma i suicidalnog ponašanja mladih.

13.5. ANKSIOZNI POREMEĆAJI I SUICIDALNOST

U skupinu anksioznih poremećaja spada većina poremećaja koji su desetljećima bili poznati pod nazivom neuroza. Simptomi anksioznosti mogu se podijeliti na psihološke i tjelesne simptome. Psihološki simptomi su: pretjerana plašljivost i strahovanje, unutaranja napetost i nemir, smetnje s koncentracijom, smetnje spavanja te smetnje u pamćenju. Tjelesni simptomi očituju se na svim organskim sustavima (kardiovaskularnom, respiratornom, gastrointestinalnom, neurološki). Najčešće zastupljeni anksiozni poremećaji su: generalizirani anksiozni poremećaj, panični, fobije, anksiozni depresivni poremećaj, akutni stresni, posttraumatski stresni poremećaj, opsesivno kompulzivni. Zbog rata znatan broj osoba pati od posttraumatskog stresnog poremećaja. Kod PTSP javlja se visok stupanj krivnje, emocionalne labilnosti, nizak stupanj psihičke prilagodbe a sve to povećava rizik od suicida. Često se povezuje u komorbiditetu sa zlouporabom sredstva ovisnosti i depresijom.

13.6. POREMEĆAJI U PREHRANI I SUICIDALNOST

Često u komorbiditetu sa poremećajima raspoloženja, poremećajima osobnosti, alkoholizmom i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Anorexia nervosa ima kronični tijek uz brojne tjelesne komplikacije, pa je rizik smrtnosti kod pokušaja suicida veći nego kod Bulimije. Oboljeli pokazuje želju za umiranjem. Kod Bulimie nervosa pokušaj suicida je često želja za smanjivanjem naglašenog negativnog afekta i impulzivnosti.

13.7. POREMEĆAJI OSOBNOSTI I SUICIDALNOST

Najviši rizik u osoba oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti i antisocijalnog poremećaja ličnosti. Često u komorbiditetu sa ovisnostima. Kronično parasuicidalno ponašanje bez pravih suicidalnih namjera suicidalno ponašanje kao stil življenja. Suicidalno ponašanje

nastaje u trenucima ljutnje i frustracije kada dolazi do pražnjenja agresivnosti kroz impulzivnost.

14.TJELESNE BOLESTI I SUICIDALNOST

Studije pokazuju kako kod 25-75 % žrtava suicida postoji neka tjelesna bolest, a postoci su viši kod osoba starije životne dobi. Uglavnom se radi o tjelesnim bolestima koje zahvaćaju mozak. Razvoj tjelesne bolesti rezultira promjenama u individualnom doživljavanju sebe, svoje obitelji, prijatelja, društva i posla. U osjetljivih osoba takve su promjene često prejake pa dovodi do suicidalnog promišljanja. U muškaraca kojima je dijagnosticiran karcinom spolnih organa njih učini suicid unutar godine dana od postavljanja dijagnoze. U žena koje imaju karcinom a počine suicid 70% njih boluje od karcinoma dojke ili ginekoloških karcinoma. Za sedam bolesti smatra se da imaju povećan rizik suicidalnog ponašanja, a to su epilepsija, multipla skleroza, ozljede i bolesti glave, kardiovaskularne bolesti, Huntingtonova bolest, demencija i AIDS. Od endokrinoloških bolesti za četiri je dokazan povećan rizik za suicidalnost a to su Cushingova bolest, anorexia nervosa, Klinefelterov sindrom i porfirija. Za dvije bolesti probavnog sustava također je dokazano da imaju povećan rizik a to su ulkus i ciroza koje su najčešće posljedica ovisnosti o alkoholu.

15.METODE I TEHNIKE ZA PROCJENU SUICIDALNOSTI

15.1. IZRAVNE ILI SPECIFIČNE TEHNIKE

One uključuju instrumente kao što su upitnici, ljestvice i strukturirani intervjui osmišljeni za procjenu suicidalnosti. Ove tehnike prikupljaju podatke o razmišljanju, nagonima ili namjeri u pokušaju počinjenja suicidalnosti. Primjenjuju se u istraživačke svrhe npr.za izdvajanje rizične osobe iz populacije. One su temeljene na iskazima samog bolesnika, za razliku od „second party“ gdje procjenu obavlja druga osoba (liječnik, psiholog ili medicinska sestra) ili se uzimaju podatci iz dokumentacije. Ove mjere imaju ograničenu vrijednost jer su

prilagođene osobama u emocionalnoj krizi i odražavaju trenutnu situaciju. Nedostatak ove tehnike je nemogućnost kontrole ispitanikove iskrenosti u smislu naglašavanja ili umanjivanja poteškoća.

15.2. POSREDNA PROCJENA

Obavlja se preko mjera psiholoških čimbenika čija je povezanost s različitim manifestacijama suicidalnosti dobro potkrijepljena. Najtemeljitiše izražen korelat suicidu jest doživljaj beznadnosti. Od osobina ličnosti kao korelat suicidalnosti najčešće se navode impulzivnost, perfekcionizam, samookrivljavanje, pomanjkanje vještina nošenja sa stresom, bespomoćnost, slaba kontrola bijesa.

15.3. KLINIČKI PRISTUP

Kod psihijatrijskih bolesnika u okviru sveobuhvatne psihološke obrade koriste se izravne i posredne tehnike procjene suicidalnog ponašanja. Temeljna tehnika kliničkog prikupljanja podataka je opširan intervju. Koriste se standardni testovi za procjenu kognitivnog statusa, multi dimenzionalni upitnici i tehnike za procjenu ličnosti u cjelini. Također se primjenjuju i mjere korelata suicidalnosti poput Beckovih ljestvica depresivnosti i beznadnosti. Za procjenu nije dovoljna samo numerička procjena suicidalnog rizika, već treba i razumjeti svjesne i nesvjesne motive, vrijednosti i nezadovoljene potrebe, prepoznati i crte osobnosti. Samo sveobuhvatnom obradom cjelokupne životne priče pojedinca možemo planirati i pružiti bolesniku pomoć. Uočene znakove suicidalnog rizika potrebno je raspraviti i s bolesnikom.

16. LJESTVICE ZA PROCJENU SUICIDALNOSTI

Koriste se ljestvice Aarona Becka koji se smatra ocem kognitivne terapije i teorije depresije. Zajedno pokrivaju različita očitovanja suicidalnosti, na razini raspoloženja preko razmišljanja, namjera, pokušaja do počinjenja samoubojstva.

16.1. POSREDNE MJERE

Beckovi inventari depresivnosti- najčešće primjenjivane specifične mjere depresivnosti. Upitnik čini 21 tvrdnju svrstane u 4 stupnja, koje obuhvaćaju misli, osjećaje, stavove i simptome karakteristične za depresiju. Beckova ljestvica anksioznosti- simptomi anksioznosti kratkoročno povećavaju rizik za suicid. Ljestvica disfunkcionalnih stavova- sastoji se od 100 čestica koje zahvaćaju nerealistička, iracionalna uvjerenja, rigidno i teško dostupno mišljenje (npr. kako je sramota pokazati svoje slabosti). Beckova ljestvica beznadnosti- tretira se kao izravni indikator suicidalnog rizika. Beznadnost podrazumijeva skup negativnih stavova i očekivanja od budućnosti, može biti kao crta osobnosti ali obično se radi o prolaznom stanju povezanom sa stresom. Upućuje na tri glavna oblika beznadnosti, osjećaji o budućnosti, gubitak motivacije i očekivanja od budućnosti. Istraživanja su pokazala da beznade je bolji pretpokazatelj razmišljanja o pokušaju suicida negoli depresivnost ili bilo koja druga osobina ličnosti.

16.2.DIREKTNE MJERE SUICIDALNOSTI

Beckova ljestvica suicidalne ideacije- je tehnika u obliku polustrukturiranog intervjua za procjenu neposredne suicidalnosti tj. težine aktualnih suicidalnih misli i nagona za smrću. Prvih 5 čestica procjenjuje ispitanikove stavove i želju za životom i smrću te služe za izdvajanje rizičnih pojedinaca koji će nastaviti ispitivanje. Preporučaju se za procjenu kratkoročnog suicidalnog rizika.

Ljestvica suicidalne namjere- je upitnik od čestica u obliku strukturiranog intervjua za osobe koje su pokušale suicid. Procjenjuje se ozbiljnost namjere i rizik za ponovni pokušaj suicida. Ta ljestvica pokazuje se uspješnijom od drugih Beckovih ljestvica u dugoročnom predviđanju suicida (u razdoblju od 5-10 godina).

17. SEZONSKE VARIJACIJE SUICIDA

Već u ranoj povijesti čovječanstva opažena je uloga sezonskih varijacija u fizičkom i mentalnom zdravlju čovjeka. Na čovjekov svakodnevni život utječu egzogeni čimbenici kao što su ciklus dan-noć, oseka, plima, kalendarski mjeseci te godišnja doba i endogeni kao što su otkucaji srca, menstrualni ciklus itd. U psihijatriji opaža se djelovanje sezonskih čimbenika na psihičko zdravlje i pojavu poremećaja. Najpoznatiji je sezonski afektivni poremećaj koji povezuje sezonu zime s pojavom depresivnih simptoma. Poznata je sezonska hipoteza o rađanju shizofrenih bolesnika zimi i u rano proljeće. Osamdesetih godina 19 stoljeća, francuski sociolog Durkheim opaža da je učestalost počinjenih samoubojstava veća u proljeće i rano ljeto, a manja tijekom zime. Novije europske studije pokazuju da amplituda ovoga ritma pada tijekom vremena i u novije doba. Istraživanja u zemljama zapadne Europe pokazuju znatan pad sezonske učestalosti samoubojstva u posljednja dva desetljeća. Istraživanja pokazuju da je samoubojstvo izraženije u ruralnim nego urbanim sredinama zbog utjecaja izloženosti ciklusima u prirodi, o kojem ovise uzgojni prinosi te egzistencija i sudbina obitelji i zajednice. Tako s nestankom poljoprivredne populacije polako nestaje i učestalost samoubojstva. U tranzicijskim zemljama Europe istraživanja samoubojstava pokazuju da je visoka stopa ubojstva u istočnoj Europi dok u zapadnoj ta stopa opada. Muškarci češće počine samoubojstvo nego žene. Studije pokazuju da muškarci imaju vršak učestalosti samoubojstva u proljeće, dok ženska samoubojstva imaju dva vrška jedan u proljeće a drugi u jesen, razlog tome je nepoznat. Počinjenje samoubojstva razlikuje se prema sredstvu. Muškarci češće primjenjuju nasilne metode za razliku do žena.

18. PRIMJENA JAVNOZDRAVSTVENOG MODELA PREVENCIJE SAMOUBOJSTVA

1. Definiranje problema

Prikupljanjem podataka, obrada i analiza podataka da bi se ocijenila veličina problema, ti podatci moraju biti točni, sveobuhvatni, pravodobni i reprezentativni. Obradom i analizom

podataka dobiva se uvid u značajke, veličinu i rasprostranjenost problema. Kad govorimo o samoubojstvu s obzirom na letalni ishod, samoubojstvo je problem od najviše javnozdravstvene važnosti. Osnovni sustav rangiranja prioriteta određuje se na sljedeći način: veličina problema, važnost problema i učinkovitost intervencije.

2. Identifikacija protektivnih čimbenika i čimbenika rizika

Čimbenici rizika su osobine, zbivanja, navike prisutne kod pojedinca ili čitave zajednice, koji povisuju vjerojatnost pojave obolijevanja, oštećenje, poremećaja ili smrti. To su oni čimbenici koji povećavaju vjerojatnost nastanka suicida u osoba koje su izložene djelovanju tih čimbenika. Protektivni čimbenici ili čimbenici smanjenog rizika su navike i zbivanja koji jačaju otpornost pojedinca ili populacije. U Hrvatskoj podatke o čimbenicima rizika prikuplja Hrvatski zavod za javno zdravstvo i može se dobiti uvid u čimbenike rizika kao što su dob, spol, zanimanje, radni status, postojanje psihičke ili neke druge bolesti.

Čimbenici rizika za samoubojstvo jesu: muški spol, starija dob, postojanje psihičke bolesti, zloćudnih bolesti, zloupotreba sredstva ovisnosti, samoubojstvo u obitelji, nezaposlenost, samački život, socijalna izolacija.

Čimbenici koji smanjuju rizik za počinjenje samoubojstva su: vjera, religioznost, običaji te snažne moralne i društvene norme, društvena uključenost, pripadanje različitim socijalnim skupinama, stabilna obitelj s mlađom djecom, promicanje mentalnog zdravlja, dostupnost zdravstvenoj skrbi, na vrijeme prepoznavanje i adekvatno liječenje mentalnih bolesti, zakonske mjere koje smanjuju dostupnost vatrenog oružja, lijekova i otrova koji se mogu zluporabiti za pokušaj samoubojstva.

3. Plan intervencije

Cilj intervencije je što učinkovitije djelovati na smanjenje čimbenika rizika, odnosno jačanje protektivnih čimbenika. Intervencija mora imati utjecaj na mentalno zdravlje, fizički okoliš te socijalno i kulturno okruženje. Komprehenzivni programi prevencije samoubojstva imaju mnogo više uspjeha u smanjenju stope suicida od intervencija koje su usmjerena na samo jedan čimbenik rizika. U planiranju učinkovite intervencije moraju biti uključeni svi društveni segmenti, lokalna zajednica i država. Ako je potrebno planom se moraju osigurati servisi koji trenutno ne postoje u određenoj zajednici. Prije same implementacije programa, potrebno je program testirati kako bi se uklonili svi nedostaci te napravile izmjene plana koje su potrebne

za uspješnu implementaciju. Implementacija programa može uslijediti kada je jasno definirano: tko su partneri u provedbi, tko su provoditelji, koji su načini komunikacije među provoditeljima, koji su osigurani resursi kako kadrovski tako i financijski te jasno definirani izvori financija i načini plaćanja.

4. Implementacija intervencije

Strategija programa mora biti donesena i prihvaćena na nacionalnoj razini te se njezini principi i načela kao i izvedbeni okvir moraju održati tokom čitavog provođenja intervencije, međutim mora zadržati i fleksibilnost da dopusti prilagodbe sukladno specifičnostima lokalne zajednice. Zbog toga je nužna mogućnost otvorene komunikacije svih sudionika u provedbi programa. Komprehenzivna prevencija podrazumijeva istodobnu provedbu općih društvenih mjera intervencije koje su usmjerene na čitavu populaciju i specifične mjere koje su usmjerene na pojedinca.

5. Evaluacija intervencije

Za evaluaciju programa nužno je postaviti ciljeve koji su: specifični, mjerljivi, realni i u ograničenim vremenskim okvirima. Kod prevencije suicida ciljevi moraju biti dugoročni, jer se u kraćem razdoblju ne mogu očekivati relevantni pokazatelji. Kod evaluacije potrebno je ocijeniti: koliko je od zadanih ciljeva ostvareno, da li je intervencija sigurna za populaciju, u kojoj je mjeri provediva, jesu li zadovoljene sve etičke norme, koliki su materijalni troškovi i jesu li u okviru planiranog. Sve segmente programa koji su se pokazali učinkovitim treba dalje razvijati, dok one koji nisu zadovoljili treba izmijeniti. Javnozdravstveni pristup u prevenciji samoubojstva mora počivati na dokazima utemeljenim na činjenicama, jasnoj strategiji, realnim ciljevima, angažmanu i suradnji svih segmenata društva.

19. PARTNERI U PROVEDBI OPĆIH MJERA

DRŽAVA- donosi mjere kojima se regulira posjedovanje i nošenje vatrenog oružja, uporaba plina koji je manje otrovan, distribucija i izdavanje lijekova, distribucija otrova, prodaja sredstva ovisnosti. Odgovornost države je i zapošljavanje te donošenje mjera koje će

smanjiti ekonomsku deprivaciju te zaštititi ekonomski i socijalno najugroženije skupine stanovništva.

CRKVA- vjera se smatra snažnim protektivnim čimbenikom u društvu. Ankete pokazuju da je stopa suicida manja u zemljama u kojima je uloga crkve jača.

MEDIJI- svojim utjecajem mediji oblikuju javno mišljenje, kulturu, stavove i ponašanje. Njihove vrijednosti postaju dio opće kulture i morala. Medijska kultura mora biti pravodobna i točna informacija s namjerom da informira , a ne šokira.

JAVNO ZDRAVSTVO- ima ulogu u planiranju, organizaciji i evaluaciji javnozdravstvenih programa, promicanju zdravlja, ocjeni zdravstvenog stanja, uključujući i mentalno zdravlje populacije te povezivanje svih partnera u provedbi programa.

SOCIJALNA SLUŽBA- socijalna podrška nužna je u prevenciji samoubojstva kao što su beskućnici, manjine, nezaposleni osobe koje su nedavno izašle iz zatvora, stari ljudi koji žive sami, ljudi koji žive u neadekvatnim stambenim uvjetima. Socijalna služba mora blisko surađivati sa zdravstvenom službom, policijom i humanitarnim organizacijama.

CIVILNE UDRUGE- rad civilnih udruga mora biti stručno vrjednovan te koordiniran sa socijalnom i zdravstvenom službom. Djelovanjem udruga ostvaruje se integracija, uključivanje, komunikacija, osjećaj zajedništva, jača briga za drugog, milosrđe, koji su protektivni čimbenici u prevenciji samoubojstva. Specifične mjere odnose se na probir pojedinca pod rizikom te zahtjeva poduzeti odgovarajuće intervencije. Provođitelji specifičnih mjera su liječnici u suradnji sa stručnjacima kao što su psiholozi, pedagozi i defektolozi u institucijama kao što su vrtići, škole, vojne i kazneno popravne institucije. Za najveći dio populacije liječnici obiteljske medicine imaju ključnu ulogu u pravodobnom prepoznavanju čimbenika rizika. Pravodobnom intervencijom smanjuje se rizik za počinjenje samoubojstva.

20. RAZDOBLJE NAKON SUICIDA

Nakon što osoba počini samoubojstvo smatra se da u njezinoj okolini je više osoba pogođeno tim činom. Istraživanja pokazuju da svako samoubojstvo izravno pogađa barem 6 osoba u okolini (Shneidman, 1969.). Čest je slučaj da osobe koje zbog samoubojstva izgube blisku osobu potraže stručnu pomoć. Smrt u obitelji predstavlja veliki gubitak, međutim ako je

osoba počinila samoubojstvo psihičko nošenje članova obitelji teže je nego kod smrti koja je nastupila prirodnim putem. Takve osobe vrlo često imaju iskustvo stigme koje se povezuje uz socio-kulturološki doživljaj suicida. Zato terapeuti moraju od samog početka raditi na unutrašnjoj percepciji stigme vezane uz samoubojstvo. U zemljama gdje postoji visok stupanj organizacije zaštite mentalnog zdravlja, postoje timovi koji posjećuju obitelji žrtava samoubojstva. Istraživanja Cerela i sur.(2000) pokazuju kako postoje tri oblika funkcioniranja obitelji nakon počinjenja samoubojstva. Funkcionalna obitelj gdje nema ranijih obiteljskih konflikata, a samoubojstvo se obično događa zbog kronične tjelesne bolesti. Inkapsulirana obitelj(učahurena) je ona gdje se psihopatologija pronalazi samo kod počinitelja samoubojstva. Kaotična obitelj gdje postoje jasni znakovi naglašene psihopatologije u više članova obitelji. U Hrvatskoj još uvijek nema organiziranog sustava na državnoj razini, postoje telefonske linije za krizna stanja i krizni centar. U kriznim centrima i raznim oblicima savjetovanja radi se s članovima obitelji žrtava suicida uglavnom uz individualizirani pristup.

21.POSEBNI OBLICI SAMOUBOJSTVA

Disimulirano samoubojstvo- pokušaj da se samoubojstvo prikaže kao prirodna smrt ili kao nesretan slučaj. Motivi za takvu vrstu samoubojstva su različiti da se izbjegne stigma, održavanje društveno prihvatljive slike o pokojniku te suočavanje s posebno nezgodnim okolnostima.

Simulirano samoubojstvo- je prikazivanje ubojstva kao samoubojstva npr. polijeganje leša na željezničku prugu, vješanje leša, stavljanje oružja u ruku prethodno ubijene žrtve.

Kombinirano samoubojstvo- obilježava uporabu više različitih sredstava i načina oduzimanja života npr. pucanje u glavu i vješanje, uzimanje lijekova i rezanje žila.

Komplicirano samoubojstvo- događaj kad si život oduzme osoba koja je nedavno počinila neko kazneno djelo (ubojstvo ili tešku prometnu nesreću)

Skupno samoubojstvo- situacija kad si život oduzmu dvije ili više osoba u isto vrijeme, najčešće spolni partneri

Inducirano samoubojstvo- kad samoubojica bude potaknut na počinjenje djela od strane druge osobe. U današnje vrijeme široke dostupnosti računala samoubojice mogu na internetu pronaći bezbroj sadržaja ovakve tematike i detaljno opisana samoubojstva.

22. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD SUICIDALNE OSOBE

Često puta je medicinska sestra prva osoba s kojom suicidalna osoba dođe u kontakt bilo da se radi o medicinskoj sestri u ordinaciji liječnika opće medicine, hitne medicinske službe ili medicinskoj sestri u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu. Ako se medicinskoj sestri obrati suicidalna osoba, svakako je treba shvatiti ozbiljno, pokazati empatiju i pokušati saznati uzrok problema i sugerirati pacijentu (pratnji) da se potraži stručna pomoć. Važno je dobro procijeniti pacijentovo psihičko stanje i nikako osobu sa izraženim suicidalnim mislima ne ostavljati samu. Ukoliko je moguće potrebno je provjeriti da li su pacijentu dostupni opasni predmeti, lijekovi ili neka druga sredstva te iste odstraniti.



Slika 22.1. Mjere prevencije suicida

Procjena psihičkog zdravlja pacijenata u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu temelji se na procjeni izgleda pacijenta, emocionalnog stanja, raspoloženja i ponašanja pacijenta. Pacijenti sa psihičkim tegobama u Objedinjeni hitni bolnički prijem najčešće dolaze u pratnji

policijskih službenika, djelatnika izvanbolničke hitne medicinske službe, socijalnih radnika, članova obitelji, rijetko sami. Kada pacijent sa psihičkim tegobama dođe u Objedinjeni hitni bolnički prijem važna je brza procjena njegovog psihičkog stanja, imajući na umu čimbenike rizika za ozljede bilo da se radi o samoozljeđivanju ili ozljeđivanju drugih osoba. Visok rizik postoji kod pacijenata s ranije poznatim psihičkim bolestima i akutno nastalim psihičkim tegobama [6]. U radu sa psihički oboljelim osobama vrlo je važno uvijek paziti na vlastitu sigurnost i sigurnost drugih. Medicinska sestra na trijaži nakon što utvrdi glavnu tegobu pacijenta započinje sa primarnim pregledom pacijenata a tek onda procjenjuje psihičko zdravlje pacijenta.

Kod pacijenata sa tegobama psihičkog zdravlja medicinska sestra na trijaži prvo zamjećuje pacijentov izgled (da li je pacijent uredan, zapašten, nosi li odjeću u skladu s vremenskim prilikama, ima li vidljive ozljede, da li je pod utjecajem alkohola...), zatim emocionalno stanje.

Kod emocionalnog stanja i ponašanja pacijenta medicinska sestra utvrđuje da li je pacijent nemiran, uznemiren, da li drhti, ponaša li se čudno, hiperventilira li, plače li ili se smije. Na temelju prikupljenih podataka medicinska sestra utvrđuje postoji li rizik od samoubojstva.

Medicinska sestra na trijaži u procjeni psihičkog zdravlja pacijenata koristi australo-azijskom trijažnu ljestvicu. Kada medicinska sestra procjeni da kod pacijenta postoji stvarna opasnost po život za sebe ili druge mora započeti intervencije koje će pružiti sigurno okruženje za pacijenta, osoblje i ostale pacijente u odjelu. Takvim pacijentima potreban je stalni vizualni nadzor odnosno pacijent mora biti stalo izravno vizualno nadziran od jedne osobe. Prema australo-azijskoj trijažnoj skali takvi pacijenti u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu ne čekaju u čekaonici jer predstavljaju opasnost za sebe i druge osobe te im je potrebna liječnička intervencija odmah [6].

23. ZAKLJUČAK

Na temelju uvida u različite aspekte društvenog fenomena samoubojstva očigledno je da je to problem koji ima povijesnu, kulturološku, znanstvenu, religijsku i globalnu dimenziju. Zato je o njemu teško raspravljati iz samo jedne perspektive, nego ukazuje na nužnost multidisciplinarnog pristupa. Iz pregleda literature i različitih pogleda na fenomen samoubojstva jasno proizlazi da postoje poteškoće u njegovu definiranju, preciznom određivanju uzroka i posljedica te efikasnim metodama sprječavanja. Činjenica je da su znanstvena istraživanja bitno pridonijela objektivnim uvidima u fenomen samoubojstva i time potisnula odnos prema njemu temeljen na stereotipima, predrasudama ili jednoperspektivnim kulturološkim pogledima. Isto tako znanost pomaže u razvijanju programa prevencije, koji su najprimjerenija metoda u smanjivanju pojavnosti suicida. Međutim, znanost sama po sebi nije dovoljna da se problem samoubojstva na globalnoj, nacionalnoj i lokalnoj razini riješi u skladu s društvenim očekivanjima nego je nužno sinergično djelovanje svih društvenih aktera kojima je poboljšanje kvalitete življenja i ostvarivanje ideala zdravog društva temeljni cilj. Ako si postavimo pitanje“ postoje li bezizlazne životne situacije“?. Bezizlaznost neke situacije su subjektivna odnosno individualna te ovise o osobnosti i sustavu vrijednosti pojedinca. Pozitivan stav prema vrijednosti i odnosa prema životu jamstvo su da i teške životne situacije mogu se uspješno prevladati, te da za slobodnog i zdravog čovjeka bezizlazne situacije u životu nema.

Na kraju, potrebno je reći i činjenicu, o ljudima koji su učinili sve da pomognu suicidalnoj osobi a ona je ipak počinila suicid da se i to događa. Jer niti najbolji ne mogu spasiti život svakog suicidalnog bolesnika, ni društvo, ni život, ni struka nisu u stanju uvijek pomoći. Umjesto toga ostaje spoznaja, da smo uz kontinuiranu edukaciju i razumijevanje za suicidalne osobe učinili ono što smo smatrali najboljim mogućim rješenjem u tom trenutku i da smo pomogli da mnogi suicidalni bolesnici i dan danas žive, što je zapravo ključna uloga medicinske sestre. Jer često puta je ona ta koja pomaže bolesniku.

U Varaždinu, 2. listopada 2017.

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski 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, *Silvija Ribić* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivo autorica završnog rada pod naslovom *Uloga medicinske sestre u prevenciji suicidalnosti* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Silvija Ribić

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, *Silvija Ribić* neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom *Uloga medicinske sestre u prevenciji suicidalnosti* čija sam autorica.

Student/ica:
Silvija Ribić

(vlastoručni potpis)

23. LITERATURA

- [1] <http://www.suicidi.info/suicid.asp>, dostupno 24.02.2017.
- [2] <http://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/mentalno-zdravlje/484> , dostupno 25.02.2017.
- [3] D. Marčinko : Suicidologija, Medicinska naklada d.o.o., Zagreb, 2011
- [4] M, Hautzinger: Depresija, Naklada Slap, Zagreb, 2002
- [5] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2007
- [6] G. Slavetić, D. Važanić: Trijaža u odjelu Hitne medicine, Hrvatski zavod za Hitnu medicinu, Zagreb, 2012
- [7] D. Poredoš Lavor , S. Jerković, N. Radišić : Samoubojstva u suvremenom društvu, Hrcak. vol 20, No.2 rujan 2011, str. 230-235
- http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=117469 , dostupno 27.02.2017
- [8] I. Stanić: I. Samoubojstvo mladih-velika zagonetka, Medicinska naklada d.o.o., Zagreb, 1999

POPIS SLIKA

Slika 22.1. Mjere prevencije suicida Izvor: <http://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/mentalno-zdravlje/484>, dostupno 21.2.2017.....46

