

# Proces zdravstvene njege bolesnika sa suicidalnim ponašanjem

---

Miklin, Kristijan

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:268020>

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

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



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU

STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE BOLESNIKA SA  
SUICIDALNIM PONAŠANJEM**

Završni rad br. 94/SES/2024

Kristijan Miklin

Bjelovar, listopad 2024.



Veleučilište u Bjelovaru  
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

## 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Kristijan Miklin**

JMBAG: **0314025872**

Naslov rada (tema): **Proces zdravstvene njege bolesnika sa suicidalnim ponašanjem**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, mag. med. techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ksenija Eljuga, mag. med. techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, mag. med. techn., mentor**
3. **Ivan Pokec, mag. med. techn., član**

## 2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 94/SES/2024

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Opisati epidemiologiju i etiologiju bolesnika sa suicidalnim ponašanjem.
2. Prikazati čimbenike rizika, modele i prevenciju suicidalnog ponašanja.
3. Opisati utjecaj stigme na liječenje bolesnika sa suicidalnim ponašanjem
4. Prikazati proces zdravstvene njege bolesnika sa suicidalnim ponašanjem.
5. Objasniti kompetencije i ulogu prvostupnika sestrinstva u zbrinjavanju bolesnika sa suicidalnim ponašanjem.

Datum: 25. rujna 2024. godine

Mentor: **Tamara Salaj, mag. med. techn.**



## *Zahvala*

*Zahvaljujem se svojoj mentorici, Tamari Salaj, Mag. med. techn., na prenesenom znanju, pomoći, podršci te vodstvu tijekom izrade ovog završnog rada.*

*Veliko hvala svim profesorima Veleučilišta u Bjelovaru na prenesenom znanju, vještinama i iskustvu tijekom obrazovanja.*

*Hvala svim kolegama i kolegicama s kojima sam studirao, na suradnji, druženju, lijepim trenucima ,smijehu, znanju i iskustvu.*

*Na kraju, posebno se zahvaljujem obitelji i prijateljima što su mi kroz studiranje pružili potporu, druženje ,smijeh, zabavu, učinili studiranje lakšim i zanimljivijim te što su vjerovali u mene.*

# Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	3
3. METODE.....	4
4. SUICIDALNO PONAŠANJE .....	5
4.1. Epidemiologija suicidalnog ponašanja .....	7
4.2. Etiologija suicidalnog ponašanja .....	10
4.3. Procjena suicidalnog ponašanja .....	12
4.3.1. Ljestvice za procjenu suicidalnog ponašanja.....	14
4.4. Čimbenici rizika i modeli suicidalnog ponašanja .....	15
4.5. Biološke osnove suicidalnog ponašanja .....	19
5. PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI I SUICIDALNO PONAŠANJE .....	20
5.1. Anksiozni poremećaji i suicidalno ponašanje.....	20
5.2. Poremećaji raspoloženja i suicidalno ponašanje .....	22
5.3. Ovisnosti o alkoholu i drogama i suicidalno ponašanje .....	23
5.4. Psihotični poremećaji i suicidalno ponašanje .....	24
5.5. Poremećaji ličnosti i suicidalno ponašanje.....	26
6. UTJECAJ STIGME NA SUICIDALNO PONAŠANJE.....	27
7. KLINIČKA SLIKA SUICIDALNOG PONAŠANJA.....	29
8. PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA.....	30
9. LIJEČENJE SUICIDALNOG PONAŠANJA.....	32
10. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE .....	35
10.1. Sestrinska skrb za bolesnika sa suicidalnim ponašanjem.....	35
10.2. Planovi zdravstvene njege.....	37
11. ZAKLJUČAK .....	43
12. LITERATURA.....	44
13. OZNAKE I KRATICE .....	48
14. SAŽETAK.....	49
15. SUMMARY .....	50

## 1. UVOD

Suicidalno ponašanje najčešće dovodi do ubojstvo samoga sebe, a koje može biti namjerno ili dobrovoljno. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) navodi kako je suicidalno ponašanje jedan od vodećih uzroka smrti u svijetu (1). Suicidalno ponašanje se može pojaviti u svakom vremenu, spolu, dobi i prostoru (2). Muškarci i žene se prilikom pojave suicidalnog ponašanja razlikuju prema načinu i vrsti odabrane metode za pokušaj ili izvršenje suicida.

Čimbenici rizika za suicidalno ponašanje djeluju tako da povećavaju rizik od pokušaja ili izvršenja suicida. Ozbiljnost i pojava čimbenika rizika ovisi o psihološkom, psihijatrijskom, tjelesnom, socijalnom i demografskom stanju bolesnika sa suicidalnim ponašanjem (2). U većini slučajeva bolesnici sa suicidalnim ponašanjem izvrše suicid zbog postojanja jednog ili više psihijatrijskih poremećaja i negativnih životnih događaja (3). Procjenom bolesnika sa suicidalnim ponašanjem nastoji se procijeniti rizik za pojavu suicidalnog ponašanja, isključiti postojanje psihičkog ili tjelesnog oboljenja koje može povećati rizik za razvoj suicidalnog ponašanja te na vrijeme prepoznati pojavu suicidalnog ponašanja. Također, je potrebno procijeniti ozbiljnost i raspon suicidalnih misli, socijalnu ili društvenu situaciju te sposobnost i strategiju bolesnika i obitelji u rješavanju poteškoća (1).

Istraživanjima je utvrđeno kako genetika može pomoći u dijagnosticiranju suicidalnog ponašanja. Također, je dokazano kako koncentracija serotonina i kolesterola može utjecati na razvoj suicidalnog ponašanja i promjenu općeg ponašanja bolesnika (npr. bolesnik postaje agresivan i anksiozan) (2). Unatoč razvoju medicine, pomagala i brojnih novih saznanja o pojedinim bolestima okolina još uvijek ima pogrešne stavove, uvjerenja i razmišljanja o bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem, što doprinosi razvoju stigme. Stigma djeluje tako da bolesniku sa suicidalnim ponašanjem ograniči normalno funkcioniranje u okolini i ublaži želju za traženjem pomoći. Prevencija suicidalnog ponašanja očituje se u provođenju intervencija čiji je početni cilj spriječiti, smanjiti, otkloniti uzroke pojave suicidalnog ponašanja i poduzimanje aktivnosti nakon počinjenog pokušaja suicida. Učestala pojava suicidalnog ponašanja zahtijeva provođenje prevencije i programa smanjenja učestalosti pojave suicidalnog ponašanja kako bi se poboljšao zdravstveni sustav i smanjila pojava suicidalnog

ponašanja. Suicidalno ponašanje najbolje se liječi antidepresivima, antipsihoticima, anksioliticima, stabilizatorima raspoloženja, psihoterapijom, a u težim slučajevima moguće je liječenje i nefarmakološkom metodom kao što je elektrostimulativna terapija (EST). Potrebno je naglasiti kako se liječenjem suicidalnog ponašanja ne nastoji djelovati samo na suicidalno ponašanje već i na poremećaj koji je doveo do njegove pojave (4).

Proces zdravstvene njege kod bolesnika sa suicidalnim ponašanjem usmjeren je na kontinuirano prikupljanje podataka, procjenu čimbenika rizika, promatranje stanja bolesnika i nadzor bolesnika. Najčešće intervencije medicinske sestre/tehničara uključuju procjenu stanja i ublažavanje neželjenih simptoma, kontrolu stanja te održavanje povoljnog stanja bez suicidalnih ponašanja i misli. Također, je važno da medicinske sestre/tehničari tijekom razgovora znaju prepoznati promjene u ponašanju koje mogu upućivati na postojanje suicidalnih misli. Potrebno je pratiti bolesnikovu verbalnu i neverbalnu komunikaciju (5). Medicinska sestra/tehničar u procesu zdravstvene njege kod bolesnika sa suicidalnim ponašanjem pruža podršku bolesniku, provodi edukaciju pacijenta i njegove obitelji, primjenjuje ordiniranu terapiju i potiče ga na razgovor kako bi saznala o čemu razmišlja i doprinijela olakšanju stanja. Potrebno je da medicinske sestre/tehničari upisuju u sestrinsku dokumentaciju sve postupke koje provode zajedno sa datumom i vremenom njihova provođenja što doprinosi boljoj kvaliteti zdravstvene skrbi i pozitivnim ishodima liječenja.

## 2. CILJ RADA

Cilj rada je:

- pojasniti što je suicidalno ponašanje te kako nastaje
- prikazati epidemiologiju i etiologiju suicidalnog ponašanja
- prikazati kako se suicidalno ponašanje procjenjuje, navesti svrhu i vrste ljestvica za procjenu suicidalnog ponašanja
- definirati čimbenike rizika i modele suicidalnog ponašanja te biološke osnove bolesnika sa suicidalnim ponašanjem
- navesti i pojasniti psihijatrijske poremećaje koji imaju bitnu ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja
- prikazati utjecaj stigme na suicidalno ponašanje
- definirati kliničku sliku kod bolesnika sa suicidalnim ponašanjem
- navesti i pojasniti najprihvatljivije postupke u liječenju i prevenciji suicidalnog ponašanja
- definirati i pojasniti ulogu medicinske sestre/tehničara u skrbi za bolesnika sa suicidalnim ponašanjem u procesu zdravstvene njege
- napraviti planove zdravstvene njege



### **3. METODE**

Prilikom obrade teme ovog završnog rada korištena je stručna literatura iz Narodne knjižnice „Petar Preradović“ Bjelovar, knjižnice Veleučilišta u Bjelovaru te Gradske knjižnice „Franjo Marković“ Križevci. Pretražene su elektroničke baze podataka i portali putem stranica: Pub Med, Hrčak i Google znalac. U izradi rada korištene su elektroničke knjige te je pretražena literatura na hrvatskom i engleskom jeziku.

## 4. SUICIDALNO PONAŠANJE

Riječ suicid dolazi od latinske riječi *suicidium* gdje *sui* znači sebe, a *cidium* znači ubojstvo, što se u konačnici na hrvatskom jeziku prevodi kao samoubojstvo (5). Samoubojstvo je postupak u kojem se želja za smrću isprepliće s pozivom za pomoć i za životom, a upućen je okolini osobe sa suicidalnim ponašanjem. Također, može se reći kako samoubojstvo označava i autoagresivan čin s fatalnim posljedicama (5). Stoga predstavlja veliki javnozdravstveni problem kod velikog broja zemalja. Smatra se da je suicid jedan od najvećih izazova s kojim se psihijatri i drugi kliničari susreću u današnje vrijeme (6). Suicid često proizlazi iz trenutaka u kojima se pacijenti više ne mogu nositi sa životnim stresorima, odnosno stalno proživljavaju osjećaj uznemirenosti i agresije. Suicidogena dispozicija je moguće objašnjenje za učestalu pojavu suicida u obitelji. Stečeno ili prirođeno smanjenje nagona za životom i pojačana psihička reakcija na unutarnje i vanjske podražaje naziva se suicidogena dispozicija (7).

Suicidalno ponašanje je proces koji može trajati i do nekoliko godina. Važno je istaknuti da mnogi stručnjaci na suicid gledaju kao čin, a ne kao bolest. Kako bi smo dokazali da je došlo do suicida potrebno je utvrditi da li je osoba svjesno odlučila oduzeti vlastiti život, ali ako je došlo do oduzimanja života bez pune svijesti (npr. u akutnim fazama duševne bolesti) tada se suicid smatra nesretnim slučajem. Kada osoba počne govoriti o suicidalnim mislima ili planovima za počinjenje suicida potrebno je s njom razgovarati i ozbiljno ju shvatiti. Parasuicidalno ponašanje nastaje zbog nemogućnosti čovjeka da kontrolira agresivnost te ju naposljetku oslobađa na njemu socijalno prihvatljiv način. Osobe kod parasuicidalnog ponašanja započnu čin suicida, ali ga ne mogu dovršiti (7).

Durkheim naglašava svjesnu namjeru kao razliku između suicidalnog i nesuicidalnog ponašanja, važno je naglasiti kako se za mnoga suicidalna ponašanja i suicidalne pokušaje ne može sa sigurnošću reći da su svjesno i planski usmjereni prema vlastitom samouništenju (8). Dio našeg ponašanja je uvjetovan i nesvjesnim ponašanjem, pa mnoge suicidalne akcije iako u svojoj realizaciji izgledaju kao da su provedene s namjerom, ustvari nisu imale namjeru. To se posebice odnosi na ona riskantna ponašanja u okvirima promjene osobnosti (8). Suicidalno ponašanje najčešće se kreće od manje do više ozbiljnih formi. Najčešće je to kretanje od suicidalnih ideacija koje mogu biti aktivne i pasivne, zatim nesuicidalnih samoranjanja i

sucidalnih ponašanja s jasnom namjerom. Prilikom opisa suicidalnog ponašanja koristi se jedna od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja kao što je ona prema Tureckijevu (9). Tablica 4.1. prikazuje klasifikaciju suicidalnog ponašanja s obzirom na terminologiju i definiciju (Vlastita izrada).

Tablica 4.1. Terminologija i definicija suicidalnog ponašanja (Vlastita izrada)

Suicid	Fatalno samoozljeđujuće ponašanje s dokazanom namjerom.
Pokušaj suicida	Potencijalno samoozljeđujuće ponašanje povezano s barem nekom mogućnosti namjere.  Pokatkad osobe navode kako im nije bila nakana ubiti se, već pobjeći od neke teške situacije, svratiti pozornost na sebe ili manifestirati zlovolju i hostilnost. Ipak, mnogi će navesti kako znaju da njihovo ponašanje može uzrokovati smrt.
Suicidalne ideacije - aktivne	Misli o poduzimanju akcije za prekidom života, uključujući misli o metodi, postojanju plana i nakane za izvršenjem.
Suicidalne ideacije – pasivne	Misli o smrti i umiranju; želja za smrću bez poduzimanja akcija. Primjerice, želja da osobe nema, da se ujutro ne probudi, da oboli od teške bolesti, da doživi neku fatalnu nesreću i sl.
Nesuicidalno samoozljeđivanje	Samoozljeđivanje bez namjere za prekidom života. Razlika prema suicidalnom pokušaju jest u motivaciji, obiteljskom nasljeđu, životnoj dobi, psihopatologiji i funkcionalnim oštećenjima. Najčešće je riječ o paljenju kože, rezanju, ubadanju... Glavna je motivacija pokušaj postizanja olakšanja distresa, pokušaj da se "nešto osjeti", samokažnjavanje, zadobivanje pažnje ili pokušaj izbjegavanja neugodne situacije.
Pripreme radnje nasuprot neposrednom suicidalnom ponašanju	Poduzimanje akcija pripreme za samoozljeđivanje, ali su suicidalne radnje prekinute samoinicijativno ili zaustavljene od drugih.
Namjerno samoozljeđivanje	Bilo koja vrsta samoozljeđivajućeg ponašanja, uključujući suicidalni pokušaj, kao i nesuicidalni pokušaj. Kombinacija suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđujućeg ponašanja upućuje na njihov visoki komorbiditet, dijeljenje dijateze, kao i činjenicu da je nesuicidalno samoozljeđivanje jaki prediktor eventualnih suicidalnih pokušaja.

Osobe sa suicidalnim ponašanjem imaju negativno mišljenje o sebi što se preslikava i na okolinu. Naposljetku zapadaju u depresiju i povlače se u sebe što dovodi do suicidalnih misli. Kod osoba sa suicidalnim ponašanjem osim namjere za počinjenjem suicida postoje i motivi. Motivi se dijele na endogene ( psihičke bolesti, duševna stanja i somatske bolesti) i egzogene kao što su afektivni motivi poput bračnih problema, zatim ekonomski kao što je gubitak radnog mjesta ili su to moralni motivi poput oklevetanosti. Kod većine pacijenata postoji više motiva, a samo iznimno jedan motiv. Motive koje pacijenti navode ponekad ne moraju biti istiniti. Davanjem lažnih motiva bolesnici najčešće žele prikriti pravi motiv. Što naposljetku može varirati od poziva u pomoć, želje da se poćini suicid do manipulacije. Glavno obilježje motiva je da su individualni, a osobi koja razmišlja o poduzimanju suicida često predstavlja nerješiv problem (7,6). Okolina često pogrešno shvaća motive poćinjenja suicida te ih smatra beskorisnima unatoć tome što motivi predstavljaju velik problem pacijentima.

Pacijenti često poćine suicid kao bi pobjegli od stvarnosti, odgovornosti, posljedica nakon trauma, da se ublaži napetost, duševnog stresa, sramoćenja, depresije i kao oblik kažnjavanja. Naime, u takvim situacijama pacijentima prolaze misli u glavi kako im nitko ne može pomoći, kako su bezvrijedni, ne žele suosjećanje drugih te kako im je smrt jedini spas. Važno je naglasiti kako pacijenti koji imaju negativna iskustva iz djetinjstva često su sklona neadekvatnim obrascima ponašanja te često teže ponavljanju traumatskih odnosa. Zatim su skloni stvaranju loših odnosa s drugim osobama. Stoga je vrlo važno takve pacijente uključiti u program psihoterapije kako bi što lakše mogli usvojiti pozitivne aspekte života i promijeniti svoje ponašanje (4,8).

#### **4.1. Epidemiologija suicidalnog ponašanja**

Prema podacima SZO procijenjeno je kako u svijetu na godišnjoj razini oko milijun ljudi poćini suicid, što znaći da svakih 40 sekundi jedna osoba si oduzme život (1). Još uvijek ne možemo govoriti o toćnim procjenama poćinjenih suicida na globalnoj razini, budući da samo 35% zemalja koje su ćlanice SZO-a imaju razvijene sustave praćenja i registriranja suicida (10). Važno je naglasiti kako je broj pokušaja suicida znatno veći od broja poćinjenih suicida i

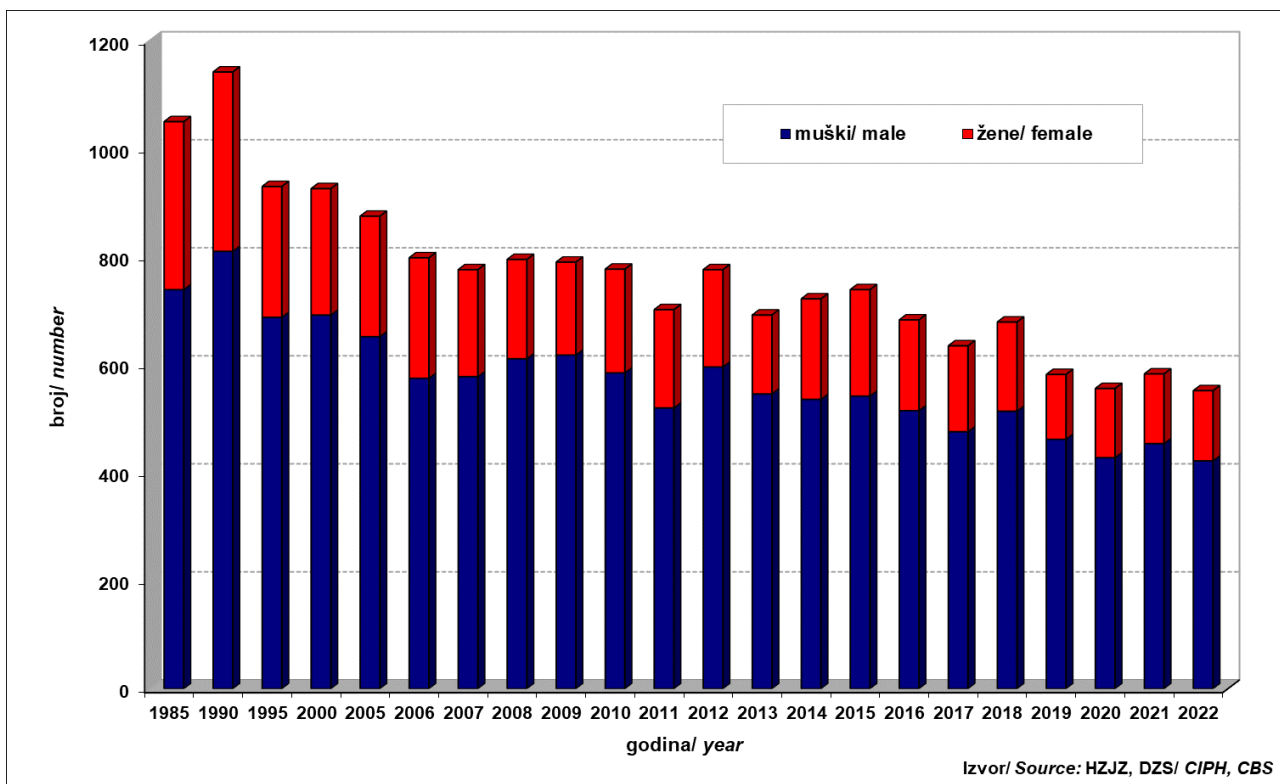
to za 20 do 40 puta. Europa bilježi prosječnu stopu počinjenih suicida od 15,4/100 000 ljudi. Jednim od vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj smatra se suicid sa stopom počinjenih suicida od 16,6/100 000 ljudi u 2018. godini (8). Važno je naglasiti kako se stopa suicida u posljednjih 50 godina povisila za 60% (1). Povišenje stope suicida najviše je zahvatilo zemlje u razvoju. U Hrvatskoj suicid predstavlja veliki javnozdravstveni problem te se hrvatska na međunarodnoj ljestvici nalazi na 17. mjestu (9). Stoga je procijenjena kao zemlja sa visokim suicidalnim rizikom. Potrebno je naglasiti kako žene 2 - 3 puta češće pokušaju suicid, dok muškarci 2 - 4 puta češće čine suicid. Muškarci tijekom počinjenja suicida najčešće odabiru nasilničke metode kao što je vješanje, vatreno oružje ili skakanje s visina, dok se žene najčešće predoziraju lijekovima ili otrovima (2).

60% ukupnog broja suicida u svijetu počinji se u zemljama Azije. Što se tiče europskih zemalja najveće stope suicida zabilježene su u Rusiji, Litvi, Ukrajini, Estoniji, Latviji i Finskoj gdje stopa suicida iznosi više od 15/100 000 stanovnika. Najmanju stopu suicida u zemljama Europe imaju Italija, Gruzija, Grčka i Cipar sa stopom suicida manje od 5/100 000 stanovnika (7). Zabilježeno je kako je najmanja stopa suicida u zemljama Latinske Amerike (2). Pokušaji suicida su češći kod mlađih odraslih ljudi i adolescenata, dok se s povećanjem životne dobi povećava i broj izvršenih suicida. Suicid se smatra drugim vodećim uzrokom smrti osoba u dobi između 15 i 29 godina te je zabilježen i njegov porast u toj dobi. Može se reći kako se stopa suicida povećava i kod starije populacije ljudi, poglavito kod onih osoba koje boluju od anksioznosti, depresije i tjelesnih poremećaja. Među najvećim rizikom od suicida smatra se starija populacija iznad 60 godina starosti (8).

Smatra se kako na počinjenje suicida utječe i godišnje doba u godini, na osnovu čega je zabilježeno kako je broj suicida veći u proljetnim i ljetnim mjesecima (8). Također, potrebno je naglasiti kako najvišu stopu suicida ima Krapinsko-zagorska županija 32,8 na 100 000 stanovnika, a najnižu stopu izvršenih suicida imaju županije primorskog dijela Hrvatske. Zatim u mediteranskom dijelu Hrvatske stopa suicida iznosi 16,44 na 100 000 stanovnika, u kontinentalnom dijelu Hrvatske stopa suicida je nešto viša od stope suicida u mediteranskom dijelu Hrvatske i Dubrovačko-neretvanska županija ima malu stopu suicida od 7,2 na 100 000 stanovnika (8). 95% osoba koje su počinile suicid dokazano je da su imale neki od psihijatrijskih poremećaja (1). Polovina osoba koje počine suicid najčešće boluju od depresije

ili nekog afektivnog poremećaja. Prema istraživanjima dokazano je kako doba dana i tjedna ima značajan utjecaj na počinjenje suicida, stoga osobe najčešće počine suicid poslije ponoći i to početkom tjedna ili na kraju vikenda. Osobe tijekom počinjenja suicida odabiru razna mjesta, a najčešće je to automobil, vlastiti dom, osamljeno mjesto i javna mjesta koja za tu osobu predstavljaju neko značenje ili se na tim mjestima najčešće čine suicidi. Socioekonomski status osobe također ima značajan utjecaj na počinjenje suicida. Osobe nižeg socioekonomskog statusa kao što su nezaposleni, umirovljenici i razvedene osobe najčešće pokušaju suicid (2). Poznato je kako se stopa suicida znatno povećava u trenucima gospodarstvenosocijalnog pada, a u trenucima kada dođe do smirivanja socioekonomskih prilika u zemlji stopa suicida se znatno sporije smanjuje (7). Suicidi su češći u gradovima nego na selima. Također, religioznost ima značajan utjecaj na počinjenje suicida. Naime, zabilježeno je kako u zemljama koje više prakticiraju vjeru ima manji broj počinjenih suicida. Povijesno gledano broj počinjenih suicida nešto je manji kod katolika nego kod protestanata i Židova (11).

Najčešći načini počinjenja suicida u Hrvatskoj su vješanje i samoubojstvo vatrenim oružjem, što je karakteristično za muškarce u poslijeratnom razdoblju. Naime, posljednjih godina došlo je do smanjenja počinjenih samoubojstava vatrenim oružjem (12). Poznato je kako je u 2022. godini udio ovog načina počinjenja suicida iznosio oko 12,7%. Hrvatska je prije 2004. godine imala znatno veću stopu suicida nego od svibnja 2004. godine. Raspon počinjenih samoubojstava s obzirom na spol kod muškaraca i žena kreće se u rasponu od 2,2 do 3,85:1 (12). Na slici 4.1. prikazana su samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama s obzirom na spol (13). U 2022. godini u Hrvatskoj bilo je zabilježeno 926 slučajeva suicida sa stopom od 20,9/100 000 stanovnika. Od 1991. do 2022. godine najviše samoubojstava bilo je zabilježeno 1992. godine sa 1.156 slučajeva i stopom suicida od 24,2. 1995. godine zabilježen je najmanji broj izvršenih suicida sa 930 slučajeva suicida i stopom od 19,4 (13).



Slika 4.1. Samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama (13).

## 4.2. Etiologija suicidalnog ponašanja

Suicidalno ponašanje je obično posljedica međusobnog djelovanja nekoliko faktora kao što su međuljudski odnosi (odnosi u obitelji, među prijateljima i partnerima), osobne i biološke uzroke koji su najčešće subjektivni (karakterne osobine, impulzivnost, psihičke bolesti i nasilno ponašanje). Zatim kulturne norme i odnosi unutar zajednice (odnosi u školi i radnom mjestu), socijalni uzroci (socijalna izolacija i siromaštvo). Naime, kod osoba koje pokušaju suicid ili ga počine, najčešće se prepoznaju nekolicina uzroka kao što su gubitak osobne kontrole, bijeg od stvarnosti, želja za smrću, dokazivanje ljubavi prema drugoj osobi. Zatim kako bi stvorili osjećaj krivice kod druge osobe, olakšanje teške psihičke boli te mnogi drugi uzroci za koje znaju samo osobe koje počine ili pokušaju suicid (5). Važno je naglasiti kako je velika većina ljudi koja je pokušala počinuti suicid bila u depresiji. Uzroci koji mogu ubrzati razvoj depresije te povećati rizik od suicida su nedavni gubitak bliske osobe, problemi u braku

i okončan ili toksičan ljubavni odnos (8). Što se može potkrijepiti definicijom S. Freuda o samoubojstvu (2). Naime, on navodi kako svaka osoba ima nagon za smrt, a koji on naziva Thanatos te on predstavlja sklonost samouništenju koji se aktivira u situacijama kada osoba voli ili mrzi neki objekt istovremeno. U slučajevima kada taj objekt nestane ili ga osoba izgubi oslobađa se ljutnja, agresija i mržnja koju osoba najčešće okreće prema samom sebi, što naposljetku navodi osobu da počinji suicid. Važno je naglasiti kako do počinjenja suicida može dovesti depresija u kombinaciji sa nekim tjelesnim oboljenjem. Također, potrebno je naglasiti kako je suicidalno ponašanje češće kod ljudi sa traumatičnim djetinjstvom kao što je često maltretiranje od strane roditelja ili drugih ljudi, zanemarivanjem ili nasiljem u obitelji. Stoga takve osobe najčešće tijekom života teško sklapaju sigurne i zdrave odnose (4,8). Poslijeratno razdoblje obilježeno je velikom stopom pokušaja i počinjenih suicida kod osoba na kojima je rat uzrokovao psihička oboljenja i razna tjelesna oštećenja. Što je naposljetku navelo osobe da pokušaju i počinje suicid vatrenim oružjem, vješanjem, intoksikacijom sa sredstvima ovisnosti, predoziranje lijekovima.

Konзумiranje alkoholnih pića i droga mogu dovesti do pogoršanja stanja depresije i impulzivnosti te pogoršanja raspoloženja što dovodi do smanjenja samokontrole. Većina ljudi koja je pokušala suicid bila je pod utjecajem alkohola. Alkoholikari su također skloni počinuti suicid i kada su triezni. Tjelesne bolesti i lijekovi mogu dovesti do promjena raspoloženja. Osobe koje su u alkoholiziranom stanju, pod utjecajem droga, lijekova tijekom počinjenja suicida djelomično su svjesni svog postupka, a kasnije se nejasno sjećaju svog postupka suicida (1). Uzroci suicidalnosti osim depresije mogu biti i drugi duševni poremećaji kao što je shizofrenija, poremećaj ličnosti, demencija. Osobe koje boluju od shizofrenije prilikom počinjenja suicida odabiru neobične metode koje mogu biti fatalne po život. Shizofreničari u većini slučajeva imaju uspješne metode tijekom počinjenja suicida (9). Suicidalno ponašanje ponekad može biti ubrzano stresnim situacijama koje se razvijaju u trenucima prekida nesretnih veza ili u trenucima formiranja novih stilova života i uspostavljanju novih odnosa (4). Osobe sa poremećajem ličnosti također su skloni počinjenju suicida. Najčešće su takve osobe emocionalno nezrele te teško podnose frustracije zbog čega u stresnim situacijama reagiraju agresijom (2). Skloni su kršenju zakona i prekomjernom uživanju u alkoholu i drogama. Veliki broj mladih ljudi u današnje vrijeme traži uzbuđenje u opasnim sportovima i nepropisnom upravljanju vozilima što ih naposljetku dovede do samoubojstva.



### 4.3. Procjena suicidalnog ponašanja

Prilikom procjene suicidalnog ponašanja važno je provesti detaljan i opširan intervju sa pacijentom, iz kojega liječnik može dobiti podatke o postojanju rizika za suicidalno ponašanje ili simptoma psihijatrijskih poremećaja, kao što je depresija, afektivni poremećaj. Tijekom procjene suicidalnog ponašanja podatke o pacijentovom ponašanju i nošenju sa svakodnevnim aktivnostima možemo prikupiti i iz heteroanamneze (obitelj i prijatelji). Stoga se opširan intervju smatra temeljnom kliničkom tehnikom u prikupljanju podataka, uz primjenu standardnih testova za procjenu kognitivnog statusa (8).

Svrha procjene suicidalnog rizika jest ispitivanje potencijalnih protektivnih i rizičnih čimbenika, na osnovu kojih možemo definirati ciljeve za intervenciju. Prilikom procjene potrebno je detaljno kliničko ispitivanje i evaluirati sve podatke koje pacijent navodi u smislu ozbiljnosti i stupnja akutnosti bolesnikovih simptoma. Međutim u današnje vrijeme postoji mnoštvo nacionalnih smjernica za procjenu suicidalnog rizika, no još uvijek ne postoji univerzalna metoda koju bih smo koristili kod svake procjene. Tijekom intervjuja bolesnika je potrebno pitati o nedavnim stresnim događajima ili njihovim pogoršanjima, materijalnim ili emocionalnim gubicima, razvodima, smrtnim slučajevima te suicidalnim idejama i planovima. Pacijenti koji posjeduju neki od navedenih faktora te ako u svojoj anamnezi imaju neki od psihičkih poremećaja kao što je shizofrenija, anksiozni poremećaj, ovisnost, poremećaj ličnosti ili afektivni poremećaj mogu povećati rizik od suicidalnosti. Važno je da se prilikom procjene suicidalnog ponašanja ispita i obiteljska anamneza pojavljivanja psihičkih poremećaja, pokušaja i počinjenih suicida. Kada je obiteljska anamneza pozitivna, suicidalni rizik je povećan (8,14).

Podaci za procjenu suicidalnog rizika mogu se dobiti na osnovu socijalnog funkcioniranja osobe, socijalnih odnosa, otuđenosti, siromaštva, socijalne podrške. Istraživanjima je potvrđeno da tijekom procjene suicidalnog rizika je potrebno pažljivo procijeniti strah, anksioznost i agitaciju. Smanjenjem straha i anksioznosti najčešće dolazi do počinjenja suicida. Bespomoćnost i osjećaj beznađa najčešće se nalaze u podlozi suicidalnih ponašanja i namjera. Smanjenje anksioznosti i popravljivanje raspoloženja kod pacijenata u nekim slučajevima je znak spremnosti na počinjenje suicida. Naime, u tim stanjima pacijenti ne

pokazuju zabrinutost i djeluju smireno, ali posebnu pozornost im treba posvetiti u trenucima kada počinju dijeliti osobne stvari, imovinu, pišu oporuku čime se pripremaju za sam čin počinjenja suicida. Pacijenti koji su skloni samoozljeđivanju ne moraju imati suicidalni rizik iako si tako ugrožavaju život. Već se takvim ponašanjem nastoje smiriti i ublažiti anksioznost (14). Podatke koje dobivamo iz kliničke slike potrebno je staviti u određeni vremenski okvir i jasno ih odrediti s obzirom na prisutan rizik. Dobrom procjenom suicidalnog rizika na 3 razine rizika (niski, srednji i visoki), otkrivanjem i prepoznavanjem rizičnih i protektivnih čimbenika pomaže u određivanju smjera i načina liječenja. Tablica 4.2. prikazuje procjenu suicidalnog rizika s obzirom na razinu rizika, ugrožavajuće i ublažavajuće faktore, suicidalno ponašanje i alternativu zbrinjavanja (8). Bolesnici koji su tijekom procjene suicidalnosti prema tablici smješteni u kategoriju s visokim rizikom za počinjenje suicida potrebno ih je hospitalizirati i što prije započeti sa liječenjem u bolničkim uvjetima. Zatim bolesnici procijenjeni sa srednjim rizikom mogu se liječiti ambulantno ili u bolničkim uvjetima ovisno o težini i intenzitetu rizičnih faktora, dok bolesnici u kategoriji niskog rizika liječe se isključivo ambulantno.

Tablica 4.2. Procjena suicidalnog rizika (8).

<b>Razina rizika</b>	<b>Rizični ili protektivni faktori</b>	<b>Suicidalnost</b>	<b>Moguće intervencije</b>
<b>Visoki</b>	Psihijatrijski poremećaji s teškim simptomima ili akutni stresni događaj	Učestale suicidalne misli s izraženim namjerama i planovima ili Potencijalno smrtonosni pokušaj suicida	Bolničko liječenje
<b>Srednji</b>	Više rizičnih faktora, nekoliko zaštitnih faktora	Suicidalne misli sa razrađenim planom, ali bez namjere ili suicidalnog ponašanja	Moguća potreba za bolničkim liječenjem
<b>Niski</b>	Korektibilni faktori rizika, izraženi zaštitni faktori	Razmišljanje o smrti, bez postojanja plana, namjere ili suicidalnog ponašanja	Ambulantno liječenje

Istraživanjem je dokazano kako 95% pacijenata koji su bili prema psihometrijskim instrumentima za procjenu suicidalnog rizika procijenjeni i svrstani u kategoriju visokog rizika nisu počinili suicid. Bolesnici koji su bili svrstani u kategoriju niskog rizika počinili su 50% suicida. Smatra se da se tijekom procjene u istraživanju koristila kombinacija višestrukih čimbenika rizika. Preporuka je da se tijekom procjene suicidalnog rizika prepoznaju i točno zabilježe pojedinačni čimbenici koji su za pacijenta i njegovo stanje vrlo važni te je važno da se na njih može utjecati (4).

#### **4.3.1. Ljestvice za procjenu suicidalnog ponašanja**

Procjena suicidalnog ponašanja najčešće se provodi ljestvicama Aarona Becka koji se smatra ocem kognitivne terapije i teorije depresije (2). Prema tim ljestvicama razlikuju se posredne i direktne mjere suicidalnosti. Posredne mjere suicidalnosti obuhvaćaju sljedeće ljestvice, a to su: Beckova ljestvica anksioznosti, Beckova ljestvica beznadnosti i Beckovi inventari depresivnosti. Beckove ljestvice za procjenu suicidalnosti povezuju suicidalne misli i ponašanje sa suicidalnim rizikom. Potrebno je naglasiti kako je i anksioznost povezana sa suicidalnim rizikom posebno u stanjima teških afektivnih poremećaja. Među osobama koje su pokušale počiniti suicid smatra se da je beznadnost bolji pokazatelj razmišljanja o počinjenju suicida i ozbiljnosti suicidalnih planova nego bilo koja druga osobina ličnosti ili depresivnost. Stoga se Beckova ljestvica beznadnosti koristi kod pacijenata sa visokim suicidalnim rizikom. Beckovi inventari depresivnosti koriste posebne mjere depresivnosti te obuhvaćaju misli, osjećaje, simptome karakteristične za depresiju i stavove (2,8).

Beckova ljestvica anksioznosti obuhvaća simptome karakteristične za anksioznost. Također, osim posrednih mjera potrebno je spomenuti i direktne mjere suicidalnosti. Direktne mjere suicidalnosti obuhvaćaju sljedeće ljestvice, a to su: Beckova ljestvica suicidalne ideacije i ljestvica suicidalne namjere. Kod procjene neposredne suicidalnosti pomoću Beckove ljestvice suicidalne ideacije koristi se intervju sa 21 pitanjem. Intervjuom se nastoji ispitati bolesnikova želja za životom ili smrću te se nastoje izdvojiti rizični pojedinci koji će naposljetku nastaviti sa ispitivanjem. Nakon toga bolesnika se ispituje o intenzitetu, perzistentnosti suicidalnih misli, prethodnim pokušajima suicida i nagonu za smrću. Primjenjuje se za procjenu

kratkoročnog suicidalnog rizika u posljednjem tjednu. Bolesnici koji pokušaju suicid procjenjuju se pomoću Ljestvice suicidalne namjere (2). Procjena se vrši na temelju iskaza bolesnika o razlozima i svrsi pokušaja suicida, na osnovu kojeg osoba koja procjenjuje donosi odluku o ozbiljnosti stanja pacijenta i riziku za buduće pokušaje počinjenja suicida (15). Osim Beckovih ljestvica za procjenu suicidalnosti najčešće se primjenjuju i druge ljestvice kao što su Inventar razloga za življenje, Time Questionnaire ( upitnik o vremenu) i Columbia – suicide severity rating scale (C-SSRS). Ljestvica Inventar Razloga za življenje je psihološki alat koji se najčešće primjenjuje za procjenu razloga zbog kojih se osoba odlučila živjeti unatoč suicidalnim mislima ili krizama. Osmišljena je u svrhu prepoznavanja pozitivnih faktora koji mogu pomoći bolesnicima da se odupru suicidalnim mislima i idejama. Često ga stručnjaci primjenjuju u terapijskom radu sa bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem.

Time Questionnaire ( upitnik o vremenu) koristi se za procjenu percepcije i korištenja vremena kod pacijenata. Upitnikom možemo vidjeti kako pacijenti percipiraju i strukturiraju svoje vrijeme, što pruža uvid u pacijentove dnevne rutine, stresore i psihološko stanje. C-SSRS koristi se za procjenjivanje suicidalnih misli i ponašanja, ozbiljnost i vrstu suicidalnih misli te pokušaje suicida. Svaki upitnik ili ljestvica može se koristiti samostalno ili u kombinaciji, ovisno o težini situacije i potrebama kliničke procjene. Najčešće služe kako pomoć u donošenju odluka o liječenju i intervencijama.

#### **4.4. Čimbenici rizika i modeli suicidalnog ponašanja**

Suicidalno ponašanje je složeni fenomen koji se ne može objasniti sa samo jednim uzrokom pa se stoga kaže da ima multifaktorijalnu etiologiju. Čimbenici rizika mogu se podijeliti na opće i individualne, psihološke, sociološke, biološke te proksimalne i distalne (4). Pod povišenim rizikom od suicidalnosti je muški spol, starosna dob iznad 45 godina, sklonost nasilnom ponašanju, konzumiranje sredstva ovisnosti te prethodne hospitalizacije uzrokovane suicidalnim ponašanjem i prethodni pokušaji suicida (1). Zatim rizik od suicida povećava i gubitak važnih životnih funkcija, nezaposlenost, smanjena pokretnost nastala zbog ozljeda ili starenjem te teške i neizlječive bolesti. Smatra se kako 95% osoba koje počine suicid tijekom

života, imali su dijagnosticiranu psihičku bolest poput shizofrenije, depresije, demencije ili delirij, alkoholizam, zloupotrebu psihoaktivnih tvari te su doživjeli neki akutan stresni događaj (16). Dokazano je kako povećanje razine kolesterola i serotonina povećava rizik od suicidalnosti. Kod polovine smrtnih slučajeva dokazano je postojanje velike depresivne epizode povezane sa velikim depresivnim poremećajem ili bipolarnim poremećajem (2,8).

Dvije trećine osoba koje su počinile suicid u trenutku izvršenja suicida bolovali su od nekog depresivnog poremećaja. Pacijenti koji boluju od bipolarnog poremećaja, mješovite epizode bolesti najčešće se povezuju s pokušajima suicida. Rizik od počinjenja suicida se povećava ovisno o vremenu koje osoba provede u mješovitoj epizodi. Osobe koje boluju od depresije najčešće imaju povećan rizik od počinjenja suicida u prvoj godini bolesti i često je povezan s osjećajem beznađa, teškoćom emocionalnog prihvatanja i kod dugotrajnog kontinuiranog liječenja. Muškarci su također u povećanom riziku od suicida ako imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu sa prisutnošću psihotičnih simptoma, poremećaja ličnosti (posebno pod tip B), anksioznih poremećaja, ovisnosti, konzumiranje alkohola te povijest suicida u obitelji. Dokazano je kako osobe koje su počinile suicid, imale su psihijatrijski ili somatski komorbiditet s nekim članom obitelji (8).

Osobe koje boluju od depresije i počinile su suicid također je dokazan komorbidni psihički poremećaj. Bolesnici koji boluju od depresije najčešće izvrše suicid zbog korištenja droga te ako u podlozi imaju i poremećaj ličnosti (osobito pod tip B). Starije osobe koje boluju od depresije imaju i komorbiditet tjelesne bolesti. Najčešće počine suicid zbog negativnih životnih događaja, a posebno kod gubitka voljene osobe. Osobe koje boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja najčešće počine suicid zbog ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, a posebno o kanabinoidima (8). Čimbenici rizika za suicid kod adolescenata je osamljenost, zloupotreba psihoaktivnih tvari, loša komunikacija, izloženost nasilju posebno seksualnom, prevelika očekivanja okoline, psihotična stanja i kompulzivno ponašanje (5). Samoubojstvo se smatra etiološkim heterogenim fenomenom, sa značajnom varijabilnošću snage i modela povezanosti faktora rizika prema dobi, kulturi, spolu, osobnoj povijesti i zemljopisnom položaju (17).

**Stres - dijateza model suicida** je jedan od najcitiranijih modela, a on uključuje distalni faktor rizika kao predisponirajuću dijatezu i proksimalni čimbenik rizika koji u kombinaciji djeluju

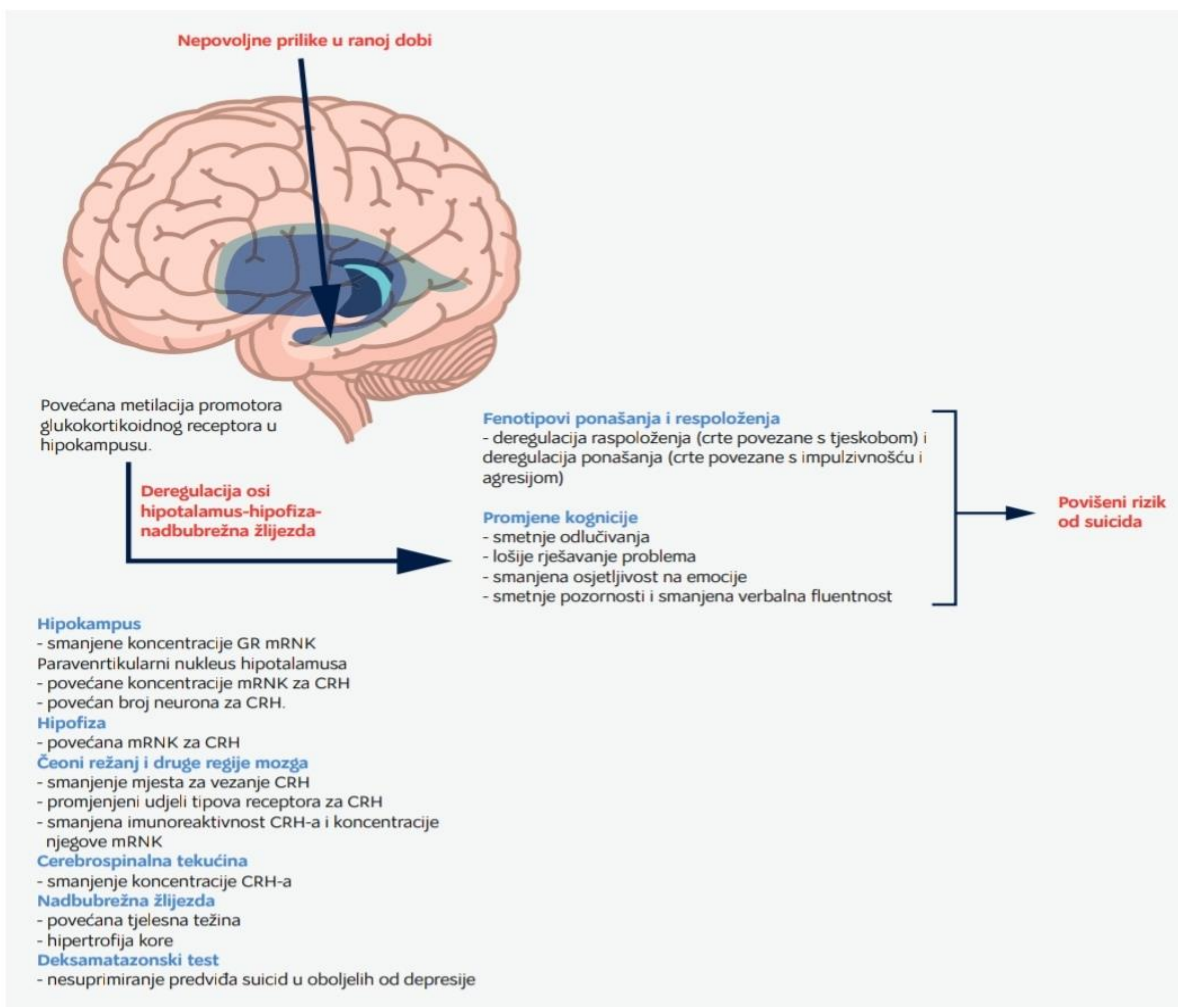
tako da povećavaju rizik od suicida (9). Stres se odnosi na psihološke ili biološke čimbenike koji nastaju kao reakcija na neki vanjski stresni događaj, a dijateza uključuje predispoziciju ili perzistirajuću osjetljivost, koja se očituje preko socijalnih, bioloških i psiholoških čimbenika. Prema modelu stres- dijateze, osobe kod kojih je prisutna osjetljivost i predispozicija, u situacijama izlaganja velikim stresorima, može doći do suicidalnog ponašanja (18). Distalni čimbenici rizika obuhvaćaju razvojne, genetske, osobne, obiteljske čimbenike kao što je trauma u djetinjstvu, impulzivno-agresivne osobine ličnosti i pozitivna obiteljska hereditarnost. Također je važno spomenuti kako uz genetsko opterećenje, naglašavaju se i rana traumatska iskustva kao što je fizičko, psihičko, seksualno zlostavljanje te roditeljsko zanemarivanje (4).

Takva rana traumatska iskustva mogu uzrokovati dugotrajne posljedice na funkcioniranje hipotalmo – hipofizno - adrenalne osi (HHA). HHA os regulira fiziološki odgovor na stres. Kod osoba koje imaju rana traumatska iskustva može se zabilježiti hiperaktivnost HHA osi te pojačan odgovor na stres, što nastaje kao posljedica poremećaja metilacije deoksiribonukleinske kiseline (DNA) i dovodi do smanjenja ekspresije hipokampalnoga glukokortikoidnog receptora (4). Rana traumatska iskustva mogu uzrokovati kognitivne deficite u usvajanju maladaptivnih obrazaca rješavanja problema i specifičnog pamćenja te mogu dovesti do agresivnog, impulzivnog ponašanja i jake anksioznosti, što naposljetku dovodi do suicidalnosti (9). Važno je reći kako su kognitivni učinci ranih traumatskih iskustava povezani sa slabo razvijenim prefrontalnim kortikalnim sustavima kod mladih i adolescenata. Naposljetku dolazi do povećanja rizika za usvajanje maladaptivnih obrazaca koji mogu rezultirati impulzivnim i rizičnim ponašanjem (10) (Slika 4.2.).

Proksimalni čimbenici rizika obuhvaćaju stres, psihijatrijske poremećaje, životne događaje, konzumiranje alkohola i droga (4). Često su povezani sa suicidalnim ponašanjem te djeluju kao precipitatori suicidalnog događaja, a uključuju promjene u važnim sustavima upalne promjene, neurotransmitera i dovodi do disfunkcije glija stanice u mozgu (19). Postoji sve više istraživanja kojima je dokazano kako genski čimbenici, posebno oni koji uzrokuju oštećenje funkcije serotonina u mozgu, mogu biti značajan rizični čimbenik (18). Osobe koje boluju od shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja, također imaju povećan rizik od suicida. Naime, kod tih osoba mogu se pojaviti i drugi čimbenici rizika kao što je pojava depresivnih

simptoma, mlađa životna dob, muški spol, visoko obrazovanje i pozitivni simptomi (9,20). Poremećaji hranjenja također mogu povećati rizik za razvoj suicidalnog ponašanja.

**Cjeloživotni model suicidalnosti** (engl. Life span of suicide) osmišljen je kao pokušaj kombiniranja modela Mannove stres dijateze i Joinerove intrapersonalne teorije (9). Model opisuje samoubojstvo kao skup neurobioloških i kognitivnih obilježja osobe. Glavna zadaća modela *Life Span* je uspostaviti neurobiološke temelje kojima će poduprijeti postojanje tzv. *Sposobnosti za suicid*. Određen je predisponirajućim čimbenicima (dijatezom) i precipitirajućim čimbenicima ("stres i trauma"). Predisponirajući čimbenici mogu učiniti osobu ranjivom zbog mogućnosti mijenjanja genetskog koda (9).



Slika 4.2. Učinci nepovoljnih prilika u ranoj životnoj dobi (19)

## 4.5. Biološke osnove suicidalnog ponašanja

Biološki čimbenici su vrlo važni i razlog su čestog pojavljivanja suicidalnosti u određenim populacijama. Važno je naglasiti kako i genetika ima određeni utjecaj na pojavu suicidalnog ponašanja. Utvrđeno je kako veći broj počinjenih suicida se dogodi kod jednojajčanih nego kod dvojajčanih blizanaca. Naime, poznato je kako se suicidi češće javljaju u nekim obiteljima. Osobe koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu na suicidalno ponašanje često imaju veću razinu agresivnosti nego osobe s negativnom obiteljskom anamnezom. Prvenstveno se to odnosi na osobe s depresijom i poremećajima raspoloženja. Zatim bliski rođaci pacijenata koji su pokazivali suicidalno ponašanje, i sami su češće pokazivali takvo ponašanje. Usvojenici koji su počinili suicid i oni koji nisu razlikuju se po broju rođaka koji su izvršili suicid. Važno je napomenuti kako nasljednost suicidalnog ponašanja kao što su planovi, misli i pokušaji suicida iznosi oko 30 do 55% te se ova predispozicija nasljeđuje bez obzira na postojanje psihijatrijskih poremećaja (2,21).

Također, potrebno je spomenuti kako i epigenetski mehanizmi imaju velik utjecaj na pojavu suicidalnog ponašanja. Naime, poznato je kako rana traumatska iskustva uzrokuju dugotrajne efekte, pri čemu dolazi do promjene epigenetskih mehanizama gena i njihovih ekspresija, što naposljetku utječe na hipotalamo-hipofiznu-adrenalnu os i dovodi do njezine hiperaktivnosti. Promjene u funkcioniranju te osi pokazalo je različita odstupanja kod bolesnika sa suicidalnim ponašanjem sa depresijom i shizofrenijom. Biološki čimbenici koji se najviše istražuju su promjene funkcije serotonina i koncentracije kolesterola. Poznato je kako niska koncentracija kolesterola dovodi do pojave suicidalnog ponašanja ili povećanja fizičkog agresivnog ponašanja. Visoka koncentracija kolesterola dovodi do povećanja psihičke agresije. Pomanjkanje kolesterola u organizmu dovodi do promjena u mikroviskoznosti membrana, što utječe na funkciju neurotransmiterskog sustava serotonina i njegovih receptora (9,21).

Bolesnici sa suicidalnim ponašanjem imaju smanjenu serotoninergičku funkciju. Obdukcijom osoba koji su počinili suicid u mozgu je pronađena smanjena koncentracija serotonina. Zatim u cerebrospinalnom likvoru kod osoba koje su pokušale ili počinile suicid pronađena je smanjena koncentracija metabolita serotonina. Važno je spomenuti da se niska koncentracija serotonina može povezati sa anksioznošću i agresijom (2).



## **5. PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI I SUICIDALNO PONAŠANJE**

Postojanje psihijatrijskog poremećaja registrirano je kod velikog broja osoba koji su počinili suicid. Međutim, velika većina osoba navodi stres dijatezu kao glavni čimbenik rizika za pojavu suicida, bez obzira što je incidencija psihijatrijskih poremećaja kod bolesnika sa suicidalnim ponašanjem veća (9). Psihijatrijski poremećaji koji imaju velik rizik za počinjenje suicida su: veliki depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj (BAP) i alkoholizam (8). Važno je naglasiti kako većina psihijatrijskih poremećaja, kada se istraži zasebno povećava rizik od suicida. Pojavi psihijatrijskih poremećaja pridonosi i komorbiditet.

Naime, osobe koje imaju dijagnosticiran neki poremećaj potrebno je ispitati mogućnost postojanja još jednog poremećaja ili više njih. Stoga se mora uzeti u obzir komorbiditet osobe prema nekom psihijatrijskom poremećaju. Potrebno je reći kako bolesti ovisnosti idu u komorbiditetu sa depresijom i BAP-om (8). Stoga je potrebno ispitati i ličnost bolesnika. Osobe koje boluju od depresije imaju predispoziciju za pojavu drugih psihijatrijskih poremećaja kao što su poremećaj prehrane, anksiozni poremećaj, ovisnost o alkoholu i drogama, poremećaj osobnosti (5). Najčešće su uzrokovani simptomima depresije, koje je potrebno liječiti kako bi se ti poremećaji povukli. Osobe koje boluju od demencije sklone su samoozljeđivanju i ozljeđivanju drugih zbog prisutnosti agresivnog ponašanja i odbijanja terapije. Pojava depresije u početnom i srednjem stadiju demencije povećava rizik od suicidalnog ponašanja (14).

### **5.1. Anksiozni poremećaji i suicidalno ponašanje**

Anksiozni poremećaji smatraju se jednim od najčešćih psihijatrijskih poremećaja. Najčešći anksiozni poremećaji su: generaliziran anksiozni poremećaj, fobije, anksiozni depresivni, opsesivno-kompulzivni (KOP), posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), akutni stres, panični poremećaj (2). Osobe s anksioznim poremećajem imaju povećan rizik od suicida, a posebno ako se radi o primarnom anksioznom poremećaju. Također je potrebno naglasiti kako se anksiozni poremećaji češće javljaju kod žena. Anksiozni poremećaji u prošlosti su bili

klasificirani kao neuroze, dok u današnje vrijeme se klasificiraju kao zasebni poremećaji. Anksioznost se često pojavljuje kao simptom u drugim psihijatrijskim poremećajima, kako što je depresija i BAP. Polovica pacijenata sa dijagnosticiranom velikom depresivnom epizodom ima i simptome anksioznosti, što povećava rizik od suicidalnosti (14). Pacijent koji boluje od BAP-a te ako uz to ima dijagnosticiran i anksiozni poremećaj može se povećati vjerojatnost od pokušaja suicida. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (KOP) praćen je suicidalnim mislima te takvi pacijenti rijetko traže pomoć. Pacijenti s KOP-om i paničnim poremećajem često pokušaju suicid (2). Simptomi anksioznog poremećaja su: pritisak oko srca, lupanje srca, ubrzanje pulsa, mučnina ili nelagoda u trbuhu, znojenje, tremor ili drhtanje tijela, otežano disanje, suha usta, osjećaj gušenja, bolovi u prsima, stezanje u prsima, nesvjestica, nestabilnost. Zatim se može pojaviti slabost, omamljenost, osjećaj da objekti nisu stvarni, ne mogu se skoncentrirati, osjećaju šum i zvonjavu u ušima, bolovi i mišićna napetost, poteškoće sa spavanjem i navala topline ili hladnoće (5).

Osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) su pod povećanim rizikom od pokušaja i počinjenja suicida. Smatra se kako je PTSP izvor suicidalnog ponašanja. Prema istraživanjima broj osoba koje boluju od PTSP-a iznosi oko 1% (22). Osobe koje boluju od PTSP-a najčešće pokušaju ili izvrše suicid zbog teških trauma koje su pretrpjeli ili njihovih posljedica. Naime, osobe koje su pretrpjele teške traume pate u tolikoj mjeri da im suicid služi kao izlaz iz tih trauma. Uzroci tih trauma su najčešće nasilje, zlostavljanje, ozbiljna ugroženost nečijeg života, ugroženost ili stradanje djeteta, bračnog partnera, prijatelja, bliskih srodnika, iznenadno razaranje nečijeg doma ili zajednice. Zatim susret s osobom koja je nedavno ili trenutno teško ozlijeđena ili smrtno stradala zbog nesreće ili fizičkog nasilja. Obično se kod osoba koje su proživjele neki traumatski događaj ubrzo razvija anksiozno-depresivno stanje koje može povećati rizik od suicida. Simptomi emocionalnog susprezanja pojavljuju se nešto kasnije. Važno je naglasiti kako je suicidalni rizik visok kod osoba koje uz dijagnozu PTSP-a razviju i ovisnost o alkoholu ili drogama. Pokretači suicidalnog ponašanja kod osoba koje boluju od PTSP-a mogu biti neugodna sjećanja na traumatični događaj, jaka psihička patnja koja nastaje zbog izloženosti traumatičnom događaju. Zatim socijalna izolacija, problemi sa spavanjem, strah, izljevi bijesa i osjećaj uskraćene budućnosti. Takvi simptomi kod osobe izazivaju veliku patnju i probleme u odnosima s okolinom (22). Navedeni simptomi mogu biti dosta dugo prisutni kod osoba i osobe ih mogu potiskivati te dolazi do oslobađanja agresije

koju osobe najčešće usmjeruju prema sebi, zbog čega pokušaju ili izvrše suicid. Stoga je vrlo bitno takve simptome na vrijeme prepoznati te započeti s liječenjem kako ne bi došlo do samoozljeđivanja, pokušaja ili počinjenja suicida. Kod procjene bolesnika sa anksioznim poremećajima potrebno je učiniti somatsku obradu, kako bi smo mogli isključiti postojanje tjelesnog oboljenja, uključiti farmakoterapiju te primijeniti pomoćne i druge psihoterapijske tehnike (5). Što uvelike pomaže u otkrivanju uzroka suicidalnosti i utvrđivanja da li je do suicidalnosti došlo zbog anksioznih poremećaja. Liječenje anksioznih poremećaja osim psihofarmacima provodi se i psihoterapijom, također veliku ulogu u liječenju ima okolina i podrška obitelji.

## **5.2. Poremećaji raspoloženja i suicidalno ponašanje**

Poznato je kako osobe koje boluju od depresije imaju sniženo raspoloženje, smanjenu emocionalnu reakciju, gubitak volje, energije, interesa, smetnje nagona, osjećaj krivnje i gubitak inicijative (2). Smatra se kako to sve može doprinijeti do razmišljanja o suicidu i njegovu pokušaju. Poznato je kako 15% ljudi koji se liječe od teške depresije može počinuti suicid. Naime, taj postotak je znatno veći kod onih osoba koje ne liječe tešku depresiju. 80% osoba koje boluje od depresije razmišlja o suicidu. Smatra se kako 60 do 70% osoba koje su počinile suicid bolovale su od nekog oblika depresije (9,23). Rizik od suicida kod depresivnih bolesnika je povećan u ranim fazama bolesti, ako su prisutni psihotični simptomi, simptomi panike, visoke anksioznosti, konzumiranje alkohola i droga te ako je prisutan komorbiditet. Komorbiditet kod depresivnih bolesnika može biti granični poremećaj ličnosti, konzumacija različitih psihoaktivnih tvari te anksioznost. Također, rizik od počinjenja suicida je povećan ako bolesnici trpe dugotrajnu i iscrpljujuću bol, boluju od teške kronične tjelesne bolesti, imaju pozitivan psihijatrijski hereniditet te ako uz depresiju imaju i nepovoljne životne prilike. Muškarci su pod povećanim rizikom u odnosu na žene (23). Starije osobe koje boluju od depresije češće počine suicid, i to u stanjima kada se počinju pojavljivati i psihotični simptomi. Bolesnici sa depresijom često imaju povećan rizik od razvoja alkoholne ovisnosti. Depresivne bolesnike poželjno je bolnički liječiti uz stalan nadzor zdravstvenih djelatnika.

Suicidalnost kod osoba sa bipolarno afektivnim poremećajem (BAP) ovisi o fazi, tijeku i težini bolesti. Smatra se jednim od najčešćih poremećaja koji dovode do suicida. Bolesnici koji boluju od bipolarne depresije imaju 15 puta veći rizik za počinjenje suicida u odnosu na rizik u općoj populaciji. Stopa suicida u bolesnika sa BAP-om iznosi oko 21% (9). Visok rizik od počinjenja suicida nosi prethodni pokušaj suicida i prisutnost suicida u obitelji te nedavni otpust s bolničkog liječenja. Suicidalno ponašanje često je u mješovitoj slici bolesti, gdje su istodobno prisutni manični i depresivni simptomi, a posebno u depresivnoj fazi bolesti. Naime, suicidalno ponašanje se nešto rjeđe pojavljuje u potpuno razvijenoj slici manije. Suboptimalni tretmani smatraju se najčešćim rizikom za počinjenje suicida. BAP nosi podjednak rizik od suicidalnog ponašanja kod muškaraca i žena. Također, potrebno je napomenuti kako se BAP može pojaviti sa anksioznim poremećajima, bolestima ovisnosti i poremećajima ličnosti što doprinosi pojavi suicidalnosti. Bolesnici koji boluju od BAP-a zloupotreba psihoaktivnih tvari (prvenstveno kanabisa) ima velik utjecaj na početak bolesti i počinjenje suicida. Stoga kod takvih bolesnika suicidalnost može porasti do 60%. Bolesnici sa BAP-om imaju povećan rizik od pokušaja suicida u prvoj godini bolesti i povezan je s osjećajima beznada. Kasnije je taj rizik povećan zbog konstantnog promišljanja ili nemogućnosti emocionalnog prihvatanja bolesti i kontinuiranog, dugotrajnog liječenja (8,9). Liječenje se zasniva na pravodobnom prepoznavanju simptoma i znakova i primjeni adekvatnih metoda liječenja.

### **5.3. Ovisnosti o alkoholu i drogama i suicidalno ponašanje**

Alkoholizam i ovisnost o drogama predstavlja vodeći čimbenik rizika za razvoj suicidalnog ponašanja (11). Alkoholiziranost se često navodi kao suicidogeni stimulans (7). 20 do 50% bolesnika koji počine suicid imaju izraženu ovisnost prema alkoholu, odnosno 30 do 80% bolesnika je u vrijeme počinjenja suicida bilo alkoholizirano. Zloupotreba alkohola i droga uzrokuje kronični, pasivni suicid koji nastaje zbog autodestruktivnog ponašanja. Suicidalno ponašanje kod ovisnika o alkoholu i drogama se javlja kasnije, tijekom trajanja bolesti. Alkohol posjeduje psihotropno djelovanje koje dezinhbibira agresivne impulse, povećava impulzivnost, smanjuje sposobnost rasuđivanja i emocionalnu osjetljivost, što naposljetku dovodi do oslobađanja agresije koju bolesnik usmjerava prema sebi ili prema van (9). Za

počinjenje suicida muškarci najčešće odabiru alkohol, a žene tablete. Razvoj suicidalnog ponašanja kod zloupotrebe droga ovisi o broju i količini uzetih supstancija, a ne o vrsti supstance. Rizik za razvoj ovisnosti o alkoholu i drogama povećava nedavni životni stres, komorbidna depresija, socijalna izolacija i gubitak bliske osobe (9). Zloupotreba alkohola i droga te depresija predstavljaju visok rizik za razvoj suicidalnog ponašanja, zbog čega je prilikom procjene potrebno procijeniti rizik od počinjenja suicida (8). Utvrđeno je kako postojanje primarne depresije i depresije uzrokovane zloupotrebom droga predstavlja visok rizik od razvoja suicidalnih misli i ponašanja. Ukoliko bolesnici tijekom intoksikacije alkoholom i drogama ili u trijeznom stanju navode suicidalne misli, planove i pokušaje, potrebno ih je hospitalizirati (14). Nakon što se ovisnost stavi pod kontrolu i suicidalne misli se povuku bolesnici mogu nastaviti s liječenjem kod kuće, pri čemu se obitelj mora educirati o trajnom nadzoru i uklanjanju opasnih stvari i sredstva ovisnosti iz bolesnikove okoline. Čimbenici rizika za počinjenje suicida kod ovisnosti o alkoholu i drogama su postojanje suicida u obitelji, tjelesna bolest ili neka proživljena trauma u prošlosti (5). Zadaća medicinske sestre/tehničara u skrbi za bolesnike ovisne o alkoholu i drogama je motivirati pacijenta na liječenje, spriječiti komplikacije, ukloniti ili ublažiti probleme, potaknuti socijalizaciju, poticati bolesnika na promjenu ponašanja. Zatim potaknuti uzimanje farmakoterapije i uključiti bolesnika u psihoterapiju.

#### **5.4. Psihoteični poremećaji i suicidalno ponašanje**

Bolesnici koji boluju od shizofrenije imaju povećan rizik od suicidalnog ponašanja, što predstavlja veliki izazov u skrbi za takve bolesnike zbog nepredvidljivosti, brutalnih metoda koje mogu primijeniti i brzine djelovanja (24). Republika Hrvatska još uvijek nema razvijen registar kojim bi mogla pratiti i bilježiti bolesnike koji su počinili suicid, a koji su bolovali od shizofrenije. Posljednji zabilježeni podaci iz 2000. godine govore da je prevalencija suicida kod bolesnika sa shizofrenijom oko 10% (25). Naime, bolesnicima sa shizofrenijom životni vijek je skraćen za 20 do 30 godina u odnosu na opću populaciju (9). Životni vijek je skraćen zbog velike pojave suicida. 20 do 40% bolesnika koji boluju od shizofrenije tijekom života

pokuša suicid, a rizik od počinjenja suicida je najviši u ranim fazama bolesti. Poznato je kako samo 5% bolesnika uspije počiniti suicid, što govori da je smrtnost kod bolesnika oboljelih od shizofrenije osam puta veća nego ona u općoj populaciji. Važno je napomenuti kako shizofreniju i suicid povezuju dva koncepta, a to su: beznadnost i gubitak kontrole. Pojava depresije u shizofreniji nosi najviši rizik za počinjenje suicida. Simptomi depresije koji bolesnika sa shizofrenijom mogu natjerati na suicid su: beznadnost, agitacija, osjećaj manje vrijednosti. Prijašnji neuspjeli pokušaji suicida mogu povećati rizik od počinjenja suicida kod bolesnika oboljelih od shizofrenije. Pozitivni simptomi shizofrenije povezani su s pojavom suicidalnog ponašanja. Također, ukupan broj pozitivnih simptoma shizofrenije povezuje se s pojavom suicidalnog rizika, što je broj pozitivnih simptoma veći, time je i rizik od suicida veći (9,16).

Bolesnici koji boluju od shizofrenije kao razlog pokušaja suicida naveli su jedan ili više stresnih događaja u životu, komorbiditetna tjelesna oboljenja, gubitak doma, nekontrolirajuće nuspojave lijekova i loši odnosi sa bliskim osobama (26). Suicidalno ponašanje razvije se zbog duboke patnje i suicidalnih ideja. Bolesnici koji boluju od shizofrenije mogu imati slušne halucinacije, koje ih mogu u određenim situacijama navesti na počinjenje suicida (9). Pokretači suicidalnih ideja mogu biti prethodni suicidalni pokušaji, pozitivna obiteljska anamneza na neki od psihijatrijskih poremećaja te upotreba droga. Također, suicidalne ideje kod shizofrenije mogu biti u odnosu sa pozitivnim, negativnim i anksioznim simptomima te komorbidnom depresijom. Holistički pristup ima veliku ulogu u prevenciji suicida (27).

Naposljetku se može reći kako je rizik od suicida visok na početku bolesti, tijekom ili nakon prve epizode. Također, rizik od suicida je visok kada shizofreni bolesnici nakon otpusta s bolničkog liječenja nemaju adekvatnu obiteljsku ili društvenu podršku. Važno je reći kako i godinu dana nakon početka liječenja suicidalni pokušaji i planovi povezani su sa upotrebom sredstva ovisnosti, trajanjem neliječenja psihoze, depresivnim ili psihotičnim simptomima, mlađom dobi, suicidalnim mislima i idejama te prethodnim pokušajima suicida (16). Liječenje je potrebno započeti što prije i to sa farmakoterapijom i psihoterapijom. Ukoliko je raspon i intenzitet simptoma takav da se nikada ne zna kada će bolesnici oboljeli od shizofrenije počiniti suicid ili se teško ozlijediti, potrebna je hospitalizacija.

## 5.5. Poremećaji ličnosti i suicidalno ponašanje

Poremećaji ličnosti u većini slučajeva mogu biti jedan od razloga za pojavu suicidalnog ponašanja kod bolesnika. Suicidalno ponašanje može se pojaviti kod poremećaja ličnosti skupine B (8). Najčešće se u tu skupinu ubraja antisocijalni, granični, histrionski i narcistički poremećaj ličnosti. Poremećaji ličnosti često mogu biti u komorbiditetu s ovisnostima. Suicidalno ponašanje se u poremećajima ličnosti razvija u trenucima kada su bolesnici ljuti i bijesni te tako nastalu agresivnost prazne kroz impulzivnost. Impulzivnost se očituje autodestruktivnim radnjama kao što je gašenje cigareta na koži ili površinsko zarezivanje (2). Naposljetku se može reći kako su agresivnost i impulzivnost povezani sa suicidom. Bolesnici sa narcističkim poremećajem ličnosti pridaju si važnost i značenje, teže postizanju uspjeha, stalno se nadmeću, imaju osjećaj predodređenosti, traže pažnju okoline. Teško podnose kritiku, neuspjeh i osjetljive su na ocjene okoline zbog čega se izoliraju od okoline, postaju depresivne i posramljene što ih natjera na razmišljanje o počinjenju suicida (22). Kod antisocijalnog, graničnog i histrionskog poremećaja ličnosti suicidalno ponašanje često nastaje kao rezultat ljutnje i frustracije (2). Ozbiljni poremećaji ličnosti ponekad su praćeni pojavom takozvane kronične suicidalnosti. Kronična suicidalnost definirana je bez postojanja pravih suicidalnih namjera i ponašanja te se suicidalno ponašanje navodi kao stil življenja (11). Bolesnici koji boluju od poremećaja ličnosti najčešće se lijeće psihoterapijom i farmakoterapijom ovisno o kliničkoj slici i komorbiditetu.

## 6. UTJECAJ STIGME NA SUICIDALNO PONAŠANJE

Posljednjih nekoliko godina obilježeno je sve većom učestalošću istraživanja utjecaja stigme na suicidalno ponašanje. Suicid može negativno djelovati na bolesnike koji su pokušali počiniti suicid, članove obitelji, prijatelje i širu okolinu. Učinci suicida i njegova povezanost sa pojedinim aspektima života i dalje su oskudno shvaćeni i stigmatizirani. Stigma nastala zbog suicida je vrlo rasprostranjena i štetna za ljude koji su njome pogođeni. Poznato je kako stigma nastaje zbog negativnih društvenih stavova prema osobinama pojedinca, na osnovu čega ih društvo smatra osobama sa mentalnim, društvenim ili fizičkim nedostatkom. Također, stigmatizirani bolesnici sa suicidalnim ponašanjem mogu se susresti s društvenim neprihvatanjem, zbog čega često budu pogrešno diskriminirani i isključeni iz društva. Osobe koje stigmatiziraju često imaju pogrešna uvjerenja o suicidu i bolesnicima prema kojima je stigma usmjerena. Također, u nekim situacijama bolesnici sa suicidalnim ponašanjem mogu iskusiti nepovjerenje i izbjegavanje od strane drugih osoba (28).

Stigma može negativno utjecati na proces ozdravljenja i oporavka kod bolesnika koji su pokušali počiniti suicid. Tijekom liječenja bolesnika koji su pokušali suicid skrb koja im se pruža u nekim slučajevima može biti nedostatna, odnosno tijekom liječenja zdravstveni radnici su često okupirani bolesnikovim fizičkim potrebama, ali ne i emocionalnim i psihološkim potrebama koje su najčešće dovele do pokušaja suicida. Bolesnici sa suicidalnim ponašanjem najčešće se ustručavaju potražiti pomoć kako bi izbjegli negativne reakcije okoline. Najčešće okolina takve bolesnike shvaća kao slabe i neuspješne osobe, što naposljetku dovodi do pogoršanja njihova stanja i do počinjenja suicida. Obitelj i bliža okolina bolesnika koji su počinili suicid najčešće razvija osjećaj samooptuživanja, krivnje ili dolazi do razvoja osjećaja odgovornosti i osuđenosti za taj događaj koji je nametnut od strane drugih ljudi (28).

Kod bolesnika sa suicidalnim ponašanjem mogu se pojaviti dvije vrste stigme: javna stigma koju uzrokuje okolina i samostigma koju osoba sama razvija (29). Javna stigma i samostigma kod bolesnika mogu izazvati socijalnu izolaciju, pad beznađa, demoralizaciju te mnoge druge posljedice koje negativno utječu na dosadašnje funkcioniranje bolesnika. Bolesnici koji prežive suicid često zapadaju u proces produljenog tugovanja koji je karakteriziran odbačenošću, ljutnjom, krivnjom i sramom. Također, može se reći da su stigma i suicid



međusobno povezani. Naime, postojanje stigme može dovesti do razvoja suicidalnih misli, a suicid može dovesti do stigme. Važno je naglasiti kako u bolničkim uvjetima intervencije koje se primjenjuju za smanjenje vlastite stigme, srama, stres stigme mogu doprinijeti smanjenju suicidalnosti (29). Bolesnici koji prežive pokušaj suicida često doživljavaju stigm mentalne bolesti i stigm suicida, što naposljetku može povećati rizik od ponovnog počinjenja suicida (30). Bolesnici sa suicidalnim ponašanjem na osnovu prethodnih vlastitih iskustava i stavova prema stigmati mogu unaprijed predvidjeti postojanje diskriminacije, što ih često u društvu navodi na sakrivanje bolesti i izbjegavanja stupanja u odnose zbog straha od neprihvatanja. Percipirana stigma povezana je s većom učestalošću pojave suicidalnih ideja kod bolesnika s mentalnim oboljenjima ili bolesnika koji su emocionalno labilni (31). Mlađi bolesnici tijekom suočavanja sa problemima vezanim uz mentalno zdravlje često imaju loše seksualno i fizičko zdravlje u odnosu na zdrave osobe iz njihove okoline. Često mlađi bolesnici koji se otežano suočavaju sa poteškoćama vezanim uz mentalno zdravlje imaju povećan rizik od počinjenja suicida i smrti uzrokovanih slučajnim ozljedama (32).

Mediji također imaju značajan utjecaj na širenje stigme o bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem. Najčešće se preko društvenih mreža, televizijskih sadržaja šire netočne informacije o bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem, zbog čega društvo stvara drugačiju sliku o takvim bolesnicima. Utvrđeno je kako u nekim situacijama širenje neistinitih informacije, neprimjerenog sadržaja i ismijavanja osoba preko medija i društvenih mreža može doprinijeti do razvoja suicidalnog ponašanja i počinjenja suicida. Rizik od suicida povećan je kod nezaposlenih osoba, a stigma može doprinijeti nezaposlenosti i suicidalnosti. Postupci smanjenja stigme prema osobama sa suicidalnim ponašanjem bili su samo djelomično uspješni. Naime, postupcima smanjenja stigme uspjelo se djelovati na poboljšanje razine znanja o mentalnom zdravlju, ali ne i na odbacivanje bolesnika sa suicidalnim ponašanjem od strane šire okoline. Utvrđeno je kako se stigmatizirani bolesnici dosta teško zapošljavaju i pronalaze mjesto za stanovanje (29). Stoga je vrlo važno rješavanje javne stigme i stigme usmjerene prema bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem za smanjenje broja suicida. Vrlo važna mjera za sprječavanje stigmatizacije je organizacija društvenog kontakta između stigmatiziranih bolesnika i društva te provođenje edukacije (30).

## 7. KLINIČKA SLIKA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Klinička slika kod suicidalnog ponašanja može se kretati u rasponu od pasivnih ideja pa sve do počinjenja suicida. Pokušaji počinjenja suicida mogu se kretati od površinskih reznih rana na zapešću pa sve do intoksikacije vrlo toksičnim tvarima, ozbiljnih ubodnih ili prostrijelnih rana i predoziranja lijekovima ili psihoaktivnim tvarima. Pasivne suicidalne ideje mogu se na primjer prepoznati kod starijih osoba. Starije osobe zbog postojanja tjelesne bolesti, a koja ih ograničava u svakodnevnim životnim aktivnostima često mogu razmišljati o suicidu i drugima nagovještavati želju za smrću. Aktivne suicidalne ideje možemo na primjer naći kod bolesnika koji boluje od shizofrenije, a trenutno je depresivan i namjerava skočiti s krova zgrade kako bi glasovi u njegovoj glavi nestali. Poznato je kako većina bolesnika koji pokušaju ili počine suicid boluju od nekog psihijatrijskog poremećaja ili teške tjelesne bolesti, posjeduju tjelesni nedostatak te imaju razvijenu ovisnost prema alkoholu i drogama (14).

Također, razlikujemo rane i kasne znakove koji mogu upućivati na pojavu suicidalnog ponašanja. Rani znakovi su: poremećaj sna, bezvoljnost, depresivno stanje, izolacija od okoline, stalno nagovještavanje suicida i odustajanje od svakodnevnih aktivnosti. Kasni znakovi su: pisanje oporuke, stalno prisutan bijes, preokupacija smrću, izražena samokritičnost i isplanirani plan počinjenja suicida. Bolesnici sa suicidalnim ponašanjem posjeduju rizično ponašanje koje se može kretati od borbe za život pa sve do izražavanja želje za smrću. Medicinske sestre/tehničari u tom pogledu imaju veliku ulogu, gdje oni sa svojim intervencijama nastoje potaknuti bolesnika na formiranje želje za životom te mu nastoje ponuditi pomoć i mogućnost liječenja (5,14). Također, bolesnici koji pokušaju ili izvrše suicid preplavljeni su snažnim emocijama kao što su osjećaj bespomoćnosti, srama, krivnje, beznada, tuge ili mogu biti pod utjecajem pretrpljenih stresnih situacija. Suicidalno ponašanje se kod djece razvija impulzivno, a kod odraslih postoji pre-suicidalni period u kojem razmišljanje o suicidu i pokušaj suicida bude prethodno naglašen verbalno ili postupcima (21).

## 8. PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Suicidalno ponašanje predstavlja veliki javnozdravstveni problem, zbog čega je provođenje prevencije od iznimne važnosti. Provođenje prevencije suicidalnog ponašanja i smanjenje broja počinjenih suicida smatraju se ključnim postupcima za unaprijeđenje zdravstvenog sustava. Prevencijom se nastoji utjecati na brojne čimbenike rizika (18). Kod bolesnika koji boluju od psihijatrijskih poremećaja, u svrhu prevencije suicidalnog ponašanja potrebno je razviti suosjećanje, potrebno ih je aktivno slušati i preuzeti odgovornost u dijelu brige za bolesnika (5). Zatim je potrebno razgovarati sa bolesnikom o suicidalnim namjerama i razmišljanjima. Također, je važno provoditi brižnu i dugu skrb za bolesnika te dogovoriti sa bolesnikom, njegovom obitelji ili skrbnikom plan liječenja kako ne bi došlo do suicida (26). Prevencija suicida može se provoditi kroz 3 razine: primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju (5).

Primarna prevencija obuhvaća sve aktivnosti koje imaju za cilj spriječiti i umanjiti pojavnost suicida, a provode je psihijatri, suicidolozi, sociolozi, defektolozi, kriminolozi, pedagozi, psiholozi. Aktivnosti su usmjerene prema društvenoj zajednici s ciljem da se preduhitri, otklone motivi i uzroci te spriječi pojava suicida. Također, aktivnostima na širem društvenom planu želi se postići promjena načina razmišljanja i pristupa problemima ponašanja, to se postiže provođenjem edukacije i informiranosti šire populacije o problemu pojavnosti suicida i razlozima njegove pojavnosti. Sekundarna prevencija obuhvaća provođenje aktivnosti u svrhu rane dijagnostike i rješavanja problema. Aktivnosti se provode u specijaliziranim centrima, gdje rade liječnici i terapeuti. Sekundarna prevencija obuhvaća sve bolesnike koji iskazuju suicidalne misli i koji su već suicidalno ugroženi. Bolesnicima koji su suicidalno ugroženi prva pomoć se pruža na odjelima za hitne intervencije te ako je potrebno mogu se uputi na druge odjele specijalizirane za liječenje i rehabilitaciju. Aktivnostima sekundarne prevencije želi se postići rano prepoznavanje bolesnika sa suicidalnim ponašanjem, nastoji se spriječiti počinjenje suicida, poticati na promjenu načina funkcioniranja bolesnika te poticati bolesnika na usvajanje pozitivnog životnog stila. Tercijarna prevencija provodi mjere nakon pokušaja suicida u svrhu sprječavanja recidiva, uklanjanja motiva i povoda koji su doveli do pokušaja suicida te poboljšanja njihovog psihičkog stanja (5,18). Bolesnici koji su skloni suicidalnom

ponašanju zahtijevaju individualan tretman sa dobrom usklađenošću psihofarmakoterapije, socioterapije i psihoterapije (18). Za provođenje prevencije potrebna je dobra edukacija osoba koje stupaju u kontakt sa bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem kako bi mogli na adekvatan način reagirati u takvim situacijama i uputiti bolesnike na traženje adekvatne pomoći koju njihovo stanje zahtijeva. Edukacija zdravstvenih djelatnika primarne zdravstvene zaštite na rano prepoznavanje i liječenje duševnih poremećaja i prepoznavanje rizičnih čimbenika od iznimne je važnosti zato što se oni najčešće prvi susreću sa bolesnicima i prate ih kroz cijeli život. Važna je edukacija i zdravstvenih djelatnika u bolnicama koji skrbe za bolesnike na rano prepoznavanje rizičnih čimbenika i duševnih poremećaja. Također, potrebno je educirati širu populaciju davanjem kriterija i smjernica za prepoznavanje bolesnika sa suicidalnim rizikom, za smanjivanje stigmatizacije prema bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem i bolesnicima koji boluju od psihijatrijskih poremećaja. Zatim da steknu razumijevanje prema bolesnicima koji boluju od psihijatrijskih poremećaja te da znaju prepoznati poboljšanja i pogoršanja stanja. Također je važno provođenje edukacije u školama među adolescentima o simptomima i znakovima koji upućuju na pojavu suicidalnog ponašanja kako bi osoblje škole i učenici znali prepoznati rizične osobe (5).

Bolesnici koji pokušaju suicid zahtijevaju češće praćenje njihovog stanja i češće kontrolne preglede kako bi se utvrdilo da li još uvijek postoji rizik za ponovni pokušaj suicida. Također, u svrhu prevencije nastoji se ograničiti dostupnost potencijalno opasnih i štetnih sredstava kao što je vatreno oružje, alkohol, razna psihoaktivna sredstva, lijekovi i otrovne tvari. Centri za krizna stanja i SOS telefoni imaju veliku ulogu u prevenciji suicidalnog ponašanja. Naime, oni omogućuju široj populaciji da se obrate za pomoć u kriznim situacijama ili kada je ponašanje bolesnika takvo da ugrožava sebe ili druge osobe iz okoline. Prevencijom se nastoji utjecati na bolesnike koji se zbog svoje duševne bolesti češće samoozljeđuju ili rade na poslovima s visokim rizikom od razvoja suicidalnog ponašanja. Kao što je već spomenuto mediji imaju veliki utjecaj u razvoju rizika za suicidalno ponašanje, zbog čega su donesene smjernice o pravilnom izvješćivanju o suicidima. Naime, poboljšanjem načina izvješćivanja o suicidima mediji bi mogli imati veliki utjecaj u prevenciji suicida, no to uvijek nije tako već pojedini mediji još uvijek prikazuju suicid kao alternativu za bijeg od životnih problema ili ga prikazuju kao nešto aktualno. Provođenjem programa prevencije nastoji se promovirati duševno blagostanje i dobrobit u općoj populaciji (5).

## 9. LIJEČENJE SUICIDALNOG PONAŠANJA

Liječenje suicidalnog ponašanja provodi se liječenjem poremećaja koji se nalazi u podlozi suicidalnog ponašanja (33). Odnosno suicidalno ponašanje se nikada ne liječi izolirano, već se nastoji smanjiti suicidalni rizik, liječenjem prvobitnog poremećaja (4). Plan liječenja bolesnika sa suicidalnim ponašanjem donosi se na osnovu izražene kliničke slike i specifičnostima svakog pojedinog bolesnika. Tijekom liječenja primjenjuje se multidisciplinarnan pristup. Stariji bolesnici koji imaju izraženo suicidalno ponašanje najčešće se hospitaliziraju, zbog brige za njihovu sigurnost. Bolesnici se mogu uputiti na liječenje u jedinicu intenzivne skrbi ako posjeduju visok suicidalni rizik ili zbog samoozljeđivanja (9). Važno je naglasiti kako hospitalizacija nije uvijek najbolja metoda za liječenje bolesnika sa suicidalnim ponašanjem, a ako se primjenjuje onda je treba provoditi s oprezom i energično. Hospitalizacija se provodi kada je potrebno kontinuirano liječenje uz stalan nadzor bolesnika sa suicidalnim ponašanjem i kada je upitna bolesnikova sigurnost (8).

Psihofarmakoterapija se bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem propisuje na osnovu izraženih simptoma. Prilikom liječenja bolesnika sa suicidalnim ponašanjem psihofarmakoterapijom primjenjuje se kombinacija psihijatrijskih lijekova kako bi se što prije postigao terapijski učinak i spriječio pokušaj suicida (18). Psihofarmakoterapija primjenjuje se u akutnim fazama liječenja, a može se primijeniti i kod dugoročnog liječenja. Naime, psihofarmakoterapijom nastoji se djelovati na agitiranog, dezorganiziranog, psihotičnog bolesnika sa suicidalnim ponašanjem i na bolesnike sa smanjenim voljno-nagonskim dinamizmima (8). Poznato je kako primjena psihofarmakoterapije u jedinicama intenzivnog liječenja može ubrzo dovesti do smirenja bolesnika, ali treba biti pažljiv zato što takvi lijekovi najčešće imaju kratkotrajan učinak (9). Stoga je potrebno provoditi stalne kontrole i preglede bolesnikovog psihičkog stanja. Bolesnici koji posjeduju visok suicidalni rizik uz liječenje psihofarmakoterapijom zahtijevaju i kontinuirano bolničko liječenje (4). Liječenje bolesnika sa suicidalnim ponašanjem psihofarmakoterapijom najčešće obuhvaća primjenu antidepresiva, anksiolitika, antipsihotika i stabilizatora raspoloženja.

Antidepresivi se rijetko propisuju samo u akutnim fazama liječenja. Primjena antidepresiva ima nejasan učinak na redukciju akutnog suicidalnog rizika, međutim zbog povezanosti depresivnog poremećaja i suicidalnosti njihova primjena smatra se razumnom i učinkovitom. Liječenje suicidalnosti antidepresivima započinje se planom duljeg uzimanja, i to novijih generacija antidepresivnih lijekova. Dulje uzimanje antidepresiva može doprinijeti smanjenju rizika za suicidalni pokušaj i razvoj suicidalnih misli. Stabilizatori raspoloženja pozitivno djeluju na stabilizaciju raspoloženja i smanjenje agitacije. Od stabilizatora raspoloženja najviše se ističe litij. Brojna istraživanja dokazala su kako litij ima veliku djelotvornost u održavanju dugotrajnih terapija, a posebno kod bolesnika sa BAP-om i depresivnim poremećajem. Liječenje litijem ne započinje se u akutnoj fazi ako se iz nekog razloga njegova primjena ne može nastaviti u fazama praćenja. Također, liječenje litijem može rezultirati 80 do 90% smanjenim suicidalnim rizikom i više od 90% smanjenom stopom pokušaja suicida. Anksiolitici se najčešće primjenjuju u akutnom liječenju tjeskobe, panike i agitacije, čime se doprinosi smanjenju suicidalnog rizika (4,8).

Antipsihotici se u jedinicama intenzivne skrbi primjenjuju za smanjenje agitiranosti i agresivnosti. Naime, antipsihotici djeluju tako da sprječavaju učinak dopamina na D2 (dopaminergički receptor tip 2) receptore, što dovodi do smanjenja suicidalnog rizika. Klozapin i kvetiapin posjeduju najmanje EPS-a (ekstrapiramidnih simptoma) nego bilo koji drugi antipsihotik. Poznato je kako klozapin i kvetiapin mogu doprinijeti smanjenju suicidalnog rizika, zbog svojeg antiagitacijskog i anksiolitičkog djelovanja. Također, klozapin može doprinijeti smanjenju stope suicida i rizika za suicidalni pokušaj kod shizofrenih bolesnika i bolesnika sa shizoafektivnom psihozom. Olanzapin posjeduje bolji terapijski učinak od haloperidola u smanjenju rizika za pokušaj suicida kod shizofrenih bolesnika (4,34).

Elektrostimulativna terapija (EST) je sigurna i djelotvorna metoda u liječenju bolesnika koji boluju od psihičkih poremećaja. Primjenjuje se kada je potreban brzi odgovor na terapiju kao kod bolesnika sa visokim suicidalnim rizikom ili kada izostane terapijski odgovor na psihofarmakoterapiju. Sam postupak provođenja EST terapije zahtijeva prisutnost psihijatra, anesteziologa, anesteziološkog tehničara i prvostupnika sestrinstva. Postupak se provodi tako da se dvije elektrode elektrostimulatora postave u razinu dviju temporalnih regija, preko kojih se aplicira mala, kontrolirana količina elektriciteta na mozak (5). EST terapija primjenjuje se

kod depresivnih i psihotičnih bolesnika koji iskazuju ozbiljna suicidalna promišljanja, imaju pokušaje suicida te imaju visok rizik za počinjenje suicida. Kod teške depresivne epizode bolesnicima bi trebala biti propisana EST terapija već na početku liječenja (8).

Psihoterapija je metoda liječenja bolesnika sa suicidalnim ponašanjem, pomoću koje se putem stvorenog odnosa između terapeuta i bolesnika razvija niz reakcija koje doprinose oslobađanju bolesnika njegovih smetnji, istraživanju psihičkog života bolesnika i ublažavanju bolesnikovih tegoba (5). Važno je naglasiti da se psihoterapija provodi planski s unaprijed određenim ciljem promjene bolesnikovih reakcija u odnosu prema svojoj neposrednoj okolini i samom sebi. Što naposljetku dovodi do određene promjene ličnosti kod bolesnika. Psihoterapija omogućuje bolesniku sa suicidalnim ponašanjem da verbalizira svoje poteškoće, emocionalne i tjelesne. Uloga terapeuta tijekom provođenja psihoterapije je da sluša bolesnika, prepozna probleme i potrebe bolesnika, pruži podršku bolesniku i razvije odnos povjerenja sa bolesnikom. Terapeut bolesniku sa suicidalnim ponašanjem ne nudi rješenja problema iz vlastita iskustva, nego nastoji bolesnika potaknuti da sam prepozna svoje emocionalne reakcije te da pokuša ojačati svjesne mehanizme prilagodbe na novonastalu situaciju ili vlastite mehanizme obrane (5). Liječenje bolesnika sa suicidalnim ponašanjem psihoterapijom najčešće se provodi u Dnevnim bolnicama, gdje rade posebno educirani zdravstveni djelatnici.

Važno je da bolesnici sa suicidalnim ponašanjem tijekom liječenja psihoterapijom imaju podršku obitelji i bliže okoline, što uvelike može doprinijeti smanjenju rizika za razvoj suicidalnog ponašanja. Također, potrebno je naglasiti kako mnogo različitih psihoterapijskih pravaca može doprinijeti smanjenju suicidalnog rizika. Brojna istraživanja su dokazala kako je primjena kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) učinkovita u smanjenju rizika za pokušaj suicida. Naime, istraživanjima je utvrđeno kako je KBT terapija uspješnija u smanjenju suicidalnog rizika ako se primjeni izravno na suicidalne namjere i razmišljanja, a ne na psihičke poremećaje koji se nalaze u podlozi bolesnika sa suicidalnim ponašanjem (8).

## **10. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE**

Proces zdravstvene njege predstavlja neizostavan dio u sestrinskoj praksi i obrazovanju medicinskih sestara/tehničara za pružanje zdravstvene njege bolesniku. Potrebno je da način otkrivanja i rješavanja nekog problema u procesu zdravstvene njege bude razuman i utemeljen na znanju. Proces zdravstvene njege obuhvaća: procjenu stanja bolesnika, otkrivanje problema, izradu plana zdravstvene njege za postojeći problem i skrb medicinske sestre/tehničara za bolesnika tijekom cijelog procesa pružanja zdravstvene njege.

### **10.1. Sestrinska skrb za bolesnika sa suicidalnim ponašanjem**

Medicinske sestre/tehničari imaju važnu ulogu u procjeni i zbrinjavanju bolesnika sa suicidalnim ponašanjem. Procjena i zbrinjavanje bolesnika sa suicidalnim ponašanjem započinje od trenutka kada bolesnik zatraži stručnu pomoć zbog prisutnih simptoma ili kada se bolesnik sa suicidalnim ponašanjem zbog prethodnog pokušaja suicida ili samoozljeđivanja zaprimi na Objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP). Potrebno je da medicinska sestra/tehničar posjeduje potrebno znanje o suicidalnosti kako bi bolesnicima mogla pružiti adekvatnu pomoć i potporu. Bolesnike koji imaju visok rizik za razvoj suicidalnog ponašanja, potrebno je kontinuirano pratiti i promatrati. Također, medicinske sestre/tehničari trebali bi procijeniti da li bolesnik posjeduje neke od rizičnih čimbenika koji imaju važnu ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja te da li ih pokazuje. Svaku prijetnju treba shvatiti ozbiljno. Bolesnici koji pokušaju suicid najčešće svojim postupkom ne izražavaju želju za samoubojstvom, već nastoje okolini poručiti kako im je potrebna pomoć i razumijevanje (5).

Važno je da medicinske sestre/tehničari tijekom pružanja zdravstvene njege razviju sa bolesnikom odnos povjerenja i empatije, na osnovu kojeg će potaknuti bolesnika da se povjeri samo bliskim osobama u koje ima povjerenja. Potrebno je pažljivo slušati bolesnika i potaknuti ga na izražavanje osjećaja, jer će samo tako medicinska sestra/tehničar saznati o čemu bolesnik razmišlja i moći će mu pomoći olakšati stanje, tako što će ono najteže u sebi podijeliti s nekim. Također, prilikom razgovora sa bolesnikom potrebno je pratiti tijek razgovora i ustanoviti kakve poglede bolesnik ima na život. Bolesnici sa suicidalnim



ponašanjem prepoznaju se po suicidalnim mislima, depresivnom ponašanju i suicidalnim prijetnjama. Ukoliko medicinska sestra/tehničar ne može otkriti namjere kod bolesnika za počinjenje suicida, potrebno je da ga direktno pita da li ima namjeru ozlijediti se. Važno je bolesnika sa suicidalnim ponašanjem poticati na komunikaciju i socijalizaciju s drugim osobama, te ga poticati na uključivanje u rad skupine, što će mu omogućiti da razgovara sa drugim bolesnicima i pomoći mu da otkrije pozitivne aspekte života (5).

Tijekom provođenja zdravstvene njege potrebno je ukloniti sve opasne i oštre predmete iz okoline. Također, je važno provjeravati bolesnikove osobne stvari i ormarić u sobi, zato što postoji mogućnost da posjetitelji donesu lijekove, oštre i opasne predmete. Sve lijekove koji se nalaze na odjelu potrebno je držati pod ključem kako ne bi došlo do njihovog otuđivanja u svrhu počinjenja suicida. Pojedini bolesnici mogu prijetiti suicidom, dok se kod nekih bolesnika želja za počinjenje suicida može vidjeti iz njihovog ponašanja. Stoga je važno da medicinska sestra/tehničar obrati pozornost na ponašanje bolesnika te da pokuša predvidjeti njegove namjere. Također, je potrebno pratiti kretanje bolesnika tijekom 24 sata, a posebno u ranim jutarnjim i kasnim večernjim satima (5). Medicinske sestre/tehničari moraju voditi kontinuiranu brigu za bolesnike sa suicidalnim ponašanjem i spriječiti pokušaj suicida, ovisno o prisutnoj dijagnozi i etiologiji. Potrebno je ozbiljno shvatiti one bolesnike koji stalno govore o suicidu, kao i one koji ne govore o suicidu. Najčešće se pokušaj počinjenja suicida pažljivo i dugo vremena priprema. Naime, u trenucima kada bolesnici sa suicidalnim ponašanjem postaju smireni, komunikativni te kada se simptomi depresije povuku, tada je potrebno obratiti posebnu pozornost na takve bolesnike. U tim trenucima okolina najčešće popusti u praćenju stanja bolesnika, što bolesniku omogućava da realizira svoju namjeru (18).

Tijekom procesa zdravstvene njege važno je uključiti članove obitelji i bližu okolinu u rješavanje problema, provesti edukaciju i potaknuti ih da budu potpora bolesniku tijekom skrbi. Glavni cilj zdravstvene njege bolesnika sa suicidalnim ponašanjem je potaknuti bolesnika da donese odluku kako neće pokušati ili počiniti suicid te da će nastaviti živjeti unatoč problemima. Zatim potaknuti bolesnika na usvajanje pozitivnog i kreativnijeg načina ponašanja. Potaknuti bolesnike na uključivanje u socioterapiju kako bi se što bolje mogli nositi sa svojim stanjem. Sve postupke i intervencije koje medicinske sestre/tehničari provedu tijekom pružanja zdravstvene njege bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem potrebno je

evidentirati u sestrinskoj dokumentaciji. Svaki pokušaj ili počinjenje suicida, kao i samoozljeđujuće ponašanje potrebno je evidentirati u sestrinskoj dokumentaciji. Važno je evidentirati okolnosti koje su dovele do razvoja suicidalnog ponašanja i posljedice koje su nastale (5).

Važno je da medicinske sestre/tehničari educiraju bolesnike sa suicidalnim ponašanjem o rizičnim čimbenicima i uzrocima pojave suicidalnog ponašanja kako bi bolesnici na vrijeme mogli poduzeti aktivnosti ublažavanja negativnih simptoma i spriječiti suicid. Medicinske sestre/tehničari tijekom provođenja zdravstvene njege za bolesnike sa suicidalnim ponašanjem nikako ne bi smjeli ostavljati bolesnika samog, kritizirati, osuđivati, primijeniti zaštitnički stav prema bolesnicima. Zatim ne bi smjeli govoriti da će sve biti u redu te da se ne brinu, govoriti kako se treba osjećati i primjenjivati jednostavna rješenja u zbrinjavanju nekog složenog problema. Tijekom pružanja zdravstvene njege bolesniku sa suicidalnim ponašanjem, intervencije medicinske sestre/tehničara usmjerene su na sprječavanje suicida, samoozljeđivanja ili ozljeđivanja. Medicinska sestra/tehničar ima vrlo bitnu ulogu u skrbi za bolesnike sa suicidalnim ponašanjem. Stoga je potrebno da se medicinske sestre/tehničari stalno educiraju te napreduju na etičkom i profesionalnom planu (5).

## **10.2. Planovi zdravstvene njege**

Najčešće sestrinske dijagnoze kod bolesnika sa suicidalnim ponašanjem su: visok rizik za samoozljeđivanje, visok rizik za samoubojstvo, nisko samopoštovanje i anksioznost.

### **Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osnovnom bolešću**

Visok rizik za samoozljeđivanje je stanje u kojem bolesnik izražava želju da naštetiti samom sebi ili da se ozljedi. Najčešće dolazi do ozljeda koje nisu smrtonosne, a sve u svrhu oslobađanja napetosti u stresnim situacijama. Čimbenici rizika su: socijalna izolacija, halucinacije uzrokovane psihotičnim stanjima, poremećaji prehrane, teška bolest, traume iz djetinjstva, agresivno ponašanje, ovisnost, bol, gubitak kontrole (35).

Cilj:

- bolesnik se neće ozlijediti
- ograničiti pristup sredstvima i stvarima koje mogu doprinijeti samoozljeđivanju
- podučiti bolesnika metodama prepoznavanja rizičnog ponašanja (agresivnosti, impulzivnosti, straha, anksioznosti)
- podučiti bolesnika kako da kontrolira svoje osjećaje i reakcije tijekom pojave rizičnog ponašanja

#### Intervencije:

- poticati pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- stvoriti odnos povjerenja sa bolesnikom
- potaknuti bolesnika na uključivanje u grupe podrške
- educirati obitelj o intervencijama u slučaju pokušaja samoozljeđivanja
- reagirati i pri najmanjim pojavama znakova uzbuđenja
- ukloniti sve opasne predmete i stvari iz bolesnikove okoline
- kontinuirano pratiti i procjenjivati ozbiljnost bolesnikovih namjera
- educirati bolesnika kako da prepozna stresne situacije koje mogu dovesti do razvoja samodestruktivnog ponašanja i razmišljanja
- pratiti da bolesnik nikada nije smješten sam u sobi
- educirati bolesnika metodama nošenja sa poteškoćama
- osigurati razdoblja odmora
- organizirati u dogovoru sa bolesnikom uravnotežene periode aktivnosti i spavanja
- poticati socijalizaciju bolesnika sa drugim osobama

#### Očekivani ishodi/Evaluacija:

- bolesnik prepoznaje pojavu rizičnog ponašanja i nakane za samoozljeđivanjem te sve prijavljuje medicinskoj sestri/tehničaru
- bolesnik je naučio kontrolirati svoje osjećaje i reakcije prilikom pojave stresnih situacija
- bolesnik uspješno negira želju za samoozljeđivanjem
- bolesnik se tijekom pružanja skrbi nije samoozljeđio

## **Visok rizik za samoubojstvo u/s stresnim situacijama, osjećaj krivnje**

Visok rizik za samoubojstvo je stanje u kojem bolesnik izražava namjeru da počini samoubojstvo te se nalazi u opasnosti zbog povećanog rizika za počinjenje suicida. Rizični čimbenici su: suicidalne nakane, prethodni pokušaji suicida, depresija, epizode ljutnje i srdžbe, manija, pretrpljene traume, panika, psihotična stanja, psihoorganski sindrom, ovisnosti (35).

### Cilj:

- bolesnik neće počinuti suicid
- bolesnik će verbalizirati suicidalne misli i osjećaje
- bolesnik će zatražiti pomoć prilikom pojave suicidalnih misli i ponašanja
- bolesnik će aktivno sudjelovati prilikom provođenja terapijskog tretmana

### Intervencije:

- ukloniti sve opasne stvari i predmete koje mogu pomoći pri izvršenju suicida (lijekovi, remenje, oštri predmeti, električni uređaji)
- kontinuirano kontrolirati bolesnika i pregledavati njegovu sobu i ormariće
- pratiti da bolesnik nikada nije smješten sam u sobi
- poticati bolesnika na komunikaciju i verbalizaciju negativnih osjećaja i emocija (ljutnja, strah, krivnja, tuga, neprijateljstvo)
- uključiti obitelj u pružanje skrbi za bolesnika
- stvoriti odnos povjerenja sa bolesnikom, koji se temelji na aktivnom slušanju i empatiji
- na vrijeme otkriti nagle promjene u ponašanju
- uključiti bolesnika u terapijski proces
- kontrolirati uzimanje terapije
- odjelnu terapiju držati pod ključem i na sigurnom mjestu
- svakodnevno pratiti i procjenjivati rizik za počinjenje suicida
- poticati bolesnika na izražavanje suicidalnih misli i planova
- spriječiti izolaciju i otuđivanje bolesnika
- poticati obitelj da bude uz bolesnika te da održe iskrene i tople odnose bez obzira na postojanje suicidalnih misli, planova i ponašanja

- organizirati svakodnevne aktivnost s bolesnikom u skladu s njegovim potrebama i mogućnostima
- provoditi terapijsku komunikaciju sa bolesnikom bez kritiziranja i osuđivanja
- potaknuti bolesnika da se u kriznim situacijama usredotoči na određene aktivnosti.

Očekivani ishod/Evaluacija:

- bolesnik tijekom pružanja skrbi nije pokušao počinuti suicid
- bolesnik uspješno verbalizira svoje osjećaje i emocije
- bolesnik prilikom pojave suicidalnih misli i ponašanja traži pomoć medicinske sestre/tehničara
- bolesnik aktivno sudjeluje tijekom provođenja terapijskog tretmana

### **Nisko samopoštovanje u/s iskrivljenom percepcijom samoga sebe**

Nisko samopoštovanje se navodi kao stanje u kojem osoba formira pogrešnu sliku o sebi ili vlastitim mogućnostima, što naposljetku dovodi do razvoja suicidalnog ponašanja. Rizikni čimbenici su: teške tjelesne ili neurološke bolesti, društveno neprihvatanje, depresija, krivnja, socijalna izolacija, ovisnost, teški gubitci (bliske osobe, posla), ozljede ili gubitak dijela tijela i psihotična stanja (35).

Cilj:

- bolesnik će verbalizirati pozitivne osjećaje i razmišljanja o sebi
- bolesnik će znati prepoznati uzroke problema i adekvatno reagirati kada se pojave
- bolesnik će uspješno komunicirati s drugim osobama

Intervencije:

- poticati samopoštovanje
- uključiti bolesnika u rad skupine
- poticati bolesnika na razvijanje osjećaja pripadnosti skupini
- poticati bolesnika na verbalizaciju osjećaja

- pravovremeno uočiti pojavu suicidalnih misli i nakana kod bolesnika
- uključiti bolesnika i obitelj u program psihoterapije
- aktivno slušati pacijenta te pokazati razumijevanje i interes za bolesnikove probleme
- razgovor sa bolesnikom voditi u privatnosti
- podučiti bolesnika mehanizmima nošenja sa rizičnim ponašanjem
- pravovremeno uočiti promjene u ponašanju bolesnika te adekvatno reagirati na njih
- poticati bolesnika na uspostavljanje socijalnog kontakta
- dopustiti bolesniku da se uključi u donošenje odluka
- tijekom skrbi bolesnika ohrabrivati te mu davati pozitivnu povratnu informaciju
- omogućiti bolesniku razgovor sa psihoterapeutom
- poticati bolesnika na fizičku aktivnost
- tijekom skrbi utvrditi bolesnikove prednosti i mogućnosti

Očekivani ishod/Evaluacija:

- bolesnik uspješno prepoznaje uzroke problema i pozitivno reagira na njih
- bolesnik pozitivno verbalizira svoje osjećaje i ima pozitivno mišljenje o sebi
- bolesnik ne sudjeluje u komunikaciji s drugim osobama

### **Anksioznost u/s intrapersonalnim konfliktom što se očituje sklonošću samoozljeđivanju.**

Anksioznost je stanje u kojem prevladava osjećaj zabrinutosti, nelagode, opće napetosti, straha, velikog stresa, iracionalnog lošeg predosjećaja i panike (36). Rizični čimbenici su: osjećaj izolacije, nemogućnost kontrole okoline, dijagnostički ili medicinski postupci, otežano suočavanje sa problemima, strah, osjećaj bespomoćnosti, socioekonomske neprilike, fizička ili emocionalna oboljenja (35).

Cilj:

- bolesnik se neće ozlijediti
- bolesnik će se naučiti suočavati s anksioznošću

Intervencije:

- stvoriti sigurnu okolinu, bez predmeta i stvari kojima bi mogao sebi ili nekom drugom nanijeti ozljede
- educirati bolesnika o mehanizmima ublažavanja anksioznosti ( vježbe dubokog disanja, mišićne relaksacije, grupna psihoterapija, masaža, humor, zamišljanje ili gledanje ugodnih trenutaka)
- educirati bolesnika o pravilnom uzimanju anksiolitika
- kontinuirano pratiti i nadzirati uzimanje terapije
- stvoriti odnos s bolesnikom temeljen na empatiji i razumijevanju njegovih osjećaja
- kontinuirano nadzirati bolesnika
- svakodnevno obavještavati bolesnika o planiranim postupcima i tretmanu
- stvoriti odnos povjerenja sa bolesnikom
- upoznati bolesnika sa osobljem, pacijentima, prostorom i aktivnostima
- osigurati tihu i mirnu okolinu ( s tihom glazbom, bez buke)
- omogućiti bolesniku da sudjeluje u donošenju odluka
- educirati bolesnika kako da prepozna uzroke i situacije koje dovode do anksioznosti
- poticati bolesnika da verbalizira svoje osjećaje
- zajedno sa bolesnikom izraditi plan aktivnosti
- pratiti nagle promjene raspoloženja i ponašanja

Očekivani ishod/Evaluacija:

- tijekom pružanja skrbi u bolnici bolesnik se nije ozlijedio
- bolesnik je usvojio potrebno znanje te se uspješno suočava sa anksioznošću

## 11. ZAKLJUČAK

Suicidalno ponašanje predstavlja veliki javnozdravstveni problem, stoga je od izuzetne važnosti na vrijeme ga prepoznati i poduzeti mjere prevencije kako ne bi došlo do izvršenja suicida. Prilikom procjene suicidalnog ponašanja potrebno je obratiti pozornost na ponašanje bolesnika, verbalno ili neverbalno. Tijekom procjene podaci se mogu prikupiti intervjuom od samog bolesnika ili njegove obitelji i prijatelja. Intervjuom se nastoji dobiti podatke o bolesnikovom razmišljanju i namjerama. Procjenom je potrebno utvrditi postojanje psihijatrijskih poremećaja, preživjelih teških životnih situacija i stresa na osnovu čega se može definirati rizik za pokušaj suicida. U današnje vrijeme suicidalno ponašanje se uspješno može liječiti, zbog dostupnosti i dobre djelotvornosti mnogih novih lijekova te uvođenjem restrikcija u neke starije metode liječenja (EST i psihoterapija). Bolesnike koji su već pokušali suicid potrebno je pažljivo pratiti, zbog mogućnosti ponovnog počinjenja suicida.

Medicinska sestra/tehničar ima važnu ulogu u skrbi za bolesnike sa suicidalnim ponašanjem zbog činjenice da će bolesnik prije reći neke informacije medicinskoj sestri/tehničaru nego liječniku. Također, medicinska sestra/tehničar u skrbi za bolesnika sa suicidalnim ponašanjem mora graditi odnos s bolesnikom temeljen na uzajamnom poštovanju, povjerenju, razumijevanju i empatiji. Prilikom pružanja skrbi ne smije osuđivati i kritizirati bolesnika. Ukoliko bolesnik verbalizira postojanje suicidalnih misli i ponašanja, potrebno je bolesnika uključiti u grupe podrške, psihoterapiju, primijeniti psihofarmakoterapiju te ukloniti opasne i oštre predmete iz bolesnikove okoline. Bolesnika je potrebno kontinuirano pratiti i nadzirati. Bolesnike sa suicidalnim ponašanjem potrebno je aktivno slušati te ih educirati o pozitivnim aspektima života i pozitivnom razmišljanju.

Stigmatizacija usmjerena prema bolesnicima sa suicidalnim ponašanjem predstavlja veliki problem kojeg je teško iskorijeniti. Stoga je potrebno djelovati na smanjenje stigme pravilnom edukacijom šire javnosti, čime se može utjecati na smanjenje straha okoline od bolesnika sa suicidalnim ponašanjem. Okolina doživljava strah zbog dramatičnih poduhvata tijekom počinjenja suicida. Važno je da medicinske sestre/tehničari podsjetu bolesnike da nisu sami te da ih educiraju kako da se pozitivno nose sa suicidalnim ponašanjem.



## 12. LITERATURA

1. Degmečić D. Hitna stanja u psihijatriji. Medicus [Elektronički časopis]. 2017. 26( Supl 2). Str. 199-204. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/278595> (15.7.2024.)
2. Begić D. Psihopatologija. Drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
3. Filaković P. Urgentna psihijatrija. U: Filaković P, ur. Psihijatrija. Osijek: Studios HS Internet; 2014. str. 476-84.
4. Jukić V, Ostojić D, ur. Hitna stanja u psihijatriji. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
5. Muk B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: udžbenik za peti razred medicinske škole za zanimanje medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege. Zagreb: Školska knjiga; 2014.
6. Tomac A. Psihopatološke specifičnosti adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem (doktorska disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015.
7. Zečević D, ur. Sudska medicina i deontologija. 5. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
8. Karlović D, Peitl V, Silić A. Poremećaji raspoloženja. Zagreb: Naklada slap; 2020.
9. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. Medicus [Elektronički časopis]. 2017. 26(Supl 2). Str. 173-183. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/278587> (18.7.2024.)
10. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet [Elektronički časopis]. 2016. 387(Supl 10024). Str. 1227-39. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2) (18.7.2024.)
11. Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
12. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018. godinu [Online]. 2019. Dostupno na: [https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/10/Ljetopis\\_Yearbook\\_2018-1.pdf](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/10/Ljetopis_Yearbook_2018-1.pdf) (25.7.2024.)

13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2022. godinu [Online]. 2023. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2024/03/HZSLj-2022.pdf> (25.7.2024.)
14. Herceg M, Jukić V, Kovačić Petrović Z, Savić A. Hitna stanja u psihijatriji. Zagreb: Medicinska naklada; 2021.
15. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. BMJ [Elektronički časopis]. 2015. 351. Str. 1-12. Dostupno na: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978> (28.7.2024.)
16. Degmenčić D. Agresivnost i suicidalnost u psihotičnim poremećajima. Medicus [Elektronički časopis]. 2023. 32(Supl 1). Str. 59-65. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/445443> (30.7.2024.)
17. Barzilay S, Apter A. Psychological models of suicide. Arch Suicide Res [Elektronički časopis]. 2014. 18(Supl 4). Str. 295-312. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825> (1.8.2024.)
18. Marčinko D. Suicidalnost. U: Begić D, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2022. str. 457-67.
19. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. Nat Rev Neurosci [Elektronički časopis]. 2014. 15(Supl 12). Str. 802-16. Dostupno na: <https://doi.org/10.1038/nrn3839> (1.8.2024.)
20. Sharifi V, Eaton WW, Wu LT, ur. Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24-27 year follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. Br J Psychiatry [Elektronički časopis]. 2015. 207(Supl 1). Str. 30-6. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143198> (5.8.2024.)
21. Katavić M. Procjena suicidalnog rizika u hitnoj službi (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet; 2020.
22. Jukić V. Psihijatrijske teme za nepsihijatre. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.

23. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* [Elektronički časopis]. 2014. 13(Supl 2). Str. 153-60. Dostupno na: <https://doi.org/10.1002/wps.20128> (5.8.2024.)
24. Knorr R, Hoffmann K. Suizidalität bei schizophrenen Psychosen: eine aktuelle Übersicht [Suicidality in schizophrenic psychosis: a current overview]. *Nervenarzt* [Elektronički časopis]. 2021. 92(Supl 11). Str. 1186-1195. Dostupno na: <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01028-2> (6.8.2024.)
25. Karlović D, ur. Psihijatrija. Zagreb: Naklada slap; 2019.
26. Stefenson A, Titelman D. Psychosis and Suicide. *Crisis* [Elektronički časopis]. 2016. 37(Supl 3). Str. 224-31. Dostupno na: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000372> (8.8.2024.)
27. Nath S, Kalita KN, Baruah A, Saraf AS, Mukherjee D, Singh PK. Suicidal ideation in schizophrenia: A cross-sectional study in a tertiary mental hospital in North-East India. *Indian J Psychiatry* [Elektronički časopis]. 2021. 63(Supl 2). Str. 179-183. Dostupno na: [https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry\\_130\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_130_19) (9.8.2024.)
28. Sherman I. Stigma and suicide [Online]. 2023. Dostupno na: <https://suicidology.org/2023/01/19/stigma-and-suicide/> (12.8.2024.)
29. Kučukalić S, Kučukalić A. Stigma and suicide. *Psychiatria Danubina* [Elektronički časopis]. 2017. 29(Supl 5). Str. 895-899. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/383498> (12.8.2024.)
30. Oexle N, Herrmann K, Staiger T, Sheehan L, Rüschi N, Krumm S. Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: A qualitative study. *Death Studies* [Elektronički časopis]. 2019. 43(Supl 6). Str. 381-388. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1474286> (15.8.2024.)
31. Farrelly S, Jeffery D, Rüschi N, Williams P, Thornicroft G, Clement S. The link between mental health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychol Med* [Elektronički časopis]. 2015. 45(Supl 10). Str. 2013-22. Dostupno na: <https://doi.org/10.1017/s0033291714003158> (16.8.2024.)

32. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res* [Elektronički časopis]. 2016. 243. Str. 469-94. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042> (18.8.2024.)
33. Fountoulakis KN, Tohen M, Zarate CA Jr. Lithium treatment of Bipolar disorder in adults: A systematic review of randomized trials and meta-analyses. *Eur Neuropsychopharmacol* [Elektronički časopis]. 2022. 54. Str. 100-15. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.003> (25.8.2024.)
34. Šagud M, Šimunović-Filipčić I, Klinar I. Antipsihotici. *Medicus* [Elektronički časopis]. 2023. 32(Supl 1). Str. 67-74. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/445449> (26.8.2024.)
35. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, Vico M. *Sestrinske dijagnoze III*. [Elektronička knjiga]. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2015. Dostupno na: [http://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske\\_dijagnoze\\_3.pdf](http://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf) (28.8.2024.)
36. Zaharija I. Simptomi anksioznosti [Online]. 2020. Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/33656/Simptomi-anksioznosti.html> (29.8.2024.)

### **13. OZNAKE I KRATICE**

BAP – bipolarni afektivni poremećaj

C – SSRS – Columbia-suicide severity rating scale

DNA – deoksiribonukleinska kiselina

D2 – dopaminergički receptor tip 2

EST – elektrostimulativna terapija

EPS – ekstrapiramidni simptomi

HHA – hipotalmo-hipofizno-adrenalna os

KOP – opsesivno-kompulzivni poremećaj

KBT – kognitivno-bihevioralna terapija

OHBP – Objedinjeni hitni bolnički prijem

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

% - postotak

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

## 14. SAŽETAK

Suicidalno ponašanje se najčešće definira kao autoagresivan čin s fatalnim posljedicama. U svijetu godišnje oko milijun ljudi počini suicid. Stoga se može reći kako se stopa suicida u posljednjih 50 godina znatno povisila i to za 60%. Čimbenici rizika za razvoj suicidalnog ponašanja su: dob iznad 45 godina, bolesti ovisnosti, psihičke bolesti, socijalne neprilike, prethodni pokušaj suicida, prethodna hospitalizacija, tjelesna oboljenja i postojanje suicidalnih misli i ponašanja. Biološke osnove imaju značajnu ulogu u formiranju suicidalnog ponašanja kod pojedinih populacija. Stoga je potrebno obratiti pozornost na koncentraciju kolesterola i serotonina. Razvoj suicidalnog ponašanja može se objasniti modelom stres-dijateze, gdje dolazi do interakcije bioloških, psiholoških i psihijatrijskih čimbenika s ranijim traumatskim iskustvima. Psihijatrijski poremećaji imaju važnu ulogu u razvoju rizika za suicidalno ponašanje, a posebno depresija, bipolarni afektivni poremećaj (BAP) i alkoholizam. Klinička slika bolesnika sa suicidalnim ponašanjem obuhvaća: pasivne i aktivne suicidalne ideje te rane i kasne znakove pojave rizika za suicid. Suicidalno ponašanje je često praćeno stigmom koja može biti javna i samostigma. Javna stigma i samostigma kod bolesnika uzrokuju socijalnu izolaciju, pad beznađa te promjene u dosadašnjem funkcioniranju bolesnika. Bolesnici sa suicidalnim ponašanjem se liječe psihoterapijom, psihofarmakoterapijom i elektrostimulativnom terapijom (EST). Medicinska sestra/tehničar tijekom procesa zdravstvene njege kontinuirano vodi brigu o bolesniku, educira bolesnika i obitelj, prikuplja podatke, procjenjuje rizik za počinjenje suicida te sprječava pokušaj suicida. Također, je važno da medicinske sestre/tehničari svakodnevno vode sestrinsku dokumentaciju te da u nju upisuju sve provedene postupke i neželjene događaje. Važno je da medicinske sestre/tehničari tijekom procesa zdravstvene njege aktivno sudjeluju u procesu liječenja bolesnika sa suicidalnim ponašanjem te da bolesnika poduče mjerama prevencije suicidalnog ponašanja. Zatim osiguravaju sigurnu okolinu za bolesnika i potiče ga na verbalizaciju osjećaja i problema kako bi doprinijela olakšanju stanja.

Ključne riječi: suicidalno ponašanje, čimbenici rizika, suicid, zdravstvena njega.

## 15. SUMMARY

Suicidal behavior is most often defined as an auto-aggressive act with fatal consequences. In the world, around one million people commit suicide every year. Therefore, it can be said that the suicide rate has increased significantly in the last 50 years by 60%. Risk factors for the development of suicidal behavior are: age over 45, addiction diseases, mental illnesses, social problems, previous suicide attempt, previous hospitalization, physical illnesses and the existence of suicidal thoughts and behaviors. Biological foundations play a significant role in the formation of suicidal behavior in certain populations. Therefore, it is necessary to pay attention to the concentration of cholesterol and serotonin. The development of suicidal behavior can be explained by the stress-diathesis model, where biological, psychological and psychiatric factors interact with earlier traumatic experiences. Psychiatric disorders play an important role in the development of risk for suicidal behavior, especially depression, bipolar affective disorder (BAP) and alcoholism. The clinical picture of patients with suicidal behavior includes: passive and active suicidal ideas and early and late signs of the risk of suicide. Suicidal behavior is often accompanied by stigma, which can be public and self-stigma. Public stigma and self-stigma in patients cause social isolation, a drop in hopelessness and changes in the patient's functioning so far. Patients with suicidal behavior are treated with psychotherapy, psychopharmacotherapy and electrostimulation therapy (EST). During the health care process, the nurse/technician continuously takes care of the patient, educates the patient and the family, collects data, assesses the risk of committing suicide and prevents suicide attempts. Also, it is important that nurses/technicians maintain nursing documentation on a daily basis and that they record all performed procedures and unwanted events in it. It is important that nurses/technicians actively participate in the process of treating patients with suicidal behavior during the health care process and that they teach the patient measures to prevent suicidal behavior. They then provide a safe environment for the patient and encourages him to verbalize feelings and problems in order to contribute to the relief of the condition.

Keywords: suicidal behavior, risk factors, suicide, health care.

## IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>21.10.2024.</u>	KRISTIJAN MIKLIN	Kristijan Miklin



U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

KRISTIJAN MIKLIN  
*ime i prezime studenta/ice*

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon \_\_\_\_\_ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 21.10.2024.

Kristijan Miklin  
*potpis studenta/ice*

