

Sestrinsko zbrinjavanje suicidalnog pacijenta

Knezović, Tamara

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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:144:148306>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**SESTRINSKO ZBRINJAVANJE SUICIDALNOG
PACIJENTA**

Završni rad br. 51/SES/2019

Tamara Knezović

Bjelovar, rujan 2019.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Knezović Tamara** Datum: 19.06.2019. Matični broj: 001562
JMBAG: 0314015143

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Sestrinsko zbrinjavanje suicidalnog pacijenta**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević** zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik
2. dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor
3. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 51/SES/2019

Ljudi svih starosnih dobi i iz svih slojeva društva nisu izuzeti od suicidalnosti, kao vrlo važnog javnozdravstvenog problema koji najčešće ugrožava ljude u najproduktivnijoj životnoj dobi.

U ovom preglednom radu bit će prikazana epidemiologija, etiologija, zbrinjavanje suicidalnog pacijenta s posebnim naglaskom na sestrinski pristup i važnost uloge sestre u praćenju takovih pacijenata te pravodobnom prepoznavanju rizičnih pacijenata.

Zadatak uručen: 19.06.2019.

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



Zahvala

Zahvaljujem se svojoj mentorici dr. sc. Mariji Kudumiji Slijepčević na pomoći pri odabiru teme i pisanju ovoga rada. Zahvaljujem se i svim profesorima studija sestrinstva na dijeljenju svoga znanja i iskustava tijekom ove tri godine.

Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji. Jedno veliko hvala dugujem svojim roditeljima koji su mi omogućili ovo školovanje, vjerovali u mene i podržavali svaku moju odluku. Od srca hvala i mojoj braći, sestri i kumu na svakoj pomoći i neizmjerne podršci koju su mi pružili.

Ovaj rad posvećujem svim psihički oboljelim osobama i njihovim obiteljima.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	3
3. METODE.....	4
4. TEORIJSKI PRISTUPI PROUČAVANJU SUICIDALNOSTI.....	5
4.1. Sociologija suicidalnosti.....	5
4.2. Psihoanalitičko tumačenje suicidalnosti.....	6
4.3. Kognitivno tumačenje suicidalnosti.....	7
4.4. Antropološko-kulturološki pristup suicidalnosti.....	8
4.5. Neurobiokemijski pristup suicidalnosti.....	9
4.6. Suvremeno razumijevanje suicidalnog ponašanja: model stresne dijateze.....	9
5. PREDVIĐANJE SUICIDA	11
5.1. Predviđanje suicida uz pomoć inventara ličnosti.....	11
5.2. Čimbenici rizika suicidalnosti.....	12
6. PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA.....	14
6.1. Presuicidalni sindrom.....	15
6.2. Antipsihotici.....	16
6.3. Antidepresivi.....	17
6.4. Stabilizatori raspoloženja.....	17
6.5. Primjena elektrostimulativne terapije.....	17

6.6. Primjena transkranijalne terapije.....	18
7. PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI I SUICIDALNOST.....	19
7.1. Komorbiditet u suicidalnih pacijenata.....	19
7.2. Ovisnosti o alkoholu i drogama i suicidalno ponašanje.....	19
7.3. Depresija i suicidalno ponašanje.....	20
7.4. Shizofrenija i suicidalno ponašanje.....	21
7.5. Granični poremećaj ličnosti (Borderline).....	22
8. SESTRINSKA SKRB ZA SUICIDALNOG PACIJENTA.....	24
8.1. Sestrinske dijagnoze kod suicidalnih pacijenata.....	25
8.1.1. Visok rizik za samoozljeđivanje.....	25
8.1.2. Visok rizik za samoubojstvo.....	27
8.1.3. Anksioznost.....	29
8.1.4. Nesurađivanje.....	31
9. ZAKLJUČAK.....	34
10. LITERATURA.....	35
11. OZNAKE I KRATICE.....	37
12. SAŽETAK.....	38
13. SUMMARY.....	39

1. UVOD

Suicid, jedan od problema o kojem se danas još uvijek premalo govori iako zauzima jedno od najviših mjesta na listi uzroka smrti u mnogim zemljama, glavni je pojam ovoga rada. Naime, Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da najmanje 800.000 ljudi u svijetu svake godine počinu suicid [1]. Čak niti intenzivni razvoj psihijatrije kao struke nije rezultirao smanjenjem stope suicida u svijetu, već je došlo do porasta. Najrizičnija dobna skupina za počinjenje suicida su stariji od 75 godina, te muškarci imaju znatno višu stopu suicida nego žene [1]. A što je zapravo suicid, kako ga spriječiti i kako razumijeti, teško ćemo definirati. Pitanja i odgovore najprije ćemo povezati s psihijatrijom, no, čin samoubojstva također je i problem cjelokupne zajednice, tj. javnoga zdravstva. Pojam suicida potječe iz sedamnaestoga stoljeća, Thomas Browne prvi ga je uporabio u djelu „Religio Medici“ [2]. Najčešće je definiran kao namjerno i dobrovoljno samouništenje, stoga je razumljivo da je upravo tema suicidalnosti stoljećima bila tabuizirana i stigmatizirana. Mnogi suicidolozi i psihijatri pokušali su definirati pojam suicida, no, zbog kompleksnosti i multidimenzionalnosti samoga čina teško je izdvojiti ili reći koja je od njih najprihvatljivija. Stoga se prema klasičnomu psihijatrijskom stajalištu samoubojstvo prikazuje kao poremećeni čovjekov nagon za samoodržavanjem, koji je hijerarhijski najjači i najvažniji [2]. Klasifikacija suicidalnog ponašanja O'Carrola, jedna je od najcitiranijih klasifikacija [1]. On samoubojstvo definira kao dokazano samouzrokovanu smrt. Pokušaj samoubojstva objašnjava kao samoozljeđujuće ponašanje u kojem nedostaje fatalni ishod, iako je moguće dokazati da je osoba namjeravala sebi oduzeti život. Dok prekinuti pokušaj samoubojstva objašnjava kao potencijalno samoozljeđujuće ponašanje za koje postoje dokazi da je osoba imala namjeru oduzeti si život, no taj postupak je prekinut prije nego je došlo do tjelesnog oštećenja. Zatim, suicidalne ideacije definira kao razmišljanja osobe da si oduzme život i na koji način. Suicidalna namjera po njemu označava subjektivno očekivanje i želju da svojevolumni samodestruktivni čin dovede do vlastite smrti. Smrtnost samoubojičkoga ponašanja definira je kao objektivnu opasnost za vlastiti život povezanu s metodom izbora. A namjerno samoozljeđivanje definira kao svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi bez stvarne želje i nakane da si osoba oduzme život.

Iako je s obzirom na već navedene podatke lako zaključiti da je za zbrinjavanje suicidalnog pacijenta potreban tim stručnjaka, tj. multidisciplinarni tim, u daljnjem tekstu izdvojiti ćemo ulogu medicinske sestre.

2. CILJ RADA

Cilj ovoga rada je na temelju dostupne literature prikazati temu suicidalnog pacijenta, naglasiti ulogu medicinske sestre, istaknuti važnost prepoznavanja rizičnih čimbenika kao i prevenciju suicidalnog ponašanja.

3. METODE

Za izradu ovoga rada korištena je stručna literatura iz područja psihijatrije. Također, korišteni su i diplomski radovi, stručni članci, te pouzdane internetske stranice. Uz prikupljanje podataka putem Interneta korištena je i literatura Gradske knjižnice grada Zagreba.

4. TEORIJSKI PRISTUPI PROUČAVANJU SUICIDALNOSTI

S obzirom na svoju multidiscipliniranost i složena pitanja koja postavlja, suicidologija zahtjeva koordinaciju različitih znanstvenih gledišta.

4.1. Sociologija suicidalnosti

Sociolozi su na suicid gledali kao na patološki proizvod društva i izraz poremećenih odnosa pojedinca i društva [2]. Studija francuskog sociologa Davida Emila Durkheima pokazala je da je i krajnje osoban čin poput samoubojstva ipak pod utjecajem društva. Upravo je on inzistirao na sociološkom objašnjenju suicida. Suicid je opisao kao društvenu činjenicu koja u sebi nosi pečat standardnog uzroka društva, a moguće ju je objasniti samo drugim društvenim činjenicama [2]. Također, ustanovio je da neke grupe ljudi imaju veće vjerojatnosti da počine suicid: muškarci počine više suicida od žena, protestanti više od katolika, bogati od siromašnih, a neoženjeni više nego oženjeni. Ustanovio je i da su stope suicida niže u doba rata nego u doba neizvjesnih ekonomskih promjena. Svi ovi podaci doveli su ga do zaključka da postoje socijalne sile izvan pojedinaca koje utječu na stopu samoubojstava [2]. Durkheim spominje i pojam tzv. kolektivne svijesti, objašnjava ju kao snagu koja navodi ljude na samouništenje. Naime, on je početak pojedinačnog suicidalnog ponašanja vidio u kolektivnoj svijesti koja utječe na pojedinca te je posljedica svih individualnih dispozicija za suicid. S obzirom na navedene podatke Durkheim je suicidalno ponašanje čovjeka definirao kao odjek duhovnog stanja velike društvene grupe kojoj pripada [2]. Vjerovanjem da ljudi koji su snažno integrirani u društvene grupe i čije se težnje reguliraju socijalnim normama, rjeđe počine suicid, objasnio je četiri vrste samoubojstava, ovisno o relativnoj prisutnosti ili odsutnosti regulacije i integracije [2].

Egoističko samoubojstvo objašnjava kao rezultat gubitka socijalnog interesa ili neodgovarajuće integracije u društvu. Često su to samoubojstva fizički i duševno bolesnih osoba [1,2].

Altruističko samoubojstvo posljedica je prejake integracije u društvo. Ovaj oblik suicida u pojedinim kulturama i religijskim zajednicama smatra se časnim činom.

Anomičko samoubojstvo rezultat je naglih promjena u poziciji osobe u odnosu na društvenu zajednicu. Uloga pojedinca biva promijenjena (gubitak bliske osobe, ekonomski gubitak, nezaposlenost i sl.), što dovodi do kriznog stanja i autodestruktivnog ponašanja.

Fatalističko samoubojstvo zapravo je bijeg od sudbine jer osoba ne može upravljati vlastitim životom. Ovaj oblik suicida čest je među zatvorenicima.

Iako je Durkheimova teorija nailazila na kritike i osporavanja ipak je već dugi niz godina stalan izvor interesa suicidologa i sociologa.

4. 2. Psihoanalitičko tumačenje suicidalnosti

Psihoanalitičko tumačenje suicidalnosti najprije vežemo za osnivača psihoanalize Sigmunda Freuda. Teza koja se često navodila kao analitička formula suicidalnog ponašanja je ta da se nitko ne ubija sam tko prije toga nije fantazirao o tome da ubije nekoga drugog s kojim ima emotivan odnos [2]. Sigmund Freud ipak navodi da se o tom fenomenu malo zna te nastoji razumijevanjem dinamike žalosti i melankolije pojasniti fenomen suicida. Temeljem svojih istraživanja, nagon za samouništa vanjem objašnjava kao napad na izgublenu, napuštenu ili odbačenu voljenu osobu s kojom se melankolik poistovjećuje. U svom djelu „S one strane principa zadovoljstva“ nagon smrti prikazao je kao prisilu ponavljanja, kao opći mehanizam neuroza te kao manifestaciju agresivnosti [2]. Prisilu ponavljanja Freud objašnjava kao sklonost za ponovno uspostavljanje ranijega stanja, vraćanjem u anorgansko ili mrtvo stanje iz kojega je nastao život, što je temeljno utjelovljenje nagona smrti. Prisila ponavljanja u psihopatologiji se definira kao nesavladiv, nesvjesni proces kojim osoba sebe dovodi u mučnu situaciju ponavljanja starih doživljaja pri čemu se ne sjeća prvobitnog predloška [2].

Austrijsko-britanska psihoanalitičarka Melanie Klein i škotski psihijatar i psihoanalitičar William Ronald Fairbairn razradili su psihoanalitičku konceptualizaciju nagona smrti kao razvojnog fenomena unutar teorije objektnih odnosa. M. Klein je smatrala da je strah od gubitka vanjskih voljenih objekata, strah od njihove smrti, također povezan s agresivnim tendencijama prema njima, dok je Fairbairn smatrao da svi oblici agresije proizlaze iz ranog iskustva zanemarivanja ili zlostavljanja, pa je razradio fenomen unutrašnjeg sabo tera kojeg definiramo kao agresivni i proganjački ego koji se manifestira kao iskustvo mržnje prema

sebi i iskustvo mržnje doživljene od drugih [2]. Upravo to stanje osjećaja samomržnje i samokažnjavanja dovodi do depresije, osjećaja beznada i na kraju suicida.

Američki psihijatri John Maltzberger i Dan Buie su kroz istraživanje presuicidalnih stanja pacijenata ustanovili da je to specifično vrijeme ispunjeno nizom različitih suicidalnih fantazija. Uz njih osobe dokazuju smrt i umiranje u tjelesnom aspektu i na taj način zamišljaju svoj skori kraj. Iako, neki od njih ipak zamišljaju opstanak esencijalnog dijela njihova selfa koji će preživjeti tjelesnu smrt. Tu fantaziju autori su nazvali „selfom opstanka“ [2]. U radu s osobama koje žele počiniti samoubojstvo Maltzberger je ustanovio da su to pacijenti s iznimno visokim stupnjem samokritike, upravo zbog toga što su često bili zanemarivani ili zlostavljani.

U današnje vrijeme, mnogi psihoanalitički orijentirani autori na suicid ne gledaju samo u kontekstu nagona za destrukcijom i uništenjem, već u kontekstu instinkta života, tj. želje za potvrđivanjem vlastite ličnosti. Naime, pokušaj suicida za neke osobe ima obrambenu funkciju, odnosno život im je još na neki način vrijedan življenja [2].

4.3. Kognitivno tumačenje suicidalnosti

Američki suicidolog Edwin Shneidman svoj je kognitivni pristup samoubojstvu prikazao putem tzv. deset zapovijedi samoubojstva [2]:

- Uobičajena svrha samoubojstva je traganje za rješenjem
- Uobičajeni cilj samoubojstva je prestanak postojanja svijesti
- Uobičajeni podražaj za samoubojstvo je nepodnošljiva psihička bol
- Uobičajeni stresor u samoubojstvu je frustrirajuća psihološka potreba
- Uobičajena emocija u samoubojstvu je beznade
- Uobičajeno kognitivno stanje u samoubojstvu je ambivalencija
- Uobičajeno opažajno stanje u samoubojstvu je konstrikcija
- Uobičajena akcija u samoubojstvu je odlazak

- Uobičajeni interpersonalni čin u samoubojstvu je priopćenje namjere
- Uobičajena konzistentnost u samoubojstvu postoji s obrascima sučeljavanja sa stresom

Prema Shneidmanovom gledištu samoubojstvo je svjesni pokušaj rješavanja problema koji uzrokuje patnju, pri čemu suicidant gubi nadu te likvidira vlastiti osjećaj svjesnosti i osjećaj za konstruktivno djelovanje [2].

Nadalje, psiholog Aaron Beck strukturu suicida opisivao je uz pomoć elemenata kao što su: tjeskobni pritisak, neurotska struktura ličnosti, permanentni unutarnji konflikt, sklonost intelektualizaciji i niski prag osjetljivosti na opasnost. Također, smatrao je da se suicidantov sustav vjerovanja temelji na intrapsihičkoj, a ne na intrapersonalnoj razini komunikacije [2].

David Rudd, američki psiholog, predložio je da se konsenzusom struke utvrde prvi znakovi upozorenja na mogući suicid kao što su: osjećaj bespomoćnosti, bezizlaznosti, anksioznosti, agresivnosti i bijesa, traženje osvete, rizične aktivnosti, povlačenje od društva, problemi sa spavanjem, nagle promjene raspoloženja te osjećaj nesvrhovitosti življenja [2].

4.4. Antropološko-kulturološki pristup suicidalnosti

S antropološke strane proučavanje suicida povezuje se s društvenom sredinom, civilizacijskim sustavom, kulturnim vrijednostima, navikama i običajima, oblikom društvenog uređenja i vladajućim ideologijama u njima, načinom življenja i religijom. Prema antropološkom i kulturološkom pristupu naglasak je na sociokulturnom značenju samoubojstva. Suicidalna osoba počinat će samoubojstvo respektirajući norme i standarde društva kulture kojoj pripada. S obzirom na to može se zaključiti i da na samu odluku o samoubojstvu utječu tradicija i odgojni postupci kojima je osoba bila izložena. Samoubojstva se razlikuju u narodima i kulturnim zajednicama, pa samim time izazivaju različite reakcije koje utječu na formu, značenje i učestalost suicida.

4.5. Neurobiokemijski pristup i suicidalnost

Prva biokemijska i neurofiziološka istraživanja suicida počela su 60-ih godina 20. stoljeća. Istraživanja su bila usmjerena na disfunkcije središnjeg serotoninergičnog sustava, te je u žrtava suicida nađena niža razina serotonina i njegovih metabolita u cerebrospinalnom likvoru [2]. Neka istraživanja navode da je serotonin uzročnik impulzivnosti suicidalnog ponašanja te da utječe na nasilnost pokušaja samoubojstva. Uz istraživanje utjecaja serotonina, proučavao se i utjecaj hormona na suicidalno ponašanje. Tako je David Lester utvrdio da je stopa suicida u žena različita s obzirom na menstrualni ciklus. Naime, viša stopa suicida zabilježena je neposredno prije menstruacije i za vrijeme krvarenja. Kod muškaraca koji su iznenada počinili suicid pronađena je povišena razina testosterona, za razliku od onih muškaraca koji su suicid pokušali počinuti više puta[2].

Najnovija neurobiokemijska istraživanja suicida i dalje se povezuju s promjenama različitih neurotransitorskih sustava, ponajprije serotoninergičnog, dopaminergičnog i noradrenergičnog sustava, s promijenjenim funkcioniranjem neuroendokrinih sustava te lipida, posebice kolesterola[2].

Nasljednost suicidalnog ponašanja ustanovila se genetičkim istraživanjima, međutim način na koji se nasljeđuje još je nedovoljno poznat. Do sada su za suicidalno ponašanje pronađeni i identificirani samo neki geni, a ta bi identifikacija u budućnosti trebala uključivati pregled cijeloga ljudskog genoma [2]. Detaljna životna anamneza u kliničkom intervjuu iznimno je važna jer osobe s obiteljskom anamnezom suicidalnosti imaju višu razinu agresivnosti i impulzivnosti.

4.6. Suvremeno razumijevanje suicidalnog ponašanja: model stresne dijateze

Suvremene teorije opisuju stresnu dijatezu kao važan eksplanatorni model u nastanku psihijatrijskih poremećaja i suicidalnosti [1]. Prema tome, u osoba s prisutnom vulnerabilnošću, u situaciji kada su izložene dovoljno jakim stresorima, dolazi do suicidalnog

ponašanja. Smanjena sposobnost samokontrole, uz tendenciju prema agresivnim ili impulzivnim ponašanjima te nedostatak vještina suočavanja s problemom označuju vulnerabilnost. U ovom modelu čimbenici stresa mogu biti biološki ili psihosocijalni. Neki od ranih bioloških stresora su intrauterine infekcije, slaba prenatalna prehrana, ozljede pri porođaju i trauma glave u dječjoj dobi. Traumatska interpersonalna iskustva, kaotična okolina odrastanja i smanjena sposobnost razvijanja vještina suočavanja s problemom primjeri su psihosocijalnih stresora. U kliničkoj praksi bitno je prepoznati čimbenike stresa i čimbenike predispozicije te procijeniti njihove interakcije kako bi proveli odgovarajući terapijski proces i spasili život suicidalne osobe.

5. PREDVIĐANJE SUICIDA

Brojni su pokušaji kojima su istraživači nastojali predvidjeti suicid, iako najprije vođeni svojim kliničkim iskustvima ipak su morali tražiti metodološki objektivnija rješenja. Za predviđanja suicidalnog ponašanja rabile su se projekтивne tehnike kao što je Rorschachov test mrlja [2]. Međutim, u istraživanjima ti se postulati nisu potvrdili. Također, rabili su i različite inventare ličnosti.

5.1. Predviđanje suicida uz pomoć inventara ličnosti

MMPI, jedan je od prvih upitnika ličnosti koji se rabio, a i danas je dobro poznat. Smatra se najupotrebljavanijim upitnikom ličnosti u svijetu, iako u smislu predikcije suicida nije dao zadovoljavajuće rezultate. S obzirom na to počeli su se pojavljivati različiti derivati MMPI-a. od pojedinačnih indikatora u MMPI-u i MMPI-u 2 najviše su se uzimale u obzir ljestvice depresije (D) i psihastenije (Pt), a također su potencijalno važne ljestvice niskog samopoštovanja (LSE) i slabe kontrole bijesa (ANG) [2]. Uz MMPI danas se rabe i Beckovi inventari i ljestvice za procjenu depresije i suicidalnosti koje su sa psihometrijskoga stajališta u svijetu najprovjerene. BDI, odnosno Beckov inventar depresivnosti, najkorišteniji je inventar. Također, rabe se i Beckova ljestvica anksioznosti (BAI), Beckova ljestvica beznadnosti (BHS), a kao izravna mjera suicidalnosti rabi se Beckova ljestvica suicidalne ideacije (SSI) za odrasle i adolescente, te ljestvica suicidalne namjere (SIS). Svaki odgovor koji je pozitivan na ovim skalama, klinički je jako važan i zahtjeva detaljan intervju s bolesnikom [2]. Od svih Beckovih ljestvica SIS se pokazala najuspješnijom u dugoročnom predviđanju suicida. Iako, medicinsko osoblje treba uzeti u obzir različite izvore kako bi stvorili pouzdaniji psihološki profil. Isto tako, potrebno je pokušati razumijeti i nesvjesne motive, vrijednosti, unutarnje želje i potrebe, crte ličnosti, kao i kontekst u kojem se pojavljuje suicidalno ponašanje. Upravo ovakvim razmišljanjem i postupcima stvara se kvalitetnija komunikacija i odnos između pacijenta i liječnika ili medicinske sestre, što je jako

bitno kako bi intervju bio precizan i opširan, odnosno kako bi dao korisne podatke za daljnje terapijske postupke.

Brojnim istraživanjima o konstrukciji mjernog instrumenta koji će imati visoku prediktivnu valjanost, ipak se ustanovilo da ne postoji ni jedna metoda kojom bi se na egzaktan način mogla zahvatiti sva složenost pojavnosti suicidalnog ponašanja. Naime, egzaktno predviđanje nije moguće iz nekoliko razloga, a to su: problematičnost kriterija vrednovanja, djelovanje slučajnih okolnosti i neprimjenjivost statističkih metoda u slučaju tako složenih pojava kao što je suicid [2].

5.2. Čimbenici rizika suicidalnosti

Statističko-epidemiološka istraživanja u psihologiji, psihijatriji i suicidologiji stvorila su teze o pravilnostima koje prate suicidalno ponašanje, tzv. čimbenici rizika suicidalnosti. U njih ubrajamo muški spol, stariju životnu dob, bračni i obiteljski status u smislu povećanog rizika u osoba koje žive kao samci, etno-kulturalni čimbenici, usamljenost, neprepoznata i neliječena krizna stanja, nezaposlenost, nasljedni čimbenici i postojanje duševne ili kronične tjelesne bolesti [1]. S obzirom na spolnu razliku, muškarci tri do četiri puta češće počine suicid, dok žene nekoliko puta češće pokušavaju počinuti suicid. Razlog tomu je taj što muškarci češće primjenjuju metode suicida s većom smrtnošću, kao što su vješanje i uporaba vatrenog oružja, dok žene primjenjuju metode s manjom smrtnošću, kao što je predoziranje medikamentima. Posljednjih godina istražuju se i biološki čimbenici rizika, posebice kolesterol i serotonin čije su vrijednosti prema većini objavljenih istraživanja snižene u osoba sklonih suicidu [1].

Čimbenici rizika koje možemo prepoznati kod suicidalnog ponašanja uključuju agresiju, nasilnost prema drugima, impulzivnost, agitaciju, anhedoniju, opću insomniju, panične atake te psihičku anksioznost i beznađe [3]. Ostali čimbenici koje smatramo čimbenicima

povećanog suicidalnog rizika su psihosocijalni, traume iz djetinjstva, genski i obiteljski utjecaj, kognitivne karakteristike i demografske karakteristike.

Sve već spomenute čimbenike možemo podijeliti na primarne ili psihijatrijske čimbenike, sekundarne ili psihosocijalne i tercijarne ili demografske čimbenike [1].

Tim američkih suicidologa procjenu rizika za suicidalnost prate kao kontinuum te naglašavaju kako treba paziti da se u kliničkoj praksi izbjegnu dvije krajnosti, pretjerani oprez koji često uključuje nepotrebne hospitalizacije te nedovoljno sistematična procjena rizika za suicidalnost [1]. Pri procjeni rizika za suicidalnost potrebno je procijeniti predispozicije za suicidalno ponašanje, odrediti precipitirajuće čimbenike ili stresore, utvrditi kliničke simptome, uočiti prisutnost beznada, narav suicidalnih misli, saznati da li je pacijent imao prethodno suicidalno ponašanje i njegovu učestalost, uočiti kakav osjećaj samokontrole ima pacijent i procijeniti protektivne čimbenike koje pacijent posjeduje ili ne posjeduje [1].

6. PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Svjetski dan prevencije suicida obilježava se 10. rujna svake godine [4]. Prevencija suicida na visokome je mjestu prioriteta u javnom zdravstvu. Iako je za preventivne mjere suicidalnosti teško donositi jedinstvene zaključke, s obzirom na to da je svaki suicidalni čin rezultat procesa koji se razlikuje za svakog individuuma. Definiirajući prevenciju suicida kao djelatnost sprečavanja samoubilačkog čina dijelimo ju na tri razine: primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju [2].

Primarna prevencija označava prevenciju kojom se djeluje na način razmišljanja i pristup problemu suicidalnosti te se samim time otkrivaju suicidalno ugrožene osobe, odnosno kategorije ljudi s povećanim rizikom za samoubojstvo [2]. Tzv. populacijska strategija prevencije jedan je od pristupa primarne prevencije. Naime populacijska strategija prevencije bavi se socijalnim faktorima vezanim uz suicid. Neki od primjera su: edukacija stanovništva o konzumaciji alkohola, programi jačanja svijesti i znanja stanovništva o počinjenju suicida, promoviranje zdravog načina života te otvaranje telefona za pomoć u krizama i sl.. Primarna prevencija uključuje osobe različitih struka, psihijatre, psihologe, kriminologe, pedagoge, sociologe i teologe.

Sekundarna prevencija započinje u slučaju najave samoubojstva, što je ranije moguće. Uključuje dijagnostiku i rješavanje emocionalnih problema kod osoba za koje se zna da su već suicidalno ugrožene [2]. Provodi se u specijaliziranim centrima za prevenciju suicida, zdravstvenim i psihijatrijskim ustanovama te savjetodavnim službama.

Tercijarna prevencija ili postvencija uključuje mjere nakon pokušaja suicida i stručno praćenje osoba pod rizikom kako bi se spriječio recidiv. Također, utječe na poboljšanje psihičkog stanja i uklanjanje osnovnih uzroka suicidalnog ponašanja putem psihoterapijske ili farmakoterapijske pomoći [2]. U tercijarnoj prevenciji susrećemo i pojam psihološke obdukcije, to je postupak temeljitog intervjuiranja članova obitelji, prijatelja i zdravstvenih radnika koji su poznavali suicidanta kako bi se lakše nosili s krivnjom i stresom nakon suicida. Isto tako smanjuje osjećaj stigmatiziranosti, socijalnu izolaciju i usamljenost, iako u nekim slučajevima može imati negativan učinak te produbiti stanje tuge.

6.1. Presuicidalni sindrom

Erwin Ringel, austrijski neuropsihijatar i suicidolog, svoj je profesionalni život posvetio proučavanju suicida. Osnovao je prvi centar za prevenciju suicida u Beču, 1948. godine, a 1960. godine s američkim psihologom Normanom Farberowom osnovao je IASP (International Association for Suicide Prevention) nevladinu stručnu organizaciju [2]. Naime, Ringel navodi kako samoubojstvo nije posljedica trenutne reakcije na životni stres, nego je proces koji može trajati više godina, čak i od rane mladosti. Također, smatra da do presuicidalnog ponašanja dolazi kada se ranija struktura osobnosti nastala zbog nepovoljnih uvjeta razvoja i okolnosti koje ograničuju mogućnost adaptacije ljudskih želja i težnji, preklopi s nesposobnošću čovjeka da svojim obrambenim mehanizmima kontrolira agresivnost i oslobađa je na socijalno prihvatljiv način [1]. Presuicidalnim sindromom Ringel objašnjava psihološka i psihopatološka događanja kroz koja potencijalni samoubojica prolazi danima ili tjednima prije samoubojstva. Taj proces je podijelio u nekoliko faza:

1. Insuficijencija i sužavanje
2. Agresija
3. Bijeg u nerealno
4. Psihička anestezija [2]

Prva faza insuficijencije i sužavanja započinje strahom, tugom i padom vitalnih funkcija onesposobljujući potencijalnog samoubojicu za svakodnevne životne aktivnosti. Ono što proizlazi iz ovoga stanja je sve veća usamljenost i izolacija koja sve više usmjerava suicidanta na samoubojstvo. Ringel ističe važnost prepoznavanja ove faze jer može uvelike pomoći u prevenciji suicida.

Drugu fazu označava agresija, suicidant se okreće prema sebi te je nesposoban kontrolirati količinu agresije koju oslobađa putem različitih autoagresivnih tendencija.

Treća faza, bijeg u nerealno donosi daljnje autoagresivne tendencije poput suicidalnih fantazija. Ringel ih dijeli na aktivne, odnosno one koje su izazvane voljom i pasivne, one koje se same nameću. Suicidant fantazijama nastoji pobjeći u bolji svijet, s obzirom da je sa svojim nezadovoljan.

U četvrtoj fazi dolazi do dijeljenja ličnosti na dva potpuno nepodudarna i suprotna dijela. Jednim dijelom suicidant obavlja svakodnevne životne zadaće, dok drugim dijelom priprema sve za počinjenje suicida.

Ipak samo mali broj suicidanata jasno pokazuje presuicidalno ponašanje u četiri faze. Sve postupke koji izravno ili neizravno vode u autodestrukciju i uključuju svjesno ili nesvjesno samoozljeđivanje možemo nazvati presuicidalnim postupcima, odnosno presuicidalnim ponašanjem.

6.2. Antipsihotici

Unatoč uvođenju klasičnih antipsihotika, stopa suicida u shizofreniji nije se znatnije promijenila. Štoviše, antipsihotici mogu povećati rizik od suicidalnog ponašanja. Dugotrajno liječenje s klasičnim antipsihoticima povezano je s izraženim EPS-om. Također, klasični antipsihotici mogu inducirati sindrom akinetičke depresije, kao i potaknuti nastanak velike depresivne epizode, koja može biti okidački čimbenik suicidalnog ponašanja [1].

Nadalje, uvođenjem novih antipsihotika kao što su risperidon, olanzapin, kvetiapin, ziprasidon i iloperidon došlo je do smanjenja suicidalnog ponašanja u shizofreniji [1]. Novi antipsihotici pokazali su se učinkovitima i u liječenju suicidalnih osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem.

Jedini antipsihotik koji je FDA registrirala za indikaciju suicidalnosti u shizofreniji je klorzapin. Uz antipsihotična svojstva pokazuje i antidepresivna te ima znatno manje EPS-a u odnosu na klasične antipsihotike što može pridonijeti njegovom antisuicidalnom učinku. Također, češće od ostalih antipsihotika dovodi do porasta serumskog kolesterola što je još jedan od antisuicidalnih mehanizama ovoga lijeka [1].

6.3. Antidepresivi

Učinak antidepresiva na suicidalnost jedna je od medijski najprisutnijih tema iz psihijatrije. Provođenjem kliničkih studija, u dijelu ispitanika zabilježeno je neželjeno suicidalno ponašanje na početku uzimanja antidepresiva, stoga je potrebno imati na umu potencijalni rizik prilikom propisivanja ovoga lijeka. Iako, u Hrvatskoj postoji širok spektar antidepresiva koji se primjenjuju. Njihova adekvatna primjena iznimno je bitna u redukciji simptoma depresije i anksioznosti te u kontekstu redukcije suicidalnog ponašanja [1].

6.4. Stabilizatori raspoloženja

Među stabilizatorima raspoloženja vezano uz protektivni antisuicidalni učinak posebno se ističe litij. Na kliničkoj razini, litij smanjuje impulzivnost i agresivnost te stabilizira raspoloženje neovisno o dijagnozi u suicidalni bolesnika [1]. Na biološkoj razini, štiti od suicidalnosti preko serotoninske stimulacije, limbičnog sustava i antidopaminske aktivnosti. Također, smanjuje suicidalnost i učinkom na depresiju, posebice u bolesnika s bipolarnim-afektivnim poremećajem [1]. Osim litija, stabilizatori raspoloženja kao što su valproat, karbamazepin i lamotrigin također pokazuju protektivni učinak na suicidalno ponašanje [1].

6.5. Primjena elektrostimulativne terapije

Više od 60 godina elektrostimulativna terapija koristi se kao sigurna i uspješna metoda u liječenju psihijatrijskih poremećaja. EST tj. elektrostimulativna terapija je medicinski postupak koji provode specijalno obučeni i educirani medicinski timovi, a čine ih: psihijatar, anesteziolog te viša medicinska sestra [1]. Koristi se učinak električne struje na moždanu

aktivnost, čime se postiže promjena aktivnosti kemijskih molekula u mozgu tj. neuroprijenosnika, čija je promijenjena aktivnost odgovorna za mnoge psihičke bolesti [9]. Do pojave psihofarmaka elektrostimulativna terapija bila je jedan od osnovnih terapijskih postupaka u liječenju psihijatrijskih bolesnika. Cilj elektrostimulativne terapije je maksimalni učinak uz minimalni rizik, što uključuje pravilnu dijagnostiku, indikaciju, nadzor i provjeru uporabe. Liječenje elektrostimulativnom terapijom obuhvaća šest do dvanaest primjena, dva do tri puta tjedno tijekom jednog mjeseca [1]. Indicirana je za depresivne i shizofrene bolesnike, a apsolutne kontraindikacije su tumori mozga, akutni infarkt miokarda, aneurizme te akutni cerebrovaskularni incident, dok u relativne kontraindikacije spadaju tromboflebitis, nekontrolirane plućne i srčane bolesti, glaukom i koštane frakture [1].

6.6. Primjena transkranijalne magnetne stimulacije

Transkranijalna magnetna stimulacija je neinvazivna metoda stimulacije korteksa velikog mozga. Ova metoda koristi se u raznim neurofiziološkim istraživanjima, u topografiji i dijagnostici oštećenja velikog mozga. U liječenju suicidalnih bolesnika postižu se dobri rezultati. Kombinacija psihofarmakoterapije i transkranijalne magnetne stimulacije učinkovita je te smanjuje broj suicidalnih pokušaja u pacijenata koji pate od shizofrenije u kojoj dominiraju negativni simptomi kao i depresivne faze bipolarnog afektivnog poremećaja.

7. PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI I SUICIDALNOST

Povezanost psihijatrijskih poremećaja i suicidalnosti potvrdila su istraživanja koja pokazuju da 90% osoba koje počine suicid imaju neki od psihijatrijskih poremećaja [5]. Većina psihičkih poremećaja povezana je s povišenim rizikom od pokušaja samoubojstva, iako nije posve jasno da li je rizik od pokušaja samoubojstva u funkciji specifičnih psihičkih poremećaja, specifičnih dimenzija psihopatologije, općeg psihopatološkog faktora ili njihove kombinacije [5]. Nadalje, istraživanja pokazuju da je suicid najčešći kod osoba koje boluju od bipolarno-afektivnog poremećaja, alkoholizma i depresije te shizofrenije, poremećaja osobnosti i ovisnosti [1].

7.1. Komorbiditet u suicidalnih pacijenata

„Komorbiditet se definira kao postojanje aditivnog i interaktivnog odnosa između dvaju ili više paralelnih psihijatrijskih poremećaja“ [2]. Odnosno to znači da osoba uz dijagnozu osnovnog poremećaja ima elemente za dijagnozu još jednog ili više dodatnih poremećaja. U suicidalnih bolesnika komorbiditet je veoma čest, pa ga je njegovo postojanje bitno procijeniti prilikom postavljanja osnovne dijagnoze jer izravno utječe na uspješnost liječenja. Također, bitno je i procijeniti osobnost pacijenta, budući da čimbenici osobnosti kao što su impulzivnost, beznadnost, agresivnost te perfekcionizam mogu biti pokazatelji suicidalnog ponašanja [1].

7.2. Ovisnost o alkoholu i drogama i suicidalno ponašanje

Alkoholizam i ovisnost o drogama najčešće su psihijatrijske bolesti u općoj populaciji i među vodećim su uzrocima smrtnosti, stoga ne čudi da se smatraju i suicidalnim ili autodestruktivnim ponašanjem [5]. Bolesti uzrokovane alkoholom treći su po težini

javnozdravstveni problem nakon kardiovaskularnih problema i zloćudnih bolesti. Stopa samoubojstava u alkoholičara prema nekim istraživanjima iznosi od 15 do 18%. Također, ovisnici o alkoholu imaju od 60 do 120 puta veći rizik od samoubojstva u usporedbi s općom populacijom. Nadalje, stopa suicida kod ovisnika o drogama kreće se od 3 do 35% te je 14 puta veća u usporedbi s općom populacijom, točnije, ovisnik o drogi će 10 do 20 puta češće počinuti suicid nego osoba koja nije pod utjecajem droge [2].

Poznato je da je u alkoholiziranom stanju, kritičnost, logičko rasuđivanje i odmjeravanje razloga za i protiv znatno oštećeno te dolazi do autodestruktivnog ponašanja. U takvim situacijama može doći do anksiolitičkog djelovanja alkohola, koje anestetizira strah, pa osobe stječu smjelost za počinjenje suicida [5].

U ovisnika o drogama postoje specifični čimbenici rizika povezani s uporabom droge. Veći rizik za suicid imaju osobe s dugotrajnijom ovisničkom karijerom. Dijagnoza ovisnosti o heroinu, za razliku od ovisnosti o kokainu i amfetaminima označuje povećan rizik za pokušaj suicida. Također, ovisnici o drogama često zadovoljavaju kriterije za ovisnost o benzodijazepinima i alkoholu, koji su dodatni čimbenici rizika za samoubojstvo [1].

S obzirom na to da je ovisnost o alkoholu i drogama u komorbiditetu s depresijom, ključno je liječiti depresiju jer upravo ona pogoduje ovisnosti, a samim povećava i rizik za suicidalno ponašanje.

7.3. Depresija i suicidalno ponašanje

Prema istraživanjima, 70% osoba koje počine samoubojstvo pati od depresije [6]. Učestalost depresivnog poremećaja u općoj populaciji je oko 3,6-6,8%, s većom učestalošću u žena nego u muškaraca [1]. Oko 10-15% depresivnih osoba počini samoubojstvo. Pri procjeni rizika za suicidalnost u depresivnih osoba bitno je uzeti u obzir i simptome anksioznosti ako su prisutni s obzirom na to da je depresija često udružena sa simptomima anksioznosti. Kao dijagnostički kriterij kod depresije navedena su česta razmišljanja o smrti, samoubilačke ideje ili pokušaji suicida, a kao najteža posljedica depresivnog poremećaja navodi se upravo pokušaj ili počinjenje samoubojstva. Suicid se obično javlja u ranim fazama bolesti te mu pogoduju simptomi psihotičnosti, panike i visoke anksioznosti kao i upotreba alkohola i

drugih psihoaktivnih tvari [5]. Prema riziku suicidalnosti, unutar depresivnog poremećaja, izdvaja se tzv. melankolična depresija. Karakterizirana je izrazito lošim samopouzdanjem, snažnim osjećajem krivnje i samooptuživanja, naglašenom anhedonijom, psihomotoričkim promjenama, anoreksijom te poremećajima sna. Skupina koja je osjetljivija su starije osobe kod kojih je suicidalno ponašanje letalnije u odnosu na druge dobne skupine, te je njihova depresivnost često proglašena ranim znakom demencije. Od poremećaja sna izdvojiti ćemo prekomjernu dnevnu pospanost kao mogući suicidalni ekvivalent u osobe oboljele od depresivnog poremećaja. Naime, hipersomnija kao i drugi poremećaji sna potencijalni su rizični faktori za suicidalno ponašanje, stoga zahtijevaju određenu pozornost prilikom dijagnosticiranja depresivnog poremećaja [7].

Budući da se depresija može pojavljivati epizodno potrebno je uzeti u obzir pacijentovu prošlost koja nam može pomoći u razumijevanju problema. Rizik od samoubojstva viši je u osoba koje pate od depresije sa prisutnim psihotičnim obilježjima, anamnezom prijašnjih pokušaja suicida, obiteljskom anamnezom počinjenih suicida te istodobnom uporabom psihoaktivnih supstancija [2,6].

Protektivni faktori koji su veoma bitni i umanjuju mogućnost za počinjenje suicida su obiteljska i socijalna podrška.

7.4. Shizofrenija i suicidalno ponašanje

Prema dostupnim podacima 20-40 % oboljelih od shizofrenije pokuša počiniti suicid, dok otprilike 5 % u tome i uspije. Stoga je mortalitet shizofrenih bolesnika osam puta veći od mortaliteta opće populacije [8]. Očekivana duljina trajanja života u oboljelih od shizofrenije kraća je 20-30 godina u odnosu prema općoj populaciji, također velikim dijelom zbog visoke prevalencije suicida [5]. Shizofreniju definiramo kao kroničnu i devastirajuću bolest koja nagriza same temelje ljudskog bića pa je često nazivana i rakom duše [1]. Beznadnost i gubitak kontrole glavne su poveznice između shizofrenije i suicida. Sam suicid i presuicidalni period kod shizofrenih bolesnika značajno se razlikuje od ostalih suicidanata. Suicidi su bizarni, nepredvidljivi i okolini neobjašnjivi. Osobe oboljele od shizofrenije najčešće vrše

suicid pod djelovanjem simptoma i znakova svoje bolesti, stoga je u prevenciji suicidalnosti shizofrenih bolesnika najznačajnija adekvatna i pravovremena farmakoterapija osnovne bolesti [10]. Rizik suicidalnog ponašanja prisutan je tijekom cijelog trajanja poremećaja koji je kod shizofrenije uglavnom kroničan. Posebno je izražen nakon početka psihoze i tijekom prvih 5-10 godina trajanja poremećaja. Također, najveći rizik suicidalnog ponašanja je tijekom hospitalizacije i unutar 6 mjeseci nakon otpusta iz bolnice [1].

7.5. Granični poremećaj ličnosti (Borderline)

Poremećaji ličnosti opisani su kao nefleksibilni, prožimajući i stalni oblici ponašanja koji uzrokuju patnju te funkcionalni poremećaj [11]. Poznato je deset tipova poremećaja ličnosti koji su podijeljeni u tri skupine [11]. Posljedica su kombinacije genetičkih i okolišnih čimbenika. Uglavnom se liječe psihoterapijom, a ponekad i farmakoterapijom.

Osobnost počinjemo uočavati od kasne adolescencije ili rane odrasle dobi. Većina osobina traje tijekom duljeg životnog razdoblja, neke s godinama slabe, a neke se mogu i promijeniti. Ono što definira našu osobnost su načini razmišljanja, reagiranja, shvaćanja i povezivanja, koji moraju biti stabilni u različitim situacijama i pod našom kontrolom. Naime, ako više nisu pod našom kontrolom te ako ometaju funkcioniranje govorimo o poremećaju ličnosti. Osobe s poremećajem ličnosti često frustriraju osobe kojima su okruženi, a najčešće je to zdravstveno osoblje. Također, osobe s poremećajima ličnosti često su u opasnosti od hipohondrije i nasilnog te samouništavajućeg ponašanja, stoga zahtijevaju nadzor i adekvatnu skrb. Kao što smo već naveli podijeljeni su u tri skupine, a to su A, B i C skupina. Skupinu A karakteriziraju neobični, ekscentrični pacijenti koji su distancirani i nepovjerljivi. Tu spadaju paranoidna osobnost, shizoidna osobnost i shizotipna osobnost [11]. Skupinu B karakteriziraju dramatični pacijenti koji su impulzivni, žestoki te emocionalno vrlo nestabilni. U ovu skupinu spadaju granična osobnost, antisocijalna osobnost, narcisoidna osobnost te histrionska osobnost [11]. Skupinu C karakteriziraju anksiozni, prestrašeni pacijenti koji su često nervozni, ukočeni i

zabrinuti, pa stoga u ovu skupinu spadaju ovisna osobnost, izbjegavajuća osobnost te opsesivno-kompulzivna osobnost [11].

Nadalje, istaknuti ćemo granični poremećaj ličnosti tzv. borderline iz skupine B. Osobe koje imaju granični poremećaj ličnosti karakterizirane su promjenjivim raspoloženjem i ponašanjem, nestalnom slikom o sebi, vrlo niskim samopouzdanjem, osjećaju se prazno te traže pažnju. Ukoliko ne dobiju pažnju koju traže postaju vrlo uznemireni, ponekad idu i do te mjere da naškode sebi kako bi dobili pažnju ili u suprotnom drugoj osobi izazvali osjećaj krivnje. Nagle i velike promjene raspoloženja posebno su izražene u emocionalnim vezama koje su često dramatične jer ukoliko osoba koja ima granični poremećaj ličnosti osjeti da bi mogla izgubiti partnera ili neku blisku osobu izražava jaki i nekontrolirani bijes. Koncept stvarnosti kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti može biti toliko iskrivljen i loš da ponekad imaju i kratke napade psihotičnog razmišljanja, kao što su paranoidne deluzije i halucinacije. Također, često postaju samouništavajući te imaju vrlo visok rizik za suicid. Upravo zbog toga, za rad s osobama koje imaju granični poremećaj ličnosti potrebno je stručno osoblje s iskustvom. Zbog nepredvidivog ponašanja ovakvih pacijenata iznimno je bitno znati im pristupiti. U početku kod zdravstvenog osoblja izazivaju zaštitničke osjećaje, no s vremenom, nakon ponavljanih kriza, nejasnih pritužbi i nesuradnje na njih se počinje gledati kao na osobe koje se istovremeno žale, a odbijaju pomoć. Liječenje ovih osoba vrlo je teško i traje dugo.

8. SESTRINSKA SKRB ZA SUICIDALNOG PACIJENTA

Tijekom hospitalizacije suicidalnog pacijenta, medicinska sestra ima bitnu ulogu s obzirom na vrijeme koje provodi s njim. Kao stručno educirana osoba sestra mora znati pristupiti suicidalnom pacijentu, ostvariti odnos povjerenja i sigurnosti kako bi mogla utjecati na njegovo razmišljanje. Jedna od ključnih stvari u razgovoru sa suicidalnim osobama je slušanje, poslušati sve što pacijent ima za reći. To je temelj za izgrađivanje odnosa povjerenja koje je ključno kako bi pomogli pacijentu. Također, samim time sestra će pokazati i osjećaj empatije koji je još jedan pozitivan čimbenik u stvaranju odnosa povjerenja.

Medicinske sestre koriste NGASR skalu kako bi procijenile rizik za suicid. Skala sadrži indikatore koji utječu na rizik za suicid te ukoliko je jedan od njih prisutan medicinska sestra dodaje bodove pripisane uz indikator. Bodovi se kreću u rasponu od 1 do 6. Osjećaj beznadnosti, nedavna smrt u obitelji ili prekid veze, depresija ili raniji pokušaj suicida nose 3 boda, a korištenje narkotičnih sredstava, halucinacije te klinički dijagnosticirane psihoze nose 1 bod [12]. Ukoliko sestra utvrdi da pacijent već ima osmišljen plan za suicid dodaje 6 bodova [12]. Na kraju se bodovi zbrajaju te se s obzirom na rezultate procjenjuje rizik za suicid.

0-5 niski rizik

6-8 srednji rizik

9-11 visok rizik

Više od 12- vrlo visok rizik [12]

Bez obzira na razinu rizika procijenjenu NGASR skalom, svaku osobu koja pokaže i minimalne rizične čimbenike za samoubojstvo potrebno je shvatiti ozbiljno, kontinuirano promatrati i pokušati spriječiti svaki oblik samoozljeđivanja. Stoga medicinska sestra treba uvijek obraćati pažnju na pacijentovo ponašanje i nastojati predvidjeti njegove namjere.

8.1. Sestrinske dijagnoze kod suicidalnih pacijenata

U trenutku primitka pacijenta u skrb medicinska sestra započinje procjenu stanja. Procjena stanja pacijenta traje sve do njegova otpusta i jedna je od glavnih zadataka medicinske sestre. Također, procjena stanja pacijenta osnova je u procesu zdravstvene njege jer nam omogućava postavljanje adekvatnih sestrinskih dijagnoza, a samim time i adekvatnu skrb za pacijenta. Najčešće sestra prikuplja podatke od samog pacijenta, no iznimno su bitni i podaci koje dobije od pacijentove obitelji ili bliskih osoba. Budući da medicinska sestra prikuplja podatke od pacijenta koji su intimni i povjerljivi, posebice kod suicidalnih pacijenata, bitno je da im objasni razloge prikupljanja podataka, svrhu u koju će biti korišteni te da im naglasi povjerljivost podataka. Na osnovu prikupljenih podataka sestra može lakše razumjeti pacijentovu percepciju zdravstvenog stanja, što utječe na njegovo razmišljanje i koje su njegove potrebe kako bi mu mogla pružiti odgovarajuću pomoć. Sestrinske dijagnoze kojima ćemo opisati proces zdravstvene njege za suicidalnog pacijenta su: visok rizik za samoozljeđivanje, visok rizik za samoubojstvo, anksioznost te nesurađivanje.

8.1.1. Visok rizik za samoozljeđivanje

Uz dijagnozu visok rizik za samoubojstvo koristi se i dijagnoza visok rizik za samoozljeđivanje, no, prema NANDA-i ona se ne izdvaja kao zasebna dijagnoza, već se koristi kao dopuna visokom riziku za samoubojstvo [13]. Visok rizik za samoozljeđivanje definira se kao stanje u kojem pojedinac pokazuje naznake da će sam sebe namjerno ozlijediti [13].

Česta ponašanja samoozljeđivanja koja sestra treba uočiti su posjekotine, ubodne rane, udaranje glavom, ogrebotine na tijelu, modrice, spaljena koža, uzimanje povećanih doza lijekova ili droga, anoreksično ili bulimično ponašanje, gutanje predmeta, namjerno nepridržavanje terapijskog režima i slično.

Prikupljanje podataka

Kao što smo već naveli razgovor medicinske sestre i pacijenta ključan je kako bi mogla prikupiti adekvatne podatke. Potrebno je pustiti pacijenta da govori o svojim osjećajima, potaknuti ga na razgovor, pokazati razumijevanje i nikako osuđivati. Također, bitno je prikupiti podatke o emotivnom statusu, psihijatrijskim bolestima i poremećajima, o ovisnostima, boli, stresu, socijalnoj podršci, kroničnim bolestima te procijeniti obrazac hranjenja i spavanja. Razgovor s pacijentom najbolje je započeti otvorenim pitanjem jer će pacijent tada imati osjećaj kontrole i moći će sam odrediti što će sve reći. Potrebno je postavljati pitanje po pitanje kako se pacijent ne bi zbunio te na kraju razgovora upitati pacijenta da li postoji još nešto o čemu bi htio razgovarati, a da to za vrijeme razgovora nije bilo spomenuto. Neka od pitanja koja mogu poslužiti u procjeni stanja pacijenta su: Jeste li nedavno bili izloženi stresu?, Kakvi su vaši osjećaji sada?, Jeste li imali želju nauditi sebi? i sl. [13].

Kritični čimbenici

Neki od kritičnih čimbenika koji mogu potaknuti osobu na samoozljeđivanje su: kronična bolest, invalidnost, bol, završni stadij bolesti, psihoorganski poremećaji, psihijatrijske bolesti, ovisnosti, nezadovoljstvo ishodom liječenja, gubitak bliske osobe, rastava braka i socijalna izolacija [13].

Intervencije

Kako bi postigli cilj da se pacijent ne ozlijedi potrebno je provesti određene intervencije. Tijekom skrbi za suicidalnog pacijenta sestra prvenstveno mora osigurati odnos povjerenja, zatim pokazati pacijentu razumijevanje i prihvaćanje bez osuđivanja, a da pritom osvijesti pacijentovu pojačanu osjetljivost. Također, potrebno je i omogućiti pacijentu osjećaj sigurnosti, uključiti ga u grupe podrške, podučiti pacijenta vještinama suočavanja s poteškoćama, izraditi plan aktivnosti u dogovoru s pacijentom, osigurati razdoblja odmora te pacijentu obrazložiti svaku intervenciju i postupak. Bitno je uključiti obitelj u skrb, stoga ih je potrebno educirati o znakovima pokušaja samoozljeđivanja kao i intervencijama u slučajevima pokušaja samoozljeđivanja [13].

Evaluacija

Neki od mogućih ishoda su ti da pacijent prepoznaje nagone za samoozljeđivanjem te ih prijavljuje medicinskoj sestri ili da pacijent negira nagone za samoozljeđivanjem. Ovi ishodi označavaju postignut cilj, tj. uspješnost sestrinskih intervencija. No, cilj ne bude uvijek postignut, stoga jedan od ishoda može biti i da se pacijent namjerno ozlijedio.

8.1.2. Visok rizik za samoubojstvo

Visok rizik za samoubojstvo definiran je kao ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom [13]. Također, to je jedna od najčešće korištenih sestrinskih dijagnoza vezano za suicidalne pacijente.

Prikupljanje podataka

Tijekom razgovora s pacijentom sestra vrši procjenu stanja pacijenta kako bi utvrdila potencijalne probleme koji mogu dovesti do samoubojstva ili nekog događaja koji se može dogoditi za vrijeme skrbi. Naime, pacijenti koji razmišljaju o samoubojstvu mogu pokazati verbalne i bihevioralne znakove o svojoj namjeri da okončaju vlastiti život, a sestra je ta koja ih treba znati prepoznati na vrijeme. Prilikom intervjua sestra provjerava postojanje suicidalnih ili autodestruktivnih misli postavljanjem određenih pitanja kao što su: Jeste li ikada poželjeli nauditi samome sebi?, Jeste li ikada pokušali počinuti samoubojstvo?, Osjećate li trenutno želju da počinete samoubojstvo? Razmišljate li o planu za počinjenje samoubojstva? i sl. [13]. Ideja samoubojstva je način razmišljanja o ubijanju, stoga ako pacijent potvrdno odgovori na pitanje da li je ikada poželio nauditi sebi sestra mora znati da se njegov rizik za samoubojstvo povećava ako takve misli postanu učestale. Bitna informacija je i ta da li je pacijent već ranije pokušao samoubojstvo, budući da se status bolesnika razlikuje ako postoji povijest ranijih pokušaja samoubojstva, a isto tako povećava se rizik za ponovni pokušaj [14]. Postavljanjem pitanja pacijentu, osjeća li trenutno želju da počinu samoubojstvo omogućava mu se da otvoreno razgovara o svojim osjećajima i problemima.

Navođenje plana i mogućnosti njegove provedbe uvelike povećavaju rizik za samoubojstvo. Mit je da se samoubojstvo događa bez upozorenja te da postoji tipična vrsta samoubilačke osobe jer svatko može biti žrtva samoubojstva i jednako tako svaka žrtva pokazati će određene promjene ponašanja koje mogu biti upozorenje, samo je pitanje hoće li ih itko prepoznati i pružiti pomoć.

Kritični čimbenici

Kritični čimbenici koji mogu biti razlog počinjenja samoubojstva su: suicidalni nagon, manija, depresija, psihoza, psihoorganski sindrom, panika, napadi srdžbe i ljutnje, zlostavljanje, zlouporaba određenih supstanci, povijest višestrukih pokušaja samoubojstava, samoubilačka ideja, socijalna izolacija, stacionarna skrb, teška nesanica, usamljenost, pravni ili disciplinski problemi, tuga, gubitak bliske osobe i sl. [13,14].

Ciljevi

Neki od mogućih ciljeva koje sestra može postaviti u radu sa suicidalnim pacijentom su da će pacijent verbalizirati suicidalne misli i osjećaje, sudjelovati u provođenju tretmana kako bi smanjio rizik za suicidalno ponašanje te da će zatražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone.

Intervencije

Tijekom skrbi za suicidalnog pacijenta njegova sigurnost mora biti prioritet, stoga medicinska sestra treba osigurati sigurnu okolinu, kontrolirati prostoriju u kojoj bolesnik boravi, osigurati nadzor pacijenta sukladno riziku za počinjenje samoubojstva, prepoznati stanja disimulacije bolesti, provoditi vrijeme s pacijentom koliko god joj to posao dozvoljava, osigurati dovoljno vremena za primjenjivanje načela terapijske komunikacije, a da pri tom ne osuđuje, kritizira ili naređuje pacijentu, potaknuti komunikaciju u kojoj će pacijent moći izraziti svoje negativne emocije i osjećaje, potaknuti pacijenta da otkrije svoju vlastitu snagu i sposobnost [13,14]. Također, iznimno je bitno potaknuti pacijenta na postavljanje kratkoročnih ciljeva kao i spriječiti izolaciju od okoline. Zajedno s pacijentom napraviti i potpisati ugovor u kojem se navodi da pacijent neće djelovati autodestruktivno. Svakodnevne aktivnosti potrebno je organizirati u skladu s pacijentovim sposobnostima i mogućnostima.

Medicinska sestra koja skrbi za suicidalnog pacijenta odgovorna je i za primjenu propisane terapije koju je potrebno držati zaključanu s obzirom na stanje pacijenata koji se nalaze na odjelu [13]. Također, uključivanje obitelji u skrb za pacijenta doprinosi poboljšanju stanja pacijenta, stoga je bitno razgovarati s članovima obitelji i potaknuti ih da održe obiteljske odnose sa svojim članom obitelji bez obzira na njegovo stanje i ponašanje. Medicinska sestra s članovima obitelji može se dogovoriti i za individualno i/ili obiteljsko krizno savjetovanje [14]. Pri pogoršanju stanja pacijenta medicinska sestra dužna je obavijestiti psihijatra.

Evaluacija

Ukoliko medicinska sestra uspije s ostatkom medicinskog tima ostvariti postavljeni cilj neki od mogućih ishoda su da pacijent verbalizira suicidalne misli i osjećaje, potpisuje terapijski ugovor, sudjeluje u provođenju tretmana te traži pomoć pri autodestruktivnim nagonima. No, mogući ishodi su i da pacijent odbija pomoć i ne sudjeluje u terapijskom programu, komunikacijski se izolira i otuđuje, disimulira poboljšanje zdravstvenog stanja te pokušava izvršiti samoubojstvo [13].

8.1.3. Anksioznost

Pojam anksioznosti definiran je kao nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom te je najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti [15]. Suicidalni pacijenti često su anksiozni upravo zbog gubitka kontrole nad svojim životom i straha od problema s kojima se ne mogu nositi te neizvjesnosti što će se zapravo dogoditi s njima.

Prikupljanje podataka

Medicinska sestra svoju skrb za pacijenta započinje procjenom i prikupljanjem podataka. Stoga je potrebno najprije procijeniti stupanj anksioznosti pacijenta, pacijentove metode suočavanja s anksioznošću i stresom te kroz razgovor, od pacijenta ili njegove obitelji prikupiti podatke o prethodnim suočavanjima sa sličnim stanjem. Bitno je saznati i povezanost između pojave anksioznosti i činitelja koji do nje dovode te fizikalnim pregledom utvrditi postoje li znaci samoozljeđivanja [15].

Kritični čimbenici

Neki od kritičnih čimbenika kod anksioznih osoba sa suicidalnim razmišljanjem su: prijetnja fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti, promjena okoline i rutine, izoliranost, smanjena mogućnost kontrole okoline, strah od smrti te interpersonalni konflikti [15].

Vodeća obilježja

Vodeća obilježja anksioznosti koje sestra treba znati prepoznati su: hipertenzija, tahikardija ili tahipneja, razdražljivost, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, otežana koncentracija, otežano suočavanje s problemom, smanjena komunikativnost, otežan san, pojačano znojenje, učestalo mokrenje i sklonost ozljeđivanju [15].

Ciljevi

Neki od ciljeva koje sestra može postaviti u radu s anksioznim pacijentom su da će pacijent moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti, da će se pozitivno suočiti s anksioznošću, da će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti te da neće ozlijediti sebe ili druge osobe [15].

Intervencije

Da bi medicinska sestra ostvarila postavljene ciljeve potrebno je provesti određene intervencije. Stoga je zadaća sestre u skrbi za suicidalnog pacijenta stvoriti profesionalan empatijski odnos te pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja, kao i stvoriti osjećaj

sigurnosti i biti uz pacijenta kada mu je to potrebno. Također, medicinska sestra treba opažati neverbalne izraze anksioznosti kao što su smanjena komunikativnost i razdražljivost do agresije te o njima izvijestiti ostale članove medicinskog tima koji skrbi za pacijenta. Potrebno je i upoznati pacijenta s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima, redovito informirati pacijenta o tretmanima i planiranim postupcima kao i omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka. Potaknuti pacijenta da potraži pomoć kada osjeti anksioznost te da izrazi svoje osjećaje. U radu s takvim pacijentima bitno je izbjegavati površnu potporu, žaljenje i tješnje jer time možemo potaknuti negativno razmišljanje kod pacijenta koji već ionako ima nisku razinu samopoštovanja. Sestrina zadaća je i poučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika te kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije kao i potaknuti pacijenta da prepozna situacije koje mu potiču osjećaj anksioznost [15]. Kao i kod prethodnih dijagnoza, budući da se radi o pacijentima koji nemaju potpunu kontrolu nad svojim ponašanjem, iznimno je bitno stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta odnosno ukloniti predmete kojima bi si pacijent mogao nanijeti ozlijede.

Evaluacija

Mogući ishodi kod pacijenta s dijagnozom anksioznosti su da pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih, pozitivno se suočava s anksioznosti, opisuje smanjenu razinu anksioznosti, tijekom boravka nije došlo do ozljeda ili da se pacijent negativno suočava s anksioznosti, opisuje povećanu razinu anksioznosti te da je došlo do ozljeda tijekom boravka u bolnici [15].

8.1.4. Nesurađivanje

Nesurađivanje kao sestrinska dijagnoza postavlja se kod pacijenata koji žele surađivati ali ih nešto u tome sprječava [16]. S obzirom na to, zadaća medicinske sestre je pokušati smanjiti ili eliminirati čimbenike koji dovode do nesurađivanja kako bi se osigurala suradnja te kako bi mu mogla pružiti odgovarajuću pomoć. Nesurađivanje može trajati od samog početka skrbi, no može i uslijediti nakon perioda dobre suradnje. Obično se javlja kao posljedica utjecaja

okoline koja ne podržava liječenje i zdravstvene preporuke, što je čest slučaj kod suicidalnih pacijenata zbog stigmatiziranosti i osuđivanja tih osoba. Obitelj suicidalnog pacijenta nerijetko smatra sramotom i neistinom da njihov član želi izvršiti samoubojstvo stoga ga ne žele uputiti na liječenje ili ga od istog odvraćaju. Iako obitelj može imati najveću ulogu u pomoći suicidalnoj osobi pružanjem potpore, nažalost upravo ona može biti i razlog nečijeg oduzimanja života zbog nerazumijevanja potreba i stanja u kojem se njihov član nalazi te odbijanja pružanja stručne medicinske pomoći.

Prikupljanje podataka

Prikupljanjem podataka bitno je da medicinska sestra procijeni prisutnost definirajućih obilježja problema, prisutnost uzroka problema, pacijentovu percepciju zdravstvenog problema, sposobnost pridržavanja preporuka, motivaciju pacijenta da se pridržava preporuka, kako pacijent doživljava preporuke zdravstvenog osoblja odnosno da li mu se one čine značajnima te koji su čimbenici koji otežavaju pridržavanje zdravstvenih preporuka tj. suradnju [16].

Ciljevi

Ciljevi koje medicinska sestra treba postaviti u radu s pacijentom kako bi postigla suradnju provođenjem određenih intervencija su da će pacijent opisati posljedice trajnog nepridržavanja zdravstvenih preporuka, definirati ciljeve vezane uz zdravlje i načine kako ih ostvariti, objasniti razumijevanje bolesti i postupaka liječenja, navesti zdravstvene preporuke kojih će se pridržavati i očekivanja koja želi ostvariti kao i opisati značaj sudjelovanja obitelji pri postizanju ciljeva [16].

Intervencije

Medicinska sestra treba omogućiti pacijentu da ispriča svoj doživljaj njegova zdravstvenog stanja, pitati ga zašto se ne pridržava plana zdravstvenog tretmana te ga slušati i pritom ne osuđivati. Učiniti pacijenta aktivnim partnerom u njegovom zdravstvenom tretmanu, koristiti brižan pristup, pružiti podršku te zajednički postaviti ciljeve skrbi. Tijekom skrbi za pacijenta sestra treba procijeniti uzroke nesurađivanja kao i znanje pacijenta i obitelji o bolesti i

postupcima zbrinjavanja, te ukoliko je to potrebno podučiti ih o bolesti i ciljevima liječenja [16]. Također, bitno je i procijeniti da li obitelj ili značajne osobe uopće pacijentu pružaju podršku i podržavaju pridržavanje zdravstvenih preporuka i surađivanje ili ne podržavaju. Naglasiti pozitivne posljedice surađivanja kao što su smanjivanje čimbenika rizika, prevencija komplikacija i stjecanje nadzora nad bolesti. Procijeniti prisutnost znakova depresije te razviti terapijski odnos zasnovan na aktivnom slušanju. Uputiti pacijenta na dostupnu pomoć u zajednici koja može doprinijeti pridržavanju preporuka, npr. grupe samopomoći i socijalna služba.

Evaluacija

Evaluacija obuhvaća procjenu pridržavanja postavljenih preporuka te procjenu razine ostvarivanja planiranih ciljeva [16].

Naime, osobe koje razmišljaju o tome da počine samoubojstvo zapravo ne žele zaista umrijeti, potreban im je netko tko će im pružiti razumijevanje i pokazati da mu je stalo [17]. Bitno je da znaju da nisu sami, čak i ako se tako osjećaju.

9. ZAKLJUČAK

U suvremenoj psihijatriji nema složenije, intrigantnije i emocionalno ozbiljnije i teže pojave nego što je razmišljanje da osoba sama sebi oduzme život tj. počini samoubojstvo. Suicidalnost je posljedica nemogućnosti nošenja suicidalne osobe s težinom koju život često donosi. Osobito je tužan i tragičan događaj kako za suicidalnu osobu, tako i za njegovu okolinu.

Od ključne važnosti je pravodobno prepoznavanje rizičnih čimbenika za samoozljeđivanje ili čin samoubojstva, kao i stručno educirano medicinsko osoblje koje skrbi za pacijenta. S obzirom na stigmatizaciju i osuđivanje koje prati sam pojam suicida, tako i suicidalne osobe potrebno je predstaviti ih široj javnosti na način da suicid može biti spriječen na vrijeme i da svaka osoba koja želi počiniti suicid zapravo želi živjeti, samo ih treba razumjeti i pružiti pomoć, a samim time i poticati i razvijati prevenciju.

S obzirom na specifičnost suicidalnih pacijenata, zdravstvena njega može biti otežana, svaka individua zahtjeva holistički i empatijski pristup medicinske sestre koja mora ostvariti odnos povjerenja kako bi mogla provoditi postupke sprječavanja suicida i na vrijeme intervenirati. Budući da medicinska sestra provodi najviše vremena sa pacijentima, upravo ona može ostvariti odnos sa suicidalnim pacijentima koji je njima prijeko potreban, saslušati ih, ponuditi rješenje i dati do znanja da nisu sami i da postoji netko tko ih shvaća i želi im pomoći. Stoga možemo zaključiti da medicinska sestra ima iznimno važnu ulogu u zbrinjavanju suicidalnih pacijenata jer svojim znanjem i empatijom prema pacijentima može spasiti njihove živote.

Budući da je riječ o ljudskom životu smatram da pisanje o ovoj temi na bilo kojoj razini, nikada nije i neće biti uzaludno.

10. LITERATURA

1. Marčinko D. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
2. Mindoljević- Drakulić A. Suicid: fenomenologija i psihodinamika. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
3. Kozarić-Kovačić D, Jendričko T. Suicidalnost i depresija. Zagreb: Medicus 2004. Vol.13, No.1, 77-87.
4. Informativni centar Virovitica. Hrvatska udruga za prevenciju suicida, HUPS: [Online]. 2017. Dostupno na: <https://www.icv.hr/2017/09/hrvatska-udrug-a-prevenciju-suicida-hups-zastani-tren-promijeni-zivot/>
5. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. Zagreb: Medicus 2017; 26(2): 173-183.
6. Aros C. Živjeti bez depresije. Rijeka: DK; 2008.
7. Koić E, Štrkalj-Ivezić S, Venus M, John N. Prekomjerna dnevna pospanost kao mogući suicidalni ekvivalent u osobe oboljele od depresivnog poremećaja. Liječ. Vjesn. 2011; 133:263-268.
8. Šojat D, Miškulin M, Degmečić D. Suicidalnost u shizofrenih bolesnika. Osijek: Soc. Psihijat. Vol. 46 (2018) Br.2, 195-210.
9. Klinički bolnički centar Zagreb. Elektrostimulativna terapija: [Online]. 2017. Dostupno na: <https://www.kbc-zagreb.hr/wp-content/uploads/2017/01/ELEKTROSTIMULATIVNA-TERAPIJA-EST-UPUTE.pdf>
10. Folnegović-Šmalc V, Henigsberg N. Farmakoterapija suicidalnosti shizofrenih bolesnika. Zagreb: Medicus 2002. Vol.11, No.2, 177-182.
11. MSD priručnik dijagnostike i terapije, Split: [Online]. 2014. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-osobnosti>
12. Špondreht M. Zdravstvena njega osoba s rizikom za suicidalno ponašanje (diplomski rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.
13. Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb: [Online]. 2015. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf
14. Wayne G. Risk for Suicide-Nursing Diagnosis and Care Planing-Nurseslabs: [Online]: 2019. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/risk-for-suicide/>

15. Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb: [Online]: 2011.
Dostupno na:
http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf
16. Čukljek S. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište studij sestrinstva; 2014.
17. Schleifer J. Sve što trebate znati o tinejdžerskim samoubojstvima. Zagreb: Slovo; 2008.

11. OZNAKE I KRATICE

EPS - ekstrapiramidni simptomi

FDA - Američki ured za hranu i lijekove

NGASR - The Nurses Global Assesment of Suicide Risk

Npr. - na primjer

Sl. - slično

Tj. - to jest

Tzv. - tako zvano

12. SAŽETAK

Svrha ovoga rada je na temelju stručne literature predstaviti pojam suicidalnosti s naglaskom na ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju suicidalnog pacijenta. Suicid je svjesno tj. namjerno oduzimanje života. Samoozljeđivanje, suicidalne namjere, pokušaj suicida i suicid važan su problem psihijatrije, ali i javnog zdravstva kao i društva općenito. Budući da suicidi u razvijenim zemljama zauzimaju treće mjesto uzroka smrti bitno je istaknuti preventivne akcije u svrhu sprječavanja i smanjenja suicida. U radu su opisane primarna, sekundarna i tercijarna prevencija suicida. Također, opisana su suicidalna ponašanja povezana s nekim od psihičkih poremećaja kao i rizični čimbenici ključni za predviđanje suicida. Kroz sestriinske dijagnoze visokog rizika za samoozljeđivanje, visokog rizika za suicidalnost, anksioznost te nesurađivanje opisana je uloga medicinske sestre u zbrinjavanju suicidalnog pacijenta.

Ključne riječi: suicidalnost, pacijent, prevencija, medicinska sestra

13. SUMMARY

The purpose of the thesis is to present term of suicidality with an emphasis on the role of nurse in care of the suicidal patient. Suicide is the conscious taking of life. Self-mutilation, suicidal intentions, suicide attempt and suicide are an important problem of psychiatry, public health and society in general. Since suicides in developed countries are on the third place as the cause of death it is important to feature preventive actions for the purpose of reducing suicide. The paper describes primary, secondary and tertiary prevention of suicide. Also, the paper describes suicidal behaviors associated with some of psychiatric disorders and some risk factors relevant to predicting suicide. The role of the nurse in care of the suicidal patient is described through nursing diagnoses, high risk of self-mutilation, high risk od suicide, anxiety and noncooperating.

Key words: suicidality, patient, prevention, nurse

IZJAVA O AŢTORSTVU 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>08.11.2013.</u>	TAMARA KNEŽOVIĆ	Knežović

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

TAMARA KNEZOVIC'

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 08.11.2019.

Knezovic'

potpis studenta/ice