

Samoozljeđivanje u adolescenciji

Kosanović, Nikola

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:144:234722>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-20**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

SAMOOZLJEĐIVANJE U ADOLESCENCIJI

Završni rad br. 25/SES/2021

Nikola Kosanović

Bjelovar, rujan 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Kosanović Nikola** Datum: 17.03.2021. Matični broj: 001571
JMBAG: 0314015666

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Samoozljeđivanje u adolescenciji**

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

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević** zvanje: **profesor visoke škole**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Tamara Salaj, dipl.med.techn., predsjednik
2. dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor
3. Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 25/SES/2021

U radu je potrebno kroz pregled stručne literature prikazati što je samoozljeđivanje u adolescenciji, vrste samoozljeđivanja, etiologiju, epidemiologiju, načine liječenja te posljedice istoga.

U ovom završnom radu bit će prikazane najčešće sestrijske dijagnoze i intervencije u skrbi za osobe koje se samoozljeđuju.

Zadatak uručen: 17.03.2021.

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



Zahvala

Zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima na izuzetnoj podršci, pomoći i strpljenju tijekom mog studiranja.

Također, zahvaljujem mentorici, prim.dr.sc.Mariji Kudumiji Slijepčević, prof.v.š., na stručnoj pomoći i strpljenju tijekom pisanja ovog završnog rada.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	3
3. METODE	4
4. RASPRAVA	5
4.1. Samoozljeđivanje.....	5
4.2. Epidemiologija.....	7
4.3. Čimbenici rizika	8
4.4. Zašto se ljudi samoozljeđuju?.....	10
4.5. Dijagnosticiranje.....	12
4.6. <i>Borderline</i> – Granični poremećaj ličnosti	13
4.7. Liječenje	16
4.8. Uloga medicinske sestre	19
4.9. Sestrinske dijagnoze kod samoozljeđivanja adolescenata.....	24
4.9.1. Visok rizik za samoubojstvo	24
4.9.2. Visok rizik za samoozljeđivanje.....	26
4.9.3. Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda.....	28
4.9.4. Beznađe	29
5. ZAKLJUČAK	30
6. LITERATURA	31
7. OZNAKE I KRATICE	35
8. SAŽETAK	36
9. SUMMARY	37

1. UVOD

Samoubojstvo adolescenata ozbiljan je javnozdravstveni problem, a nesuicidalno samoozljeđivanje istovremeno je komorbidno sa samoubojstvom među adolescentima i značajan je prediktor pokušaja samoubojstva kod adolescenata. Nesuicidalno samoozljeđivanje najčešće je u adolescenata i mlađe odrasle populacije, češće nego što se ranije mislilo. Iako je važno procijeniti rizik od samoubilačkog ponašanja, nesuicidalno samoozljeđivanje se obično javlja tijekom suočavanja s uznemirujućim negativnim afektivnim stanjima, posebno bijesom i depresijom, te miješanim emocionalnim stanjima. Iako se prije vjerovalo da je takvo stanje karakteristika teške psihopatologije, u današnje vrijeme se čini da je nesuicidalno samoozljeđivanje povezano sa širokim spektrom uvjeta za eksternalizaciju i internalizaciju. Učinkovito liječenje temelji se na suradničkom razumijevanju funkcije nesuicidalnog samoozljeđivanja za adolescenta. Afektivni, psihosocijalni, biološki i kognitivni čimbenici rješavaju se kroz psihoterapijske, psihofarmakološke i strategije za izgradnju vještina prikladne za svakog pojedinca (1).

Nesuicidalna samoozljeđivanja su sva samoozljeđujuća ponašanja koja se izvode bez ikakve namjere pacijenta da umru i uključuju takva ponašanja kao što su grebanje kože, rezanje po dijelovima tijela, peckanje, udaranje glavom, udaranje drugim dijelovima tijela i slično. Svrha ili funkcija samoozljeđivanja obično su smanjenje ili odvrćanje pozornosti od negativnih emocija, kažnjavanje sebe i/ili smanjenje osjećaja utrnulosti ili disocijacije. Samoozljeđivanje je šira kategorija od suicidalnog samoozljeđivanja, uključujući sve namjerne ozljede, sa ili bez namjere smrti (1). Samoozljeđivanje među mladima uglavnom je stigmatizirano i neshvaćeno. Roditelji su identificirani kao ključni pomagači u procesu traženja pomoći, no oni obično izjavljuju kako se ne osjećaju spremnima za pružanje podrške mladoj osobi u njezi (2). Utjecaj samoozljeđivanja je značajan i postoji razlika između najčešćih roditeljskih odgovora i sklonosti mladih. Uz to, roditelji često nerado sami traže pomoć zbog osjećaja srama i krivnje. Ovo naglašava potrebu za dostupnim resursima koji žele ublažiti nevolje roditelja, te na strategije koje se provode za upravljanje ponašanjem samoozljeđivanja mlade osobe, smanjiti samooptuživanje članova obitelji i povećati vjerojatnost traženja roditeljske pomoći (2).

Iako se samoozljeđivanje značajno smanjuje u kasnoj adolescenciji čini se da su adolescenti s remisijom samoozljeđivanjem u visokom riziku da nastave nefunkcionalne strategije regulacije osjećaja, čak i nakon prestanka samoozljeđivanja. Iako se čini da samoozljeđivanje prestaje u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, kod većine osoba takvo ponašanje ima klinički značaj zbog različitih dugoročnih rizika (1).

Prvi znanstveni članak o samoozljeđivanju objavljen je na njemačkom jeziku, 1846. godine, ali znanstvena rasprava o nesuicidnoj samoozljeđivi započela je 1960-ih, radom na sindromu rezanja ruku na području zglobova. Samoozljeđivanje se javlja kod kulturnih i/ili vjerskih obreda te datira još iz antike, npr. u kultu Atisa. I danas se samoozljeđivanje prakticira u kontekstu religije ili određenih kultova, na primjer, samobičevanje u nekim religijama, kao i druge vrste samoozljeđivanja kod autohtonih naroda koji održavaju tradiciju i stil života povezan s njihovom povijesti (3). Dijagnoza samoozljeđivanja temelji se prvenstveno na kliničkom pregledu. Prvi korak u pružanju njege je fizički pregled pacijenta i njegovih rana. Ispituje se dubina rane, moguća kontaminacija i status cijepljenja protiv tetanusa, te se ako je potrebno pokreće odgovarajući kirurški postupak. Nadalje, neophodna je psihopatološka procjena, uključujući istraživanje suicidalnih ideja o samoubojstvu. Tijekom uzimanja povijesti bolesti pacijenta treba utvrditi učestalost i metode samoozljeđivanja te obiteljske i izvanobiteljske čimbenike koji utječu na samoozljeđivanje, kao i učinke samoozljeđivanja na socijalno ili obiteljsko okruženje pacijenta. Temeljito istraživanje suicidalnosti posebno je važno u adolescenata sa samoozljeđivanjem. Treba imati na umu da su samoozljeđivanje i pokušaj samoubojstva odvojene cjeline s različitim namjerama i funkcijama, iako često mogu ići “ruku pod ruku” (3).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je kroz pregled stručne literature prikazati što je samoozljeđivanje u adolescenciji, etiologiju, epidemiologiju, načine liječenja te posljedice istoga. Također, u ovom završnom radu bit će prikazane najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije u skrbi za osobe koje se samoozljeđuju.

3. METODE

Metode rada su uključivale pregled stručne literature dostupne na internetskim preglednicima, u bazama zdravstvenih i stručnih radova (NCBI, Hrčak i slično), te pregled stručnih časopisa.

4. RASPRAVA

4.1. Samoozljeđivanje

Izraz "samoozljeđivanje" koristi se za opisivanje bilo kojeg čina samootrovanja ili samoozljeđivanja koji izvrši pojedinac bez obzira na motivaciju ili razlog zbog kojeg je isto učinjeno. To obično uključuje samootrovanje lijekovima ili samoozljeđivanje rezanjem, najčešće na predjelu podlaktice nedominantne ruke. Postoji niz važnih izuzetaka za koje ovaj pojam nije namijenjen. Tu se ubraja šteta koja nastaje pretjeranom konzumacijom alkohola ili droga, loša briga o vlastitom tijelu i zdravlju, *piercingom* tijela ili namjernom izazivanju gladi proizašlim iz anoreksije. U prošlosti su se koristili razni drugi izrazi, uključujući "parasuicid" i "pokušaj samoubojstva" (4).

Kao što je već rečeno, metode samoozljeđivanja možemo podijeliti u dvije široke skupine: samootrovanje i samoozljeđivanje. Iako statistički iza izabrane metode samoozljeđivanja mogu postojati različite motivacije i namjere, postoji niz individualnih i praktičnih razloga koji obuhvaćaju obje skupine. Ne mogu se pretpostaviti motivacija i namjera na temelju odabrane metode samoozljeđivanja, te ljudi često mijenjaju metode samoozljeđivanja (4). Samoozljeđivanje najčešće uključuje rezanje ili spaljivanje dijelova tijela, bez namjere za samoubojstvom, udaranje, štipanje, udaranje zidova i drugih predmeta radi izazivanja boli, lomljenje kostiju, gutanje otrovnih tvari i slično. Samoozljeđivanje obično započinje sredinom adolescencije. Adolescenti koji se ozljede često su impulzivni, treba im malo vremena da se odluče učiniti što su naumili, te ne razmišljaju o posljedicama. Često kažu da osjećaju minimalnu bol ili da je uopće ne osjećaju. Jednom započeto samoozljeđivanje poprima pojam ovisnosti i može biti prilično teško za osobu da prestane s istim (3). Iako se razlikuje od samoubilačkog ponašanja, samoozljeđivanje se često javlja kod adolescenata koji s vremena na vrijeme razmišljaju o samoubojstvu ili su pokušali samoubojstvo. Kao rezultat toga, postoji značajan rizik od samoubojstva i pokušaja samoubojstva među tinejdžerima koji se

samoozljeđuju. Međutim, nesuicidalno i samoubilačko ponašanje imaju sasvim različite svrhe. Neki adolescentni govore da se ozljede kako bi zaustavili samoubilačke ideje ili se zaustavili u stvarnom pokušaju samoubojstva. Slijedom toga, ponašanje pacijenta koji se samoozljeđuje bez samoubilačke namjere prikazuje se kao „morbidni oblik samopomoći“ (1).

Životne stope u populacijama adolescenata i mladih osoba su oko 15% do 20%, a početak samoozljeđivanja se obično događa oko 13 ili 14 godina. Nasuprot tome, oko 6% odraslih prijavljuje povijest samoozljeđivanja. Nejasno je odražava li se niži životni standard kod odraslih na porast samoozljeđivanja među adolescentima ili sjećanja odraslih, odnosno situacije u kojima se odrasle osobe ne sjećaju samoozljeđivanja u adolescenciji. I u adolescenata i odraslih, stopa samoozljeđivanja najviša je među psihijatrijskom populacijom, posebno kod ljudi koji prijavljuju karakteristike povezane s emocionalnim stresom, poput negativne emocionalnosti, depresije, anksioznosti i poremećaja regulacije emocija. Samoozljeđivanje je posebno često kod ljudi s negativnim emocijama i samokritičnosti, te kod osoba koje pate od poremećaja ličnosti.

4.2. Epidemiologija

Samoozljeđivanje također ima ulogu u postavljanju lažnih zločina- npr. kod lažnih seksualnih zločina, otmica i napada. Tipično, nalazi će biti u izrazitoj suprotnosti s dramatičnim opisima. U pravilu se pronalazi mnoštvo pojedinačnih ozljeda dijelova tijela koje su lako dostupne vlastitoj dominantnoj ruci "žrtve", s ušteđenim posebno osjetljivim dijelovima kože. Odjeća je vrlo često netaknuta. Ogrebotine ili posjekotine obično karakteriziraju sličan izgled, izduženi uzorak, grupiranje ili paralelni redoslijed (3).

Metaanaliza pokazuje da samoozljeđivanje u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi češće pogađa mlade žene. Također postoji razlika i u načinu samoozljeđivanja među spolovima. Mlade žene imaju tendenciju nanošenja posjekotina u većem broju slučajeva, dok se mladi muškarci udaraju i ozljeđuju po dijelovima tijela više od mladih žena (3). Zanimljivo je da, iako je uobičajeno da ljudi pretpostavljaju da je samoozljeđivanje češće kod žena, studije opće populacije pronalaze jednake stope između muškaraca i žena. Međutim, čini se da postoje razlike u spolu što se tiče korištenih metoda samoozljeđivanja; konkretno, žene se najčešće koriste rezanjem po dijelovima tijela, dok će muškarci vjerojatnije koristiti udaranje ili pečenje dijelova tijela. Samoozljeđivanje je češće među ljudima koji prijavljuju neheteroseksualnu orijentaciju (na primjer, homoseksualnu, biseksualnu).

4.3. Čimbenici rizika

Samoozljeđivanje adolescenata je vrlo zabrinjavajuće jer je povezano s drugim problemima mentalnog zdravlja koji se moraju uzeti u obzir u diferencijalnoj dijagnozi, poput depresije, graničnog poremećaja osobnosti, poremećaja upotrebe supstanci, razvojnih poteškoća, poremećaja prehrane, generaliziranog anksioznog poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja. Iako se samoozljeđivanje razlikuje od samoubilačkog ponašanja, samoozljeđivanje se često javlja kod adolescenata koji su razmišljali ili pokušali samoubojstvo; oni koji se samoozljeđuju i pokušavaju samoubojstvo imaju dužu povijest samoozljeđivanja i koriste više različitih metoda. Vrlo je važno da obiteljski liječnici imaju sumnju na osobe koje se samoozljeđuju i da im prijeti rizik od samoubilačkog ponašanja (5).

- **Demografski faktori rizika**

- Ženski spol
- Adolescencija
- Nezaposlenost
- Živjeti sam

- **Obiteljski faktori rizika**

- Zdravstveni problemi u obitelji
- Mentalni stres koji pogađa jednog ili oba roditelja
- Odvojeni roditelji
- Sukob u odnosu roditelj-dijete

- **Mentalni poremećaj / simptomi**

- Anksiozni poremećaji

- Depresija
- Agresija, vanjske abnormalnosti u ponašanju
- Poremećaji prehrane
- Internaliziranje abnormalnosti u ponašanju
- **Zlostavljanje i fizičko zlostavljanje u djetinjstvu**
 - Fizičko zanemarivanje i zlostavljanje
 - Emocionalno zanemarivanje i zlostavljanje
 - Seksualno zlostavljanje
- **Samoozljeđivanje i samoubilačko ponašanje**
 - Povijest samoozljeđivanja
 - Povijest samoubilačkih misli i pokušaja
 - Iskustvo samoozljeđivanja kod vršnjaka (6).

Što se tiče popularizacije samoozljeđivanja adolescenata u svijetu, uporaba interneta, a posebno uporaba društvenih medija ima vrlo veliku ulogu. Pojmovi za pretraživanje vezani uz samoozljeđivanje traženi su 42 milijuna puta godišnje na *Googleu*. Top 100 *YouTube* videozapisa sa samoozljeđivanjem adolescenata pregledani su preko dva milijuna puta, s 90% videozapisa koji nisu karakterni i prikazuju fotografije samoozljeđivanja, a 28% videozapisa s likovima koji prikazuju samoozljeđivanje (3).

Korištenje internetskih preglednika u vezi sa samoozljeđivanjem može se smatrati ili korisno (npr. Smanjenjem socijalne izolacije, poticanjem za oporavak, smanjenjem poriva za samoozljeđivanjem) ili potencijalno štetno (npr. Pokretanje poriva za samoozljeđivanjem, socijalno jačanje itd.). Uobičajene karakteristike adolescenata koji se samoozljeđuju slične su karakteristikama onih koji počinju samoubojstvo. Tjelesno ili seksualno zlostavljanje također mogu biti faktor. Česta je i zlouporaba supstanci, iako stupanj rizika od samoozljeđivanja kod adolescenata koji zloupotrebljava alkohol ili drogu nije jasan. Poznavanje drugih osoba koji se samoozljeđuju može također biti važan čimbenik (6). Čak 30% adolescenata koji se

samoozljeđuju prijavljuju prethodne epizode, od kojih mnoge nisu bile liječene. Najmanje 10% osoba ponavlja samoozljeđivanje tijekom sljedeće godine, s tim da su ponavljanja osobito vjerojatna u prva dva ili tri mjeseca. Rizik od samoubojstva nakon namjernog samoozljeđivanja varira između 0,24% i 4,30%.

4.4. Zašto se ljudi samoozljeđuju?

Samoozljeđivanje ne slijedi često samo želju za smrću. Oni koji se samoozljeđuju mogu to učiniti kako bi se zblížili s drugim osobama koje čine istu radnju ili kako bi utjecali na njih da potraže pomoć i/ili njegu. Pacijenti se mogu samoozljeđiti kako bi dobili olakšanje od određenog emocionalnog stanja ili neodoljive situacije (4). Osoba koja se u više navrata samoozljeđuje to ne mora uvijek činiti iz istog razloga svaki put ili istom metodom, stoga se pretpostavke o namjeri ne bi trebale donositi na temelju prethodnog obrasca samoozljeđivanja; svaki se čin mora procijeniti zasebno kako bi se utvrdila motivacija koja stoji iza njega. Ako se to ne učini može doći do pogrešnog razumijevanja značenja djela i tumačenja koje pacijent smatra osuđujućim ili odbacujućim. To će neizbježno dovesti do sloma pacijenta u terapijskom odnosu kao i do smanjenja vjerojatnosti da će se ponuditi odgovarajuća pomoć u trenucima kada je osoba u velikom riziku od samoubojstva. Sukladno tim razlikama u namjerama i motivima, ljudi koji se samoozljeđuju mogu imati vrlo različita očekivanja o tome kako bi zdravstvene službe trebale reagirati. Osobito ljudi koji sebi nanose štetu kao način za ublažavanje negativnih emocija (na primjer rezanjem) mogu biti primorani to učiniti kao strategiju suočavanja kako bi se spriječilo samoubojstvo (4). Studija o samoozljeđivanju djeteta i adolescenta u Europi najveća je i najopsežnija studija samoozljeđivanja za osobe u dobi od 15 do 16 godina u zajednici. Metoda samoozljeđivanja koja se najčešće pojavljuje u ovim studijama bila je samorezanje. U skladu s kliničkim studijama, mladi su ljudi podržavali motive psihološke boli češće od ostalih motiva. 'Želja za oslobađanjem od užasnog stanja uma', 'želja za smrću', 'želja za kažnjavanjem sebe i' želja za pokazati koliko se očajno osjeća'- glavna su četiri motiva koja su podržali mladi širom Europe (3). Samoozljeđivanje je češće kod mladih, a incidencija doseže maksimum u dobi između 15 i 19 godina kod žena i 20 i 24 godine kod muškaraca. Samoozljeđivanje se javlja u svim dijelovima stanovništva, ali je češće među ljudima koji su u socijalno-ekonomskom smislu u nepovoljnom položaju, te među onima koji su samohrani ili razvedeni, žive sami, imaju samohrane roditelje ili imaju ozbiljan nedostatak socijalne podrške (6).

Životni su događaji snažno povezani sa samoozljeđivanjem na dva načina. Prvo, postoji snažna veza između vjerojatnosti samoozljeđivanja, broja i vrste štetnih događaja kod osoba koje su doživjele traumatičan događaj tijekom svog života. Ljudi kojima je dijagnosticirana određena vrsta mentalnog poremećaja češće se samoozljeđuju. Za tu skupinu ljudi prepoznavanje i liječenje poremećaja mogu biti važan dio zdravstvene njege i oporavka. Adolescencija je ranjiva faza za razvoj samoozljeđivanja jer je povišena razina impulzivnosti i emocionalne reaktivnosti zbog procesa razvoja mozga. Što se tiče kognitivnih čimbenika, u studiji koja je obuhvatila 4810 adolescenata u dobi od 16 do 17 godina, viši kvocijent inteligencije povezan je s većim rizikom od sudjelovanja u samoozljeđivanju.

4.5. Dijagnosticiranje

Samoozljeđivanje i samoubilačko ponašanje su često povezani pa se zbog toga ponekad mogu zamijeniti tijekom dijagnosticiranja. Međutim, samoozljeđivanje i samoubilačka ponašanja razlikuju se na nekoliko važnih načina. Samoozljeđivanje je raširenije, uključuje različite metode (na primjer: rezanje i spaljivanje, upotreba vatrenog oružja, vješanje ili samootrovanje), a rezultira tjelesnim ozljedama koje su manje medicinski teške i koje ne uzrokuju smrtonosne štete. Što je još važnije, ljudi koji se samoozljeđuju ne namjeravaju okončati vlastiti život. Zapravo, samoozljeđivanje se najčešće izvodi u odsutnosti samoubilačkih ideja. Zbog ovih i drugih akumulativnih empirijskih nalaza, razlikovanje samoozljeđivanja od samoubilačkog ponašanja, samoozljeđivanje je klasificirano kao neovisna dijagnostička cjelina (7).

Sveobuhvatna dijagnostička procjena je vrlo bitna, te ona uključuje sljedeće:

- Anamnezu i fizikalni pregled
- Identifikaciju komorbidne psihijatrijske bolesti
- Procjenu rizika od samoubojstva
- Povijest fizičkog i seksualnog zlostavljanja
- Povijest zlouporabe supstanci
- Procjenu čimbenika rizika
- Procjenu obiteljskog funkcioniranja i socijalne potpore (1).

Nesuicidalno samoozljeđivanje i samoubilačko ponašanje diskretni su entiteti, ali se mogu pojaviti kod iste osobe u različitom vremenu. Iako se samoozljeđivanje događa bez samoubilačke namjere, adolescenti koji se samoozljeđuju često gaje i samoubilačke misli. Imaju znatno povećan rizik za kasnije samoubilačke ideje i pokušaje samoubojstva, posebno ako poduzimaju dugoročno ponavljajuće samoozljeđivanje (3).

4.6. *Borderline* – Granični poremećaj ličnosti

Poremećaj ličnosti se definira kao trajni obrazac unutarnjeg iskustva i ponašanja koji odstupa od očekivanja pojedine kulture. To je zapravo kronični psihijatrijski poremećaj kojeg karakteriziraju sveprisutna afektivna nestabilnost, poremećaji slike o sebi, impulzivnost, izražena želja za samoubojstvom i nestabilni međuljudski odnosi. To su poremećaji koji mijenjaju aspekte ličnosti kod osobe, uključujući identitet, socijalne i osobne odnose. Poremećaji ličnosti razvijaju se u djetinjstvu i adolescenciji te može imati cjeloživotni vijek. Razvoj ličnosti, kao i poremećaja ličnosti, moraju se prihvatiti iz životnih perspektiva u kojoj su temelji postavljeni u djetinjstvu i adolescenciji (8).

Poremećaje ličnosti također možemo opisati i kao prikazivanje ekstremnih osobina ličnosti koje se miješaju u svakodnevni život i doprinose značajnoj patnji, funkcionalnim ograničenjima i/ili oboje. Medicinske sestre često se brinu za pacijente s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti u bolnicama i/ili u zajednici (9). Granični poremećaj ličnosti je jedan od poremećaja koji karakterizira poremećaj regulacije emocija, impulzivnost, razdražljivost, osjećaj praznine, samoozljeđivanje, strah od napuštanja, te nestabilni međuljudski odnosi. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti trpe značajan morbiditet što uvelike otežava medicinsku njegu.

Granični poremećaj ličnosti nije uobičajen samo u psihijatrijskoj populaciji već je i rasprostrnjen u općoj zajednici više nego što se prije mislilo, te stoga predstavlja važni javnozdravstveni problem (10). Poremećaj ličnosti teška je i složena psihijatrijska bolest. Granični poremećaj ličnosti spada u dva najrasprostranjenija poremećaja osobnosti. Doživotna prevalencija graničnih poremećaja ličnosti procjenjuje se na 1-2% u općoj populaciji, dok je u uzorcima pacijenata prevalencija približno 10-20%. Samoozljeđivanje se smatra širokim problemom u nekoliko psihopatologija, a posebno kod graničnog poremećaja ličnosti. Ponašanje samoozljeđivanja može se provoditi u mnoge svrhe, na primjer za regulaciju osjećaja i smanjenje disocijacije. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti često prijavljuju disocijativne epizode koje mogu biti povezane s promjenjivom tjelesnom sviješću. Osjećaj za

pokrete djelomično se temelji na percepciji da se kontroliira svoje tijelo i svoji fizički pokreti. Ponavljajuće samoubilačke prijetnje, geste ili ponašanje ili samoozljeđivanje česte su u pacijenata koji pate od graničnog poremećaja ličnosti.

Međutim, unatoč njihovoj sličnosti, ponašanje samoozljeđivanja razlikuje se od pokušaja samoubojstva nedostatkom sustavnih samoubilačkih namjera. Samoozljeđivanje se odnosi na namjerno, izravno uništavanje ili mijenjanje nečijeg tjelesnog tkiva bez svjesne samoubilačke namjere. Ovaj obrazac ponašanja čest je kod graničnog poremećaja ličnosti (50 do 80% slučajeva) i često se ponavlja (više od 41% pacijenata napravi više od 50 samoozljeđivanja) (11). Funkcije samoozljeđivanja su promjenjive; npr. pružaju olakšanje od negativnih stanja raspoloženja, smanjuje nevolju i simbolično izražava osjećaje. Stopa samoubojstva kod graničnog poremećaja ličnosti iznosi oko 5 do 10%. Ta je stopa oko 400 puta veća od stope opće populacije. Odnosi između samoozljeđivanja i samoubojstva paradoksalni su. Ponašanje samoozljeđivanja može se definirati kao oslabljeni oblik samoubojstva ("žarišno samoubojstvo"), te na taj način samoozljeđivanje igra takvu ulogu da pacijenti maknu s uma samoubojstvo i omogućuje pacijentima da izađu iz svoje disocijacije i osjete da ponovno žive. Rizik od samoubojstva neće se povećavati sve dok samoozljeđivanje stvara očekivano olakšanje (11).

Disocijacija, odnosno djelomični ili čak i potpuni gubitak sjećanja, svijesti i kontrole pokreta tijela i samoozljeđivanje također su povezani s nizom fizioloških pojava. Prvo je dokazan odnos između disocijacije i smanjene percepcije boli. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti pokazuju smanjenu osjetljivost na bol. Smanjena osjetljivost na bol povezana je i sa samoozljeđivanjem. Većina bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti ima hipagetičke ili analgetičke pojave u vezi sa samoozljeđivanjem. Drugi fiziološki učinak disocijacije i samoozljeđivanja može se povezati s dvije važne komponente samosvijesti: osjećajem vlasništva nad tijelom i osjećajem djelovanja. Osjećaj vlasništva nad tijelom odnosi se na osjećaj da različiti dijelovi tijela pripadaju jedinstvenom tijelu. Disocijativni simptomi se povezuju s odvojenošću od fizičkih iskustava, uključujući osjećaj da nečije tijelo pripada ili ne pripada njima samima. Disocijacija je stoga snažno povezana s iskrivljenom razinom vlasništva nad tijelom. Međutim, odnos između vlasništva nad tijelom, disocijacije i graničnog poremećaja ličnosti još uvijek nije sustavno istražen (12).

Medicinske sestre doživljavaju brigu o osobama s teškim (graničnim) poremećajima ličnosti kao vrlo stresnu zdravstvenu brigu i njegu. Snažni emocionalni odgovori prema pacijentu često se javljaju, posebno kada je ponašanje pacijenta nepredvidljivo i teško razumljivo. To pridonosi osuđivanju pacijenta od strane medicinske sestre i manje empatičnom stavu. Traženje ambivalentne njege kod takvih pacijenata, prebacivanje između ovisnosti i osude stručnjaka može se objasniti njihovim poremećajem i neredovitim tijekom terapijskog procesa. Međutim, istu ambivalentnu potragu za njegom medicinske sestre teško mogu prihvatiti i nositi se s njom, što često dovodi do neučinkovitog profesionalnog ponašanja. Psihoedukacija je također važan dio liječenja graničnog poremećaja ličnosti. Psihoedukacija uključuje informiranje pacijenata i obitelji o poremećaju, znakovima i simptomima poremećaja kao i mogućim uzrocima i mogućnostima liječenja.

4.7. Liječenje

Samoozljeđivanje u adolescenciji tek je nedavno prepoznato kao česta pojava. Slijedom toga, malo je randomiziranih, kontroliranih ispitivanja za specifično liječenje adolescenata. Liječenje se temelji na temeljitoj psihijatrijskoj procjeni s naglaskom na akutnim sigurnosnim pitanjima, samoubilačkom riziku i razjašnjavanju komorbidnih psihijatrijskih stanja. Liječenje samoozljeđivanja uključuje utvrđivanje potreba koje ponašanje ispunjava i pomaganje adolescentu da osmisli druge, zdravije načine da zadovolji te potrebe. Na primjer, ako samoozljeđivanje pomogne tinejdžeru da se smiri, koje bi druge tehnike mogle pružiti isti rezultat? Psihijatar može preporučiti da se razviju vještine svjesne svijesti, vježbe disanja, razgovor s prijateljima i obitelji o svojim osjećajima ili slično. Poboljšanje afektivnog jezika i drugih komunikacijskih vještina može biti ključno za smanjenje samoozljeđivanja (1). Glavno sredstvo liječenja graničnog poremećaja ličnosti je i dalje psihoterapija. Terapija dijalektičkog ponašanja je oblik kognitivne bihevioralne terapije koja cilja na afektivnu nestabilnost i impulzivnost, koristeći grupne i individualne terapije kako bi se pacijenti naučili kako da reguliraju svoje emocije. Ovaj oblik terapije pokazao se učinkovitim u stavljanju suicidalnih ponašanja pod kontrolu u roku od godinu dana. Psihoanaliza i psihoterapija već se dugo koriste u liječenju bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti.

Nakon pregleda akutnih rana, dovršetka psihopatološke procjene i utvrđivanja postoje li misli o samoubojstvu ili nečeg drugog, mora se donijeti odluka o tome kako dalje postupati. U bolesnika koji su izloženi mislima o samoubojstvu, treba započeti stacionarnu dječju i adolescentnu psihijatrijsku terapiju. U bolesnika s prvim događajem samoozljeđivanja bez komorbidne psihopatologije, liječnik treba preporučiti da pacijent i njihovi roditelji potraže kliniku/savjetovalište (1). Uključivanje obitelji u podršku i liječenje adolescenata sa samoozljeđivanjem također je vrlo važno. Loša komunikacija s obitelji povezana je sa samoubilačkim ponašanjem kod nekih adolescenata. Poboljšanje obiteljskog razumijevanja i empatije može biti korisno u smanjivanju sukoba. Može biti korisno naučiti obitelj neke

strategije uklanjanja eskalacije i proširiti vještine slušanja i komunikacije. Članovi obitelji također mogu pomoći u sigurnosnim planovima i vježbanju vještina rješavanja problema (1).

Farmakološko liječenje samoozljeđivanja trebalo bi se prvenstveno usredotočiti na sve psihijatrijske poremećaje u osnovi. Trenutno ne postoje posebni lijekovi odobreni za liječenje samoozljeđivanja. Budući da depresija i anksioznost često prate adolescente koji se samoozljeđuju, prepoznavanje i liječenje ovih poremećaja trebalo bi biti glavni prioritet. Zabrinutost zbog porasta suicidalnih misli kod adolescenata koji koriste antidepresive treba razmotriti kod tinejdžera i njihovih roditelja. Iako se čini da zaštitni učinci antidepresiva premašuju rizik od pojačanih samoubilačkih misli, redovito treba nadzirati uporabu lijekova (1).

Dodatne mjere opreza korisne su pri propisivanju lijekova za samoozljeđujuće adolescente. Treba izbjegavati propisivanje većih količina potencijalno smrtonosnih lijekova, a benzodiazepine treba koristiti oprezno zbog mogućnosti dezinhibicije u ponašanju. Psihijatar, psiholog, psihoterapeut ili psihijatrijska medicinska sestra u bolnici bi trebali procijeniti sve mlade ljude koji su sebi potencijalno ozbiljno naštetili. To je neophodno za upravljanje medicinskim problemima i kako bi se osiguralo da mlada osoba dobije temeljitu psihosocijalnu procjenu. Bitno je utvrditi ima li mlada osoba visok stupanj samoubilačke namjere. Kako je uskraćivanje namjere ponekad problem vrlo je važno dobiti što detaljniji prikaz okolnosti i usporediti ih s čimbenicima za koje se zna da su povezani s velikom namjerom. Ponekad se razlozi samoozljeđivanja smatraju nejasnima jer se čin može činiti vrlo impulzivnim. Stoga medicinska sestra mora upotrijebiti sve dostupne podatke kako bi pokušala razumjeti motivaciju. To bi trebalo uključivati istraživanje adolescentovog koncepta smrti- pitajući na primjer, što su očekivali da se dogodi i jesu li mislili da će i nakon toga biti u blizini kako bi vidjeli posljedice djela. Suicidalne namjere obično su povezane s depresijom. Fizička ozbiljnost samoozljeđivanja nije dobar pokazatelj samoubilačke namjere jer adolescenti često nisu svjesni relativne toksičnosti navodno bezopasnih tvari kao što je paracetamol (5). Većina adolescenata koji se samoozljeđuju čine to kao odgovor na loše odnose sa obitelji ili prijateljima i mogu biti otpušteni na liječenje kao ambulantni bolesnici. Bolničko psihijatrijsko liječenje obično je “rezervirano” za one pacijente koji imaju ozbiljan depresivni ili psihotični poremećaj, predstavljaju stalni rizik od samoubojstva ili su usred glavnih psihosocijalnih poteškoća, poput otkrivanja seksualnog zlostavljanja (5).

Model krizne intervencije često je najprikladniji. Usklađenost međutim može predstavljati problem jer je samoozljeđivanje moglo imati pozitivan učinak pružajući privremeno olakšanje iz teške situacije. Također, početak liječenja uvelike ovisi o porijeklu roditelja i stavovima, kulturi, odgoju i slično, što može uključivati poricanje i negativne stavove o psihološkoj pomoći. Kućni program liječenja može prevladati neke od ovih problema (5). Terapija rješavanja problema često se koristi kod adolescenata, a prednost joj je što je izravna i lako razumljiva. Korištenje tehnika rješavanja problema i uvježbavanje strategija suočavanja može pomoći adolescentu kad se suoči s budućim krizama (5).

Pristup rješavanju problema može se proširiti i na cijelu obitelj. Obiteljske intervencije strukturirane su, obično traju pet ili šest terapija, a mogu biti se izvoditi i kod kuće. Bitni elementi uključuju poboljšanje specifičnih kognitivnih i socijalnih vještina za promicanje razmjene osjećaja, emocionalne kontrole i pregovaranja između članova obitelji. Igra uloga može biti korisna dodatna tehnika. Pametno je predvidjeti krize predviđanjem termina u kratkom roku ili davanjem telefonskih brojeva za hitne slučajeve. Adolescenti koji se samoozljeđuju također se mogu liječiti u skupinama. Ako je prisutna depresija, kognitivna bihevioralna terapija učinkovit je tretman kod adolescenata. Selektivni inhibitor ponovnog uzimanja serotonina fluoksetin učinkovit je u ovoj dobnoj skupini. Međutim, s obzirom na rizik od daljnjeg samoozljeđivanja predoziranje pametno je ograničiti zalihe ovog lijeka, te upoznati i educirati druge članove obitelji o tome (5). Ako su istaknuti školski problemi, posebno nasilje, važna je veza sa školom. Daljnju pomoć može pružiti školski savjetnik (psiholog, psihijatar). U slučaju poteškoća u učenju procjena obrazovnog psihologa može biti korisna u osmišljavanju prikladnih obrazovnih mogućnosti. Kada se samoozljeđivanje dogodi uz zlouporabu supstanci ili alkohola mogu se naznačiti specifični tretmani za ova stanja. Za starije adolescente može biti prikladno upućivanje u grupe za samopomoć ili savjetodavnu službu (5).

4.8. Uloga medicinske sestre

Medicinska sestra i školske medicinske sestre najčešće su prvo medicinsko osoblje s kojima se mladi susreću nakon samoozljeđivanja i prve osobe kojoj otkrivaju samoozljeđujuće ponašanje. Taj prvi kontakt sa zdravstvenim službama mogao bi biti posljednji, ako adolescent smatra da nije od koristi ili se ne razvije odnos povjerenja s medicinskim osobljem. Mladi se mogu bojati stigmatizacije povezane sa samoozljeđivanjem, brinuti se hoće li njihovi vršnjaci saznati za isto i ismijati ih ili se osjećati neugodno zbog traženja pomoći. Za medicinske sestre/tehničare samoozljeđivanje može biti teška dijagnoza s kojom se susreću jer se mogu pojaviti razni osjećaji žaljenja prema osobi koja je sudjelovala u samoozljeđivanju. Važno je da medicinska sestra/tehničar potraži podršku i/ili nadzor tijekom svog posla s pacijentom ako u radu s osobom koja je prošla samoozljeđivanje se osjeća nelagodno. Medicinska sestra/tehničar treba razumjeti svoje psihološke reakcije i osigurati da isti osjećaji ne koče kvalitetu zdravstvene skrbi (14).

Profesionalno ponašanje medicinske sestre/tehničara vrlo je bitno, može se reći čak neophodno kako bi se stvorio osjećaj empatije, sigurnosti i samopouzdanja. Medicinska sestra uvijek treba ponuditi nešto za ublažavanje boli- iako je mlada osoba možda trebala fizičku bol kako bi smanjila svoju emocionalnu uznemirenost, to ne znači da nakon toga ne osjeća bol ili da želi bol kad postigne neko olakšanje (14). Vrlo bitna stvar koju medicinska sestra/tehničar može napraviti u korist pacijenta je to da mu pruži siguran prostor za razgovor, gdje se pacijent neće osjećati ugroženo niti se brinuti hoće li ga netko čuti ako ne želi pred drugim ljudima reći što ga je zapravo navelo na samoozljeđivanje. Bez obzira na razlog samoozljeđivanja samopoštovanje mlade osobe bit će nisko, a brižan i empatičan stav neophodan je za daljnjom kvalitetnom zdravstvenom njegom (14). Za većinu mladih sudjelovanje obitelji bit će vrlo bitan i važan dio oporavka. Preporučljivo je nakon što se mlada osoba pregleda fizički, pokušati osigurati pristanak za razgovor s njom i njihovim roditeljima ili skrbnikom kako bi procijenili i podržali njihovu komunikaciju. Roditelji se mogu osjećati prestrašeno djetetovim samoozljeđivanjem i trebat će im podrška, edukacija i smjernice kako i što dalje (14).

Iako samoozljeđivanje samo po sebi ne ukazuje na rizik od samoubojstva, može dovesti do ozbiljnih zdravstvenih posljedica. Previše duboko rezanje po tijelu ili infekcija na mjestu ozljede može dovesti do septičnog šoka ili u rijetkim slučajevima čak i smrti. Samoozljeđivanje također štetno djeluje na mentalno i emocionalno stanje pacijenta i dovodi do osjećaja krivnje, gnušanja prema sebi i srama (15).

Prilikom susreta s pacijentima koji traže liječenje zbog samoozljeđivanja, neki zdravstveni radnici mogu postati frustrirani, posebno ako nisu adekvatno educirani o svom ponašanju. Da bi napravili značajnu promjenu u životu takvih pacijenata i pružili etičnu i pravičnu njegu medicinske sestre moraju razumjeti njihovo ponašanje, znati prepoznati znakove upozorenja i promicati učinkovito liječenje. Razlozi za samoozljeđivanje mogu biti složeni i u mnogim slučajevima proizlaze iz traume ili psiholoških poremećaja. Ponašanje je uobičajeno kod žrtava seksualnog zlostavljanja i kod osoba s poremećajima prehrane, graničnim poremećajem ličnosti, poremećajima kognitivnog oštećenja, opsesivno-kompulzivnim poremećajem i

disocijativnim poremećajem identiteta. Osobe s psihozom mogu čuti glasove koji im zapovijedaju da se ozlijede (15).

Mnogi ljudi koji si kronično naštetili imaju posttraumatski stresni poremećaj koji je posljedica emocionalnog, seksualnog ili fizičkog zlostavljanja i/ili zanemarivanja kao djeteta ili adolescenta. U nekim slučajevima ovo ponašanje pacijentovu obitelj i/ili voljenu osobu čine zabrinutom i povezanom s tim problemom (najčešće kod osoba s graničnom osobnošću). U drugima poremećajima takvo ponašanje predstavlja pokušaj ublažavanja stresa, kao što su financijski, bračni problemi ili roditeljski problemi. Procjenjuje se da se samoozljeđivanje javlja kod 25% do 40% osoba koje već imaju mentalnih problema (7). Medicinska sestra se mora usredotočiti na otkrivanje i razumijevanje pacijentovog razloga za samoozljeđivanje i u skladu s time prilagođava terapijske intervencije. Kao i kod svake promjene ponašanja, želja za promjenom mora doći od pacijenta. Također, medicinska sestra mora: aktivno slušati bez prosuđivanja ili unaprijed stvorenih misli i predrasuda, prepoznavati emocionalne boli pacijenta, poticati postavljanje granica, davati do znanja pacijentu da on konačno kontrolira ponašanje, biti empatična, mora informirati o uobičajenim uzrocima samoozljeđivanja, trenutnim metodama samoozljeđivanja i liječenju (15).

Kako bi medicinska sestra promovirala iskreno izražavanje osjećaja mora uspostaviti odnos izgrađen na povjerenju i otvorenosti. Medicinska sestra mora shvaćati da je pacijent mogao doživjeti kritike i odbijanja mnogih pojedinaca, uključujući medicinske radnike. Prekor i kažnjavanje mogli bi dovesti samo do veće frustracije i krivnje, te povećati pacijentovu motivaciju da prikrije samoozljeđujuće ponašanje. Umjesto toga medicinska sestra bi trebala koristiti jednostavne intervencije poput naglašavanja da pacijent nije sam. Grupe podrške mogu biti učinkovite u smanjenju simptoma. Mnogi pojedinci koji su prestali nanositi sebi štetu opisali su važnost podrške vršnjaka u učenju i društvenom životu. Grupna terapija može pomoći pacijentima da steknu uvid, nauče se prilagoditi suočavanju i osvijeste svoje okidače, odnosno stresore koji ubrzavaju samoozljeđivanje (15). Također, medicinska sestra mora educirati pacijente o samoozljeđivanju i pomoći im da razviju pozitivne vještine suočavanja sa stresom. Budući da su osobe s graničnim poremećajem ličnosti najčešće osobe koje se samoozljeđuju često su prisutne u krizi i mogu biti izrazito emocionalno uzbuđeni. Skloni su svijet gledati kao opasan i zloban, a sami sebe kao nemoćni, ranjivi i suštinski neprihvatljivi. Često imaju ili pokazuju visoku osjetljivost na emocionalne okidače; neprimjeren, intenzivan

bijes ili poteškoće u kontroli bijesa, strah od napuštanja, zloupotrebu supstanci, neselektivnu seksualnu aktivnost, te česte samoubilačke ideje i samopovrede (poput rezanja). Ovi simptomi obično počinju u ranoj odrasloj dobi, odnosno adolescenciji. Granični poremećaj ličnosti ima visoki komorbiditet s drugim mentalnim bolestima kao što su depresija, anksioznost, bulimija, problemi s uporabom tvari i drugi poremećaji ličnosti. Često postoji povijest zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu (16).

S jedne strane, dok balansiraju između autonomije i sigurnosti pacijenta, medicinske sestre se lako osjećaju prisiljenima i odgovornima zaštititi pacijenta. Medicinske sestre mogu primijeniti restriktivne intervencije za kontrolu destruktivnog ponašanja pacijenta. S druge strane, medicinske sestre mogu podcijeniti potrebe i invaliditet svojih pacijenata i smatrati ih sposobnima, ali nespremnima za promjenu. Održavanje ravnoteže između igranja igre s jedne strane i pretjerane podrške i zaštite s druge strane smatra se teškim s obzirom na ove pacijente. Medicinska sestra/tehničar koji rade na psihijatrijskom odjelu i koji se susreću s pacijentima oboljelim od graničnog poremećaja ličnosti prvo prikuplja podatke i vrši procjenu istih tih podataka. Nadalje, individualno se pristupa svakom pacijentu te se plan psihijatrijske sestrinske skrbi mora odnositi na svakog pacijenta posebno, ovisno o stanju pacijenta i njegovim potrebama (16).

Kada je samoozljeđivanje povezano s emocionalnom nestabilnošću, koja se u svom najizraženijem obliku dijagnosticira kao granični poremećaj ličnosti, samoozljeđivanje i samoubojstvo često postaju dijelom složenog sustava autodestruktivnosti kojim je teško upravljati, samih pojedinaca i za zdravstvene radnike. Klinički znakovi graničnog poremećaja ličnosti variraju, poput afektivnih poremećaja (bijes, tuga, sram, panika, teror i kronični osjećaji praznine i usamljenosti), poremećena kognicija (ideje da je nešto loše), impulzivnost (fizički autodestruktivna, samoozljeđivanje), samoubilačka komunikacija i pokušaji samoubojstva) i intenzivni nestabilni odnosi (duboki strah od napuštanja, da se ne ostane sam, poteškoće s bliskim vezama, česte svađe, ljubavni prekidi). Bolnička skrb često rezultira povećanim stresom i samoozljeđivanjem što ozbiljno utječe na pacijente i njihove zdravstvene procese i liječenje. Pacijenti često završavaju u dugim bolničkim boravcima u kojima su uobičajene mjere prisile, uklanjajući autonomiju i brigu o sebi kao održivu mogućnost (17).

Nadalje, odnos pacijenta i medicinske sestre često doživljavaju kao problematičan i ponekad „kontraterapeutski“, umjesto podražavajućeg. Medicinske sestre koje rade u bolničkoj njezi često se susreću s tim pacijentima tijekom njihovih najgorih stanja. Ljutnja,

samoozljeđivanje i rizik od samoubojstva izazovni su i često dodaju emocionalni napor medicinskim sestrama. Tradicionalno, bolnička psihijatrijska skrb često rezultira sukobima među pacijentima, kao i s medicinskim osobljem, što negativno utječe na okolinu i rezultate liječenja. Medicinske sestre često su uključene u prisilne mjere koje izazivaju etičku zabrinutost, čak i kad se takve mjere čine nužnima. Pokazalo se da je ograničavanje autonomije pacijenta ograničavanjem ili odbijanjem zahtjeva najvažniji prethodnik nasilja i agresije u psihijatrijskoj skrbi. Negativni stavovi osoblja psihijatrijskog odjela i/ili bolnice prema psihijatrijskoj njezi pacijenata koji se samoozljeđuju mogu se djelomično pripisati činjenici da je osoblje opisano kao „čuvari granica na odjelu“, što znači da imaju intenzivne i restriktivne interakcije s pacijentima u krizi. Također, nedostatak kontrole nad opterećenjem medicinskih sestara također može dovesti do smanjene empatije i više antagonističkih stavova. Pregled stavova medicinskih sestara o samoozljeđivanju pokazao je da su obrazovanje, kao i podrška i vrijeme liječenja potrebni za stvaranje terapijskog odnosa potrebnog za pružanje visokokvalitetne skrbi (17).

Da bi se razvio odnos povjerenja pacijenta i medicinske sestre, sljedeće su karakteristike istaknute kao važne za medicinske sestre: empatija, dostupnost pacijentu, slušanje pacijenta, briga za pacijenta, stvaranje emocionalnog i fizički sigurnog okruženja za pacijenta, promicanje profesionalne i iskrene interakcije, poštovanje povjerljivost, te pacijenta tretira kao odraslu osobu i djeluje smireno. Drugi opsežni pregled stavova, ponašanja i iskustava medicinskih sestara za mentalno zdravlje koje rade s pacijentima s poremećajima osobnosti je da su potrebni novi inovativni pristupi za poboljšanje odnosa pacijenta i medicinske sestre (17).

Kada medicinska sestra brine za pacijenta koji se samoozljeđivao ili je imao samoubilačke ideje potrebno je da ima na umu da se bilo što u okolini može koristiti za samoozljeđivanje (oštri predmeti, čarape, vrhovi i donji dio pidžame, plahte, haljine, vezice, plastične vrećice itd.), te da se svi predmeti koji bi se mogli koristiti za samoozljeđivanje od pacijenata sa samoubilačkim idejama uklone iz njegove okoline. Svi predmeti koji bi se mogli koristiti za samoozljeđivanje trebaju se ukloniti iz prostorije i svih posjetitelja (18). Jednom kad suicidalni adolescenti ili adolescenti koji su se samoozljeđivali počnu uzimati antidepresive, mogu osjetiti više fizičke energije što može rezultirati sposobnošću dovršenja pokušaja samoubojstva ili samoozljeđe. Nadzor tijekom tog vremena treba povećati.

4.9. Sestrinske dijagnoze kod samoozljeđivanja adolescenata

4.9.1. Visok rizik za samoubojstvo

Samoubojstvo je glavni zdravstveni problem, a globalna stopa smrtnosti od samoubojstava iznosi 1,4% svih smrtnih slučajeva u svijetu. Većina samoubojstava povezana je s psihijatrijskom bolešću, a depresija, poremećaji upotrebe droga i psihoza najvažniji su čimbenici rizika (19). Samoubojstvo se definira kao fatalno samoozljeđivanje s nekim dokazima o namjeri da umre.

Iako se zna da samoubilački proces može trajati tjednima, mjesecima ili čak godinama, fatalni prijelaz sa samoubilačkih ideja i pokušaja samoubojstva na stvarno izvršeno samoubojstvo često se dogodi iznenada, neočekivano i impulzivno, posebno kod adolescenata. Poteškoće u upravljanju raznim, često snažnim i miješanim osjećajima i oscilacijama raspoloženja koje prate suočavanje s novim i neprestano mijenjajućim izazovima u različitim domenama još su jedan faktor rizika za samoubojstvo mladih, na koji su djelomično utjecali bio-neurološki čimbenici. Nesposobnost u rješavanju problema i regulaciji raspoloženja često uzrokuje nesigurnost, nisku samoefikasnost i samopoštovanje, ali također može dovesti do bijesa i agresivnog ponašanja, emocionalne krize i samoubilačke krize, posebno u kombinaciji s perfekcionističkim osobnostima (20).

Medicinska sestra/tehničar tijekom razgovora s pacijentom i tijekom intervjua provjerava postoje li suicidalne ili autodestruktivne misli i ideja, te postavlja pitanja kao što su: "jeste li ikada poželjeli nauditi sebi?, jeste li ikada pokušali počinuti samoubojstvo, osjećate li trenutno želju za samoubojstvom, imate li povjerenja u sebe kako biste kontrolirali svoje misli, osjećaje i nagone?". Zatim, vrlo je važno da medicinska sestra/tehničar prikupi podatke o postojanju rizičnih čimbenika za čin samoubojstva: prethodni pokušaji samoubojstva, samoozljeđivanje, prijetnje samoubojstvom te neobjašnjena euforija. Kritični čimbenici za samoubojstvo najčešće su suicidalni nagon, manija, depresija, psihoza, panika, zlostavljanje. Vrlo je bitno da se pacijentu osigura sigurna okolina te uklone svi opasni predmeti oko njega, kao što su na primjer oštri predmeti, elektronički uređaji, stakleni predmet, remenje, lijekovi. Svakodnevna kontrola ormarića i prostora je nužna te se učestalo mora provoditi (21).

Edukacija obitelji je vrlo važna, te im je potrebno objasniti da ne donose nepotrebne ili opasne predmete pacijentu, iako ih on to traži ili moli. Također, potiču se članovi obitelji da održe iskrene i tople odnose sa svojim članom obitelji bez obzira na njegovo ponašanje, ideje ili misli. Pacijent se mora nadzirati 24h ako postoji povećan rizik za samoubojstvom. Medicinska sestra/tehničar mora izbjegavati naređivanje pacijentu, kritiziranje te mora stvoriti osjećaj povjerenja i empatije. Svakodnevne aktivnosti pacijenta se nadziru te se organiziraju u skladu s pacijentovim sposobnostima i mogućnostima, ali i voljom (21).

Samoubojstvo mladih predstavlja glavni javni problem mentalnog zdravlja. Mladi, a posebno adolescenti po svojoj su prirodi ranjiva skupina za probleme mentalnog zdravlja. Iako je samoubojstvo relativno rijetko u djece, njegova se prevalencija značajno povećava tijekom adolescencije. I premda se stopa samoubojstava mladih u europskoj regiji lagano smanjuje, ona je i dalje vodeći uzrok smrti među mladima širom svijeta i kao takva odgovorna je za značajan broj prerane smrti i ogromnu količinu besmislenih patnji i društvenih gubitak. Svako samoubojstvo rezultat je složene dinamične i jedinstvene interakcije između brojnih čimbenika koji doprinose, a pojedinačni naponi da se predvidi i spriječi samoubojstvo obično propadnu. S druge strane, znanje medicinske sestre/tehničara o čimbenicima rizika znatno se povećava. Mentalni poremećaji, prethodni pokušaji samoubojstva, specifične osobine ličnosti, genetsko opterećenje i obiteljski procesi u kombinaciji s pokretanjem psihosocijalnih stresora, izloženost inspirativnim modelima i dostupnost sredstava za samoubojstvo ključni su čimbenici rizika u samoubojstvu mladih (20).

4.9.2. Visok rizik za samoozljeđivanje

Psihijatrijske bolesti poznati su faktori rizika za samoozljeđivanje, ali povezanost između samoozljeđivanja i tjelesnih bolesti slabije je uspostavljena. Psihijatrijske bolesti imaju znatno povećan rizik od samoozljeđivanja, kao i od samoubojstva. Mnoge kronične tjelesne bolesti također su povezane s povećanim rizikom od samoozljeđivanja i samoubojstva. Identificiranje rizičnih osoba omogućava pružanje odgovarajućeg nadzora i podrške.

Psihijatrijske bolesti, posebno depresija, anksioznost i poremećaji zlouporabe alkohola poznati su čimbenici rizika za samoozljeđivanje (22). Samoozljeđivanje sa samoubilačkom namjerom i bez nje vrlo su slična, ali s određenim različitim karakteristikama, što ukazuje na važnost potpunog istraživanja čimbenika ranjivosti, motivacija i namjera kod adolescenata koji se samoozljeđuju. S pacijentima koji su se ozlijedili treba postupati s istom pažnjom, poštovanjem i privatnošću kao i sa bilo kojim drugim pacijentima. Uz to, zdravstveni radnici trebali bi u potpunosti uzeti u obzir vjerojatnu nevolju povezanu sa samoozljeđivanjem. Medicinske sestre/tehničari trebaju imati odgovarajuću obuku koja će ih osposobiti za razumijevanje i brigu o osobama koje su sebi naštetile. Pacijentima treba ponuditi procjenu potreba koja treba biti sveobuhvatna i koja treba uključivati procjenu socijalnih, psiholoških i motivacijskih čimbenika specifičnih za čin samoozljeđivanja, trenutne samoubilačke namjere i beznada, kao i potpunu procjenu mentalnog zdravlja i socijalnih potreba (23).

Tijekom razgovora s pacijentom medicinska sestra/tehničar prikuplja podatke o emotivnom statusu pacijenta, o ovisnostima, o kroničnim bolestima, o boli, stresu, socijalnoj podršci, te pita pacijenta “jeste li se izloženi stresu, kakvi su Vam osjećaji trenutno, imate li želju još više nauditi sebi, koji su razlozi za to” i slično. Također, treba utvrditi postoji li želja za ponovnim pokušajem samoozljeđivanja. Pacijentima koji su se ozlijedili treba pristupiti s istom pažnjom, poštovanjem i privatnošću kao i sa bilo kojim drugim pacijentom, bez stigmatizacije i bez predrasuda (21). Potrebno je procijeniti rizik, što bi trebalo uključivati identifikaciju glavnih kliničkih, demografskih obilježja i psiholoških karakteristika za koje se zna da su povezane s rizikom, posebno depresijom, beznadem i kontinuiranom samoubilačkom namjerom.

Pružanje zdravstvene njege osobama koje su se ozlijedile emocionalno je zahtjevno i zahtijeva visoku razinu komunikacijskih vještina i podrške. Vrlo je bitno da se stvori odnos povjerenja između medicinske sestre/tehničara, te da mu se pokaže razumijevanje i prihvaćanje bez osuđivanja. Potrebno je svaku intervenciju pomno objasniti kako bi pacijent razumio u svakom trenutku što se događa i radi, te bi bilo poželjno s pacijentom napraviti plan aktivnosti i odmora.

Medicinske sestre/tehničari trebaju biti svjesni da se razlozi za samoozljeđivanje pojedinca u svakoj prilici mogu razlikovati i stoga svaku epizodu treba liječiti posebno i ne

povezano s prethodnim epizodama samoozljeđivanja. Također, trebali bi uključiti pacijente u sve rasprave i donošenje odluka o njihovom liječenju i naknadnoj zdravstvenoj njezi. Da bi to učinili, medicinske sestre/tehničari trebali bi pacijentima pružiti potpune informacije o različitim dostupnim opcijama liječenja kao što su grupne terapije, terapijske zajednice, farmakoterapija i slično. Pacijentima treba omogućiti da, ako žele, budu u pratnji člana obitelji, prijatelja i slično tijekom procjene i liječenja. Međutim, za početnu psihosocijalnu procjenu stanja pacijenta razgovor bi se trebao obaviti samo s pacijentom kako bi se održala povjerljivost i omogućila rasprava o pitanjima koja se mogu odnositi na odnos između pacijenta i medicinske sestre/tehničara (22). Pacijentovu obitelj treba educirati o znakovima pokušaja samoozljeđivanja, te o intervencijama u slučajevima pokušaja samoozljeđivanja ili ako se samoozljeđivanje izvrši. Medicinske sestre/tehničari trebaju pružiti emocionalnu potporu i pomoć obitelji ako je potrebno, jer oni također mogu imati visoku razinu tjeskobe.

4.9.3. Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda

Nesuicidalno samoozljeđivanje u mladosti odražava ustrajno beznade i smanjeno samopoštovanje, uz potencijalnu složenu kombinaciju drugih čimbenika (24). Budući da se samoozljeđivanjem mijenja tjelesni izgled pacijenta, pojavljuju se rane, opekotine, masnice i

slično, vrlo je često da pacijent bude nezadovoljan vlastitim izgledom. Čimbenici rizika povezani s nezadovoljstvom tijela adolescenta preklapaju se s mnogim čimbenicima rizika za samoozljeđivanje i samoubojstvo adolescenta. Čimbenici rizika za nisko samopoštovanje adolescenta uključuju nedostatak roditeljske podrške, negativnu afektivnost, restriktivne dijete, patologiju prehrane i nedostatak podrške vršnjaka. Zanimljivo je da se nezadovoljstvo tijelom i nisko samopoštovanje tijekom rane adolescencije uglavnom povećava kod djevojčica, a smanjuje kod dječaka. Opći čimbenici rizika uključuju pubertet, vrijeme sazrijevanja, zadirkivanje vršnjaka, negativni odnosi s obitelji i vršnjacima, sociokulturni ideali, rodne uloge i utjecaj medija. Nezadovoljstvo tijelom razvija se kao složena interakcija čimbenika, poput spola, samopoštovanja i stvarne tjelesne mase, kao i društveno sankcionirano restriktivno ponašanje u prehrani. Neuređena prehrana povezana je s lošim školskim uspjehom, kao i s drugim zdravstvenim poremećajima, poput pušenja, uzimanja alkohola i droga, delinkventnog ponašanja, samoubilačkih ideja, samoozljeđivanja i utjecaja medija (24).

Medicinska sestra/tehničar ohrabruje pacijenta da izrazi osjećaje povezane s percepcijom vlastitog tijela, aktivno sluša pacijenta i potiče razgovor o pacijentovom zdravstvenom stanju. Također, zajedno s pacijentom odabire načine prilagodbe na okolinu i nove situacije. Vrlo je bitno poticati kontakt s bliskim osobama, obitelji i vršnjacima. Potrebno je educirati pacijenta i obitelj o mogućim komplikacijama medicinskog stanja, odnosno bolesti, te o situacijama u kojima je potrebno pozvati pomoć. Ako je potrebno medicinska sestra/tehničar omogućuje razgovor s psihologom/psihijatrom ukoliko se pacijent i obitelj negativno suočava s novonastalim stanjem (21).

4.9.4. Beznade

Beznade se definira kao opseg negativnih stavova o budućnosti, perceptivno iskustvo iščekivanja neželjenih situacija ili posljedica koje su u velikoj mjeri izvan nečije kontrole (25).

To je i sestrinska dijagnoza u domeni samoozljeđivanja i faktor rizika kod sestrinske dijagnoze visok rizik za samoubojstvo. Beznađe je osjetljiviji faktor rizika od depresije i može dovesti do stvaranja samoubilačkih misli i namjere samoubojstva kod pojedinca, te samoozljeđivanja. Beznađe nije samo što se pokazalo snažnim prediktorom za samoubojstva, već pojačava učinke psihijatrijskih simptoma na vjerojatnosti samoubojstva i samoozljeđivanja (25). Beznađe može ugroziti tjelesnu i psihičku dobrobit pacijenta i utjecati na proces oporavka i rehabilitacije pacijenta (26). Budući da se beznađe također definira i kao emocionalno stanje pacijenta u kojem on ne nalazi način za donošenje odluka kako bi riješio problem ili postigao željeni cilj, vrlo je često povezano s samoozljeđivanjem jer je pacijentima samoozljeđivanje način da zaborave na probleme i da osjete olakšanje.

Medicinska sestra/tehničar prikuplja podatke o svakodnevnim aktivnostima pacijenta, o osjećaju motivacije za ostvarenje željenog cilja, o životnim vrijednostima pacijenta i slično. Vrlo su bitni odnosi s drugim ljudima, prijateljima, obitelji, tako da medicinska sestra/tehničar također prikuplja podatke o odnosima s istima, te i o pacijentovim planovima za budućnost. Poticanje pacijenta na izražavanje vlastitih osjećaja je jedno od bitnijih stvari u sestrinskoj skrbi kod pacijenta koji se samoozljeđuje. Medicinska sestra/tehničar stvara empatijski odnos s pacijentom, ostvaruje dobru komunikaciju i odnos suradnje. Omogućava pacijentu da spozna da je beznađe nerijetko prisutno u životu svake osobe, te potiče pacijenta na prepoznavanje vlastite snage i sposobnosti. Ako je potrebno, predlaže pacijentu sudjelovanje u grupama podrške. Također, vrlo je bitno educirati pacijenta i obitelj o pravilnim načinima komunikacije, o važnosti davanja podrške pacijentu, te omogućiti pacijentu spoznaju o postignućima (21).

5. ZAKLJUČAK

Nesuicidalno samoozljeđivanje uključuje ponašanja poput samozarezivanja, grebanja i spaljivanja, učinjena bez svjesne namjere oduzimanja života. To se obično događa između 14. i 24. godine života. Najčešći razlozi za ovu vrstu štete prema samom sebi su regulacija afekta (npr. Za smanjenje napetosti ili ublažavanje disforičnih osjećaja), ali razlozi mogu uključivati i samokažnjavanje, međuljudske razloge, traženje senzacija i mehanizme protiv disocijacije. Čimbenici povezani s nesuicidnim samoozljeđivanjem uključuju svijest o samoozljeđivanju vršnjaka, članove obitelji koji se samoozljeđuju, zlouporabu droga, depresiju, anksioznost, impulzivnost, poremećaje i nisko samopoštovanje. Vjerojatno je da će se pojaviti i ideje o samoubojstvu i pokušaji samoubojstava među onima s ponovljenim nesuicidnim samoozljeđivanjem (27). Pojam samoozljeđivanja obično se koristi za opisivanje širokog spektra ponašanja i namjera, uključujući pokušaj vješanja, impulzivno samootrovanje i površno rezanje kao odgovor na nepodnošljivu napetost. Upravljanje nakon samoozljeđivanja uključuje stvaranje odnosa povjerenja s pacijentom, zajedničko prepoznavanje problema, osiguravanje dostupnosti podrške u krizi i snažno liječenje psihijatrijskih bolesti. Obitelj i prijatelji također mogu pružiti podršku. Iako su čimbenici rizika za samoozljeđivanje dobro utvrđeni, aspekte koji štite ljude od samoozljeđivanja treba dodatno istražiti. s namjerom i uvjerenjima o smrtonosnosti korištene metode. Snažne namjere za samoubojstvom, visoka smrtnost, mjere predostrožnosti protiv otkrivanja i psihijatrijske bolesti pokazatelji su visokog rizika od samoubojstva (28). Medicinska sestra se mora usredotočiti na otkrivanje i razumijevanje pacijentovog razloga za samoozljeđivanje i u skladu s time prilagođava terapijske intervencije. Kao i kod svake promjene ponašanja, želja za promjenom mora doći od pacijenta. Također, medicinska sestra mora: aktivno slušati bez prosuđivanja ili unaprijed stvorenih ideja, prepoznavati emocionalne boli pacijenta, poticati postavljanja granica, davati do znanja pacijentu da on konačno kontrolira ponašanje, biti empatična, mora informirati o uobičajenim uzrocima samoozljeđivanja, trenutnim metodama samoozljeđivanja i liječenju.

6. LITERATURA

1. Peterson J, Freedenthal S, Sheldon C, Andersen R., Nonsuicidal self injury in adolescents. *Psychiatry (Edgmont)*. 2008; 5(11): 20–26.
2. Curtis S, Thorn P, McRoberts A, Hetrick S, Rice S, Robison J., Caring for young people who self-harm: A review of perspectives from families and young people. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(5): 950.
3. Plener P, Kaess M, Schmahl C, Polak S, Fegert J, Brown R., Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2018; 115(3): 23–30.
4. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-Harm: Longer-term management. British Psychological Society; 2012. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK126787/#!po=98.8636> (10.02.2021.)
5. Hu T, Watson W. Nonsuicidal self-injury in an adolescent patient. *Can Fam Physician*. 2018; 64(3): 192–194.
6. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*. 2005; 330(7496): 891–894.
7. Klonsky D, Victor S, Saffer B. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry*. 2014; 59(11): 565–568.
8. Maljuna I, Ostojić D, Jendričko T., Psihosocijalni aspekti graničnog poremećaja ličnosti. *Ljetopis socijalnog rada*. Zagreb 2019; 26 (2), 213-234.
9. Ekselius L., Personality disorder: a disease in disguise. *Ups J Med Sci*; 123(4): 194–204.
10. The National Collaborating Centre for Mental Health, Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. RCPsych Publications; 2009.
11. Oumaya M, Pham F, Abdallah A, Guelfi J, Rouillon F., Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *National Library of Medicine*. 2008;34(5):452-8
12. Colle L, Hilviu D, Rossi R, Garbarini F, Fossataro C., Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 449.
13. Kulacaoglu F, Kose S., Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*. 2012; 184(16): 1789–1794

14. Nursing in practice. Helping young people who self-harm [Online]. 2017. Dostupno na: <https://www.nursinginpractice.com/clinical/helping-young-people-who-self-harm/> (10.02.2021.)
15. Renee N, Erik P, Andreas M. Helping patients who harm themselves. American nurse [Online]. 2016. Dostupno na: <https://www.myamericannurse.com/helping-patients-harm/> (10.02.2021.)
16. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. 17. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara. Plitvička jezera; 2011.
17. Eckerstrom J, Allenius E, Helleman M, Flyckt L, Perseus K, Omerov P. Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives - person-centred care in clinical practice. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019; 14(1): 1667133.
18. Rajamohan S, Sharkey P, Heavey E., Therapeutic approaches for suicidal adolescents. [Online] Dostupno na: https://www.nursingcenter.com/ce_articleprint?an=00152193-201809000-00009 (12.02.2021.)
19. Bradvik L. Suicide risk and mental disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(9): 2028.
20. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry*. 2018; 9: 540.
21. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb; 2015.
22. Singhal A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre M., Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *J R Soc Med*. 2014; 107(5): 194- 204.
23. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Self-Harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. RCPsych Publications. 2004. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56406/> (31.03.2021.)
24. Greydanus D., Apple R. The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts. *J Multidiscip Healthc*. 2011; 4: 183- 189.
25. Saatchi B, Larijani T., Risk for suicide nursing diagnosis and its related risk factors, in psychiatric settings: A descriptive study. *Nurs Open*. 2019; 6(4): 1438-1445.
26. Pan H, Chiou C., Hopelessness: a concept analysis. *National Library of Medicine*. 2004; 51(1):85-90. [Online] 2004. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15045898/> (31.03.2021.)

27. Nixon M, Cloutier P, Jansson M. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*. 2008; 178(3): 306–312.
28. Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005; 22-28;366(9495):1471-83 [Online] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16243093/> (15.02.2021.)

7. OZNAKE I KRATICE

NCBI- National Center for Biotechnology Information (Nacionalno središte za biotehnoške informacije)

8. SAŽETAK

Samoozljeđivanje se odnosi na namjerno uništavanje vlastitog tjelesnog tkiva bez samoubilačke namjere i u svrhe koje nisu društveno sankcionirane. Uobičajeni primjeri uključuju rezanje, spaljivanje, grebanje i udaranje ili udaranje, a većina ljudi koji se samoozljeđuje koristi više metoda. Samoozljeđivanje je najčešće među adolescentima i mladim odraslima, te je stopa samoozljeđivanja najviša među psihijatrijskom populacijom, posebno među ljudima koji prijavljuju karakteristike povezane s emocionalnim stresom, poput negativne emocionalnosti, depresije, anksioznosti i poremećaja regulacije emocija. Samoozljeđivanje i samoubilačka ponašanja razlikuju se na nekoliko važnih načina. Samoozljeđivanje je rašireniji, uključuje različite metode (na primjer, rezanje i spaljivanje, umjesto ponašanja koja uključuju vatreno oružje, vješanje ili samootrovanje), a rezultira tjelesnim ozljedama koje su manje medicinski teške i koje uzrokuju manje smrtonosne štete, u usporedbi sa samoubojstvom pokušaji. Važno je, međutim, da razlike između samoozljeđivanja i pokušaja samoubojstva ne isključuju njihovu istodobnu pojavu. Uistinu, često je utvrđeno da se samoozljeđivanje i samoubilačka ponašanja istodobno javljaju i u zajednici i u psihijatrijskoj populaciji. Mnogi zdravstveni radnici samoozljeđivanje smatraju pokušajem samoubojstva, a malo zdravstvenih radnika razmatra ili raspravlja o značenju, funkciji ili namjeri djela samoozljeđivanja, umjesto da pretpostavi da je samoubojstvo bilo namijenjeno i da bi ga trebalo spriječiti što je više moguće.

Ključne riječi: samoozljeđivanje, samoubojstvo, adolescenti

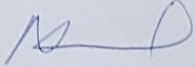
9. SUMMARY

Self-harm refers to the intentional destruction of one's own body tissue without suicidal intent and for purposes that are not socially sanctioned. Common examples include cutting, burning, scratching, and hitting and most people who self-harm use multiple methods. Self-harm is most common among adolescents and young adults, and the rate of self-harm is highest among the psychiatric population, especially among people who report characteristics associated with emotional stress, such as negative emotionality, depression, anxiety, and emotion regulation disorders. Self-harm and suicidal behaviors differ in several important ways. Self-harm is more widespread, involves various methods (cutting and burning, instead of behaviors involving firearms, hanging, or self-poisoning), and results in bodily injuries that are less medically severe and cause less fatal damage, compared to suicide attempts. It is important, however, that the differences between self-harm and suicide attempt do not preclude their simultaneous occurrence. Indeed, it has often been found that self-harm and suicidal behaviors occur simultaneously in both the community and the psychiatric population. Many health professionals consider self-harm an attempt at suicide, and few health professionals consider or discuss the meaning, function, or intent of an act of self-harm, rather than assuming that the suicide was intended and should be prevented as much as possible.

Keywords: self - harm, suicide, adolescents

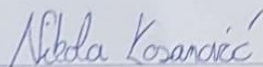
IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

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, 08.09.2021.	Natka Kesarić	

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

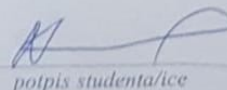


ime i prezime studenta/ice

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.

Svojom potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 08.09.2021.


potpis studenta/ice