

Usporedba suicidalnosti kod teških psihičkih bolesnika sa onkološkim bolesnicima

Kaučić, Anja

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:422791>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-22**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva

Anja Kaučić

**USPOREDBA SUICIDALNOSTI KOD
TEŠKIH PSIHIČKIH BOLESNIKA S
ONKOLOŠKIM BOLESNICIMA**

Završni rad

Osijek, 2015.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva

Anja Kaučić

**USPOREDBA SUICIDALNOSTI KOD
TEŠKIH PSIHIČKIH BOLESNIKA S
ONKOLOŠKIM BOLESNICIMA**

Završni rad

Osijek, 2015.

Rad je ostvaren na Klinici za psihijatriju i Kliničkom odjelu onkologije, Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentor rada: doc.dr.sc. Oliver Koić

Rad sadrži: 52 lista i 25 tablica

ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru doc.dr.sc. Oliveru Koiću na predloženoj temi i neiscrpnim savjetima prilikom izrade ovog rada.

Veliko hvala mag. med. techn. Željki Kovačević na nesebičnoj pomoći, usmjeravanju, strpljenju i ohrabriranju tijekom izrade ovog rada.

POSVETA

Ovaj rad posvećujem svojim roditeljima, bratu, Antonu i prijateljima koji su mi pružili podršku, razumijevanje i ljubav tijekom mog studiranja.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Pojam suicidalnosti	1
1.1.1. Definicije suicida	1
1.1.2. Povijesni pregled	1
1.1.3. Epidemiologija i stope suicida u svijetu i Hrvatskoj	2
1.1.4. Faktori rizika suicidalnog ponašanja	3
1.2. Mentalna oboljenja	3
1.2.1. Hitna stanja u psihijatriji	3
1.2.2. Depresija	4
1.2.3. Shizofrenija	6
1.2.4. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	9
1.3. Maligne novotvorine	10
1.3.1. Definicija	10
1.3.2. Epidemiologija tumora u svijetu	10
1.3.3. Epidemiologija tumora u Hrvatskoj	11
1.3.4. Etiologija tumora	11
1.3.5. Maligne novotvorine i suicidalnost	11
1.3.6. Suicidalno ponašanje u bolesnika s karcinomskom boli	12
1.4. Zdravstvena skrb osoba sa rizikom suicidalnog ponašanja	13
1.4.1. Procjena rizika suicidalnosti	13
1.4.2. Najčešće sestrinske dijagnoze kod suicidalnih bolesnika	13
2. CILJ	15
3. ISPITANICI I METODE	16
3.1. Ustroj studije	16
3.2. Ispitanici	16
3.3. Metode	16
3.4. Statističke metode	16
4. REZULTATI	18
5. RASPRAVA	42
6. ZAKLJUČAK	46
7. SAŽETAK	47
8. SUMMARY	48

9. LITERATURA.....	49
10. ŽIVOTOPIS	51
11. PRILOZI.....	52

1. UVOD

U suvremenom svijetu vrlo često možemo putem medija čuti o tragičnom završetku nečijeg života. Razmišljajući o tome, često se pitamo što je navelo osobu da u nekom trenu svog života „digne ruku na sebe“ i oduzme si ono najvrijednije, vlastiti život. Čak i danas, u 21. stoljeću, postoji izrazita stigmatizacija duševnih bolesnika. Oni često u razdobljima kada postanu svjesni svog poremećaja, počine suicid želeći se riješiti „obilježenosti“ i osuda među društvom. S druge strane, možemo pretpostaviti kako na suicid kao način rješavanja prevelike boli, patnje i neminovno bliske smrti odlučuju se i osobe oboljele od karcinoma u terminalnoj fazi bolesti. Vrlo često svjedoci smo toga da je suicidalno ponašanje ustvari vapaj za pomoć u rješavanju nekih životnih situacija, negoli stvarna želja za umiranjem. Upravo ta tajnovitost samoga čina i samodestruktivnost osobe koje se odluči za suicid navelo me na istraživanje ove uvijek šokantne i uznemirujuće pojave.

1.1. Pojam suicidalnosti

1.1.1. Definicije suicida

Termin suicid dolazi od latinske riječi *suicidium* (*sui*-što znači osoba, i *ocidere*- u značenju ubiti) (1). Postoje brojne definicije samoubojstva s obzirom na medicinski, psihijatrijski, psihološki ili sociološki aspekt, jednu od najpoznatijih definicija dao je Durkheim (1987.), prema kojim je samoubojstvo svaki slučaj smrti koji je direktni ili indirektni čin pozitivnog ili negativnog akta žrtve prema sebi (2). Slavni američki suicidolog Edwin Shneidman u definiranju suicida polazio je od dvaju važnih elemenata: motivacije i namjere, smatrajući samoubojstvo svjesnim samouništavajućim činom koji je osobi u danom trenutku jedino moguće rješenje problema (3). Čini nam se da kao medicinari moramo istaknuti i sljedeću definiciju: Suicid je čin proizašao iz poremećaja vitalnog nagona (samoodržanja). Ako se nagon za samoodržanjem smatra u čovjeka najvažnijim i hijerarhijski najjačim nagonom, onda se suicid može smatrati poremećajem osnovnog nagona (4).

1.1.2. Povijesni pregled

Tijekom povijesti na samoubojstvo se različito gledalo, shvaćalo ga i tumačilo. Ono je uvijek bilo predmetom sporenja, proturječja, odobravanja ili osude. U pojedinim epohama i sredinama pridavali su mu epite časti, odvažnosti, hrabrosti, čovječnosti; dok su ga u drugima izjednačavali s teškim zločinom, kriminalom, kukavičlukom, postupkom

nedostojnim i nesvojstvenim ljudskom biću (1). Dok se u antičkoj kulturi na suicid gledalo kao na dio ljudskog dostojanstva i slobode, ulaskom u rani srednji vijek crkveni su oci na taj način reagirali iznimno oštro te su suicid izjednačili s homicidom smatrajući ga najstrašnijim grešnim činom (3). Suvremena suicidologija sve više smatra da je samoubojstvo način reagiranja pojedinca na nastalu kriznu situaciju, odnosno izraz patološkog traženja rješenja i izlaza iz, za njega u tom trenutku, nerješive i nesnošljive traumatske situacije. Demokratski i humani društveni sustavi zalažu se za preveniranje i sprečavanje samoubojstva, a ne za njihovo kažnjavanje (1).

1.1.3. Epidemiologija i stope suicida u svijetu i Hrvatskoj

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), oko milijun ljudi godišnje oduzme si život. Iz toga proizlazi da se svakih četrdeset sekunda u svijetu dogodi jedan suicid (5). Prema procjenama SZO-a godišnja stopa suicida mogla bi do 2020. godine narasti do jednog i pol milijuna (3). Vodeće su na ljestvici suicida, prema podacima (SZO), zemlje bivšeg istočnog bloka: Litva, Bjelorusija, Rusija i Kazahstan, a zatim i zemlje srednjoeuropske regije: Slovenija, Mađarska, Hrvatska (5). Najniže stope suicida zabilježene su u islamskim zemljama, poput Azerbajdžana, Egipta, Bahreina, Irana, Jordana i Sirije te u nekim zemljama Srednje i Južne Amerike. U svijetu najveći porast stope suicida imaju azijske i pacifičke otočne zemlje, a u azijskim zemljama događa se do 60% od ukupnog broja suicida. Hrvatska prati svjetski trend u stopama suicida. Godine 2011. stopa suicida bila je najniža te je iznosila 15,9 uz 702 počinjena samoubojstva. Od 1985. do 2009. u ženskog je spola došlo do znatnog pada stope smrtnosti od suicida, i to za oko 40%, a u muškog spola pad je za 10%. Najčešći način provođenja samoubojstva u oba spola u Hrvata jest vješanje. Za vrijeme Domovinskog rata te u poratnim godinama znatno je porastao broj samoubojstava vatrenim oružjem. U hrvatskim županijama najnižu stopu samoubojstava (prema podacima iz 2009.) ima Dubrovačko-neretvanska županija (7,4), a najvišu Krapinsko-zagorska (32,8), iz čega se vidi trend više stope suicida u kontinentalnom djelu u odnosu na primorski dio Hrvatske (3).

Muškarci češće počine suicid, negoli žene i odnos 3:1 za muškarce ostaje stalan u svim životnim razdobljima. Za razliku od muškaraca, žene otprilike četiri puta češće pokušavaju suicid. Životna dob znatno utječe na učestalost suicida, vrhunac učestalosti suicida među muškarcima počinje nakon 45. godine, a u žena je najveći broj dovršenih suicida poslije dobi od 55 godina. Opaženo je da se češće ubijaju ljudi koji su prethodno imali zdravstvenih problema. Istraživanja su pokazala da je među pokušanim suicidima više od 1/3 osoba bilo

bolesno u vrijeme pokušaja suicida, a više od 90% pokušaja samoubojstava je na neki način bilo pod utjecajem same bolesti (6). Rezultati istraživanja pokazuju da je suicid najčešći kod umirovljenika, nezaposlenih i samaca, udovaca i rastavljenih. Također sve više raste kod osoba homoseksualne orijentacije (3). Samoubojstvo je dva puta učestalije u gradskim nego u ruralnim sredinama, a najviše se samoubojstva događa u kasno proljeće i rano ljeto. Samoubojstvu su skloniji obrazovani negoli manje obrazovani ljudi, zatim oni u razvijenim negoli u nerazvijenim zemljama (1). Martti Heikkinen (1995.) navodi da se život s partnerom, u braku ili kohabitaciji čini zaštitinim faktorom od suicidalnog ponašanja, a također protektivan faktor od suicida su i djeca u obitelji (3).

1.1.4. Faktori rizika suicidalnog ponašanja

Čitav je niz faktora koje se smatra čimbenicima rizika suicidalnosti. Vodeće predispozicije za suicidalno ponašanje su: postojanje psihijatrijskog poremećaja, prethodna anamneza suicidalnog ponašanja, akutni ili kronični zdravstveni problemi, značajni gubici i dr. (5). Postoje skupine s povećanom opasnošću, takozvane „rizične grupe“, kod kojih je dokazana predispozicija za samoubojstvo. To su neki tipovi psihopatija, depresivne, manične, paranoične i shizofrenične osobe. Rizičnoj skupini također pripadaju narkomani, starije osobe, teški kronični i neizlječivi bolesnici, ali ne toliko zbog godina starosti i težine oboljenja, koliko zbog patološkog straha, snažnih psihičkih reakcija na nepovoljne životne okolnosti i psihosocijalne prilike s kojima su nezadovoljni (1).

1.2. Mentalna oboljenja

Traženje isključivog uzroka samoubojstva u mentalnom poremećaju je neprihvatljivo, ali to istovremeno ne znači da ne treba ispitati odnos između samoubojstva i mentalnog poremećaja (7).

1.2.1. Hitna stanja u psihijatriji

To su stanja koja drastično remete bolesnikovu psihosocijalnu ili biološku egzistenciju. Najčešće su to pokušaji samoubojstva, emocionalne krize, predoziranja sredstvima ovisnosti, nasilničko ponašanje, delirantna stanja, panični napadaji te teški akutni depresivni i shizofreni poremećaji (8).

Psihijatrijski poremećaji sami po sebi nisu uzrok suicida, no više od 90% od ukupnog broja suicida događa se u osoba koje u razdoblju prije suicida zadovoljavaju kriterije za dijagnozu

nekoj od psihijatrijskih poremećaja. Psihijatrijski poremećaji koji nose najviši rizik za počinjeni suicid jesu bipolarni afektivni poremećaj, alkoholizam, depresija i shizofrenija. U novije vrijeme, sve je više radova koji govore o riziku suicida kod prije manje spominjanih poremećaja kao što su anksiozni poremećaj, a među njima PTSP i panični poremećaj (9).

1.2.2. Depresija

Definicija

Depresivni poremećaj afektivni je poremećaj čija su bitna obilježja promjena raspoloženja, anhedonija, utučenost, osjećajna praznina, bezvoljnost, gubitak interesa i niz psihosomatskih tegoba (3). Kad je osoba u depresiji, previše je fokusirana na negativne emocije u sebi, često ju muči krivnja, postoji i patnja. Depresija je poremećaj u kojem slabi kapacitet za fleksibilnost u razmišljanju i vodi k promjenjenoj slici sebe, koja se interpretira kroz tamnu prizmu (9).

Epidemiologija

Depresivni se poremećaj smatra jednom od vodećih bolesti u svijetu te je glavni uzrok nesposobnosti za rad u Sjevernoj Americi i u drugim razvijenim zemljama, što će, prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, do 2020. godine postati drugi najčešći uzrok nesposobnosti za rad u cijelom svijetu (3), a do 2030. predviđa se da će biti vodeći uzrok zdravstvenog opterećenja u bogatijim zemljama. Od svih psihijatrijskih bolesti, depresija ima najvišu životnu prevalenciju koja ponegdje iznosi čak do 17%. U jednoj godini od depresije oboli čak 10% stanovništva, a gotovo 3% svjetskog stanovništva boluje od depresije (8). Rizik tijekom života u općoj populaciji iznosi od 10 do 25% za žene i od 5 do 12% za muškarce. Može početi u bilo kojoj životnoj dobi, a prosječna su dob srednje dvadesete godine (3). Iako je depresija češće dijagnosticirano kod žena, više muškaraca negoli žena umire kao posljedica suicida u omjeru 4.5:1 (5).

Etiologija i patofiziologija

Etiologija depresivnog poremećaja je multifaktorijalna stoga postoje brojne teorije i hipoteze kojima se objašnjava etiologija depresije (8). Ovdje su navedene neke od najpoznatijih:

- psihodinamske teorije depresije (stresni događaji poput gubitka voljene osobe, ovisnost o drugome, perfekcionizam, nemogućnost dostizanja previsokih ciljeva kod osoba s narcističkim crtama...)
- kognitivne teorije (do depresije dolazi zbog nefunkcionalnih kognitivnih shema, tj. niz negativnih iskustava tijekom psihosocijalnog sazrijevanja fiksira se kao depresivni obrasci mišljenja, što iskrivljuje realnu spoznaju trenutačne životne situacije)
- bihevioralne teorije (dolazi do pomanjkanja pozitivnog potkrepljenja, pomanjkanja kontrole situacije, što vodi naučenoj bespomoćnosti i depresiji) (3).

Depresivna epizoda

U osoba oboljelih od depresija uobičajeno funkcioniranje je narušeno, a ponekad i onemogućeno. Bolesnik je veći dio dana tužan i nezainteresiran za aktivnosti koje su mu do tada činile zadovoljstvo. Također je uobičajan gubitak teka i tjelesne težine, no u nekim slučajevima mogu imati pretjeranu potrebu za jelom koja je obično praćena pojačanom potrebom za snom. Takvi bolesnici često su anksiozni, ustrašeni, uznemireni, umorni, bezvoljni i često plaču. Čak i najjednostavnije aktivnosti predstavljaju im veliki napor. Bolesnik se teško koncentrira, neodlučan je, a pažnja mu vrlo brzo popušta. Misli su mu usmjerene na doživljaj krivnje i vlastite bezvrijednosti. Depresivna osoba ima prepoznatljiv vanjski izgled; zabrinuti i sumorni izraz lica sa specifičnim naborima na čelu i kaptima te spuštene usne kutove (8).

Depresija i suicidalnost

Od svih mogućih komplikacija neliječenog depresivnog poremećaja suicid je svakako najtragičniji. Često se popularno naziva „konačnim rješenjem privremenog problema“ (5). Suicid je najteža i fatalna komplikacija depresije (7). Nažalost, jednom broju pacijenata s teškom depresijom koji trpe intenzivnu psihološku bol, suicid izgleda kao jedina mogućnost koja im je još preostala (5). Osoba kojoj je dijagnosticiran ovaj poremećaj može imati samo razmišljanja i uvjerenja da bi drugima bilo bolje da je nema, a može imati i prolazna, ponavljana razmišljanja o izvršenju suicida. Također, može stvarati planove o tome kako počinuti suicid. Rizik od samoubojstva osobito je visok kod onih koji još pate od depresije sa psihotičnim obilježjima, anamnezom prijašnjih pokušaja suicida, obiteljskom anamnezom počinjenih suicida te istodobnom uporabom psihoaktivnih supstancija (3). Smatra se kako 2/3 depresivnih bolesnika pomišlja na samoubojstvo, a oko 15% njih dosta izvrši suicid. Bitno je

naglasiti kako je upravo u vrijeme oporavka od depresije najveći rizik za samoubojstvo kada su simptomi depresije još uvijek prisutni, a bolesnik energetski ojačan, svjestan svoga stanja i teškoća koje su pred njim, nalazi snage za izvršenje suicida (8).

Dvije trećine oboljelih od depresije uopće se ne liječi, 50% pacijenata s dijagnosticiranom bolešću biva podvrgnuto nekom obliku liječenja, a samo 20% liječi se sukladno važećim algoritmima. Depresivni poremećaj je od svih poremećaja najuže povezan sa suicidalnim ponašanjem. Brojne su kliničke i epidemiološke studije pokazale snažnu povezanost između velike depresivne epizode i suicidalnosti, uključujući suicidalne ideje, suicidalni plan i suicidalne pokušaje. Na povećanje suicidalnog rizika utječe zlouporaba alkohola i lijekova, dostupnost oružja, beznadežnost, pesimizam, impulzivnost. Upozoravajući znakovi su: stalno pričanje ili razmišljanje o suicidu, duboka tuga, gubitak interesa, poremećaj sna i apetita, želja za smrću – „iskušavanje sudbine“, rizično ponašanje (brza vožnja, prolazak kroz crveno na semaforu...), gubitak interesa za stvari koje su nekad bile važne, komentari o vlastitoj bespomoćnosti, bezvrijednosti, pravljenje oporuke, riječi poput – „bilo bi bolje da me nema“, nagle promjene raspoloženja, opraštanje s bližnjima (5).

Protektivni faktori koji umanjuju mogućnost za suicid svakako su obiteljska i socijalna potpora, zatim period trudnoće i postpartalni period, više djece u obitelji te jaka religijska uvjerenja (3). Također na smanjenje rizika utječe aktivno traženje pomoći, dostupnost psihijatrijskog liječenja te društvene podrške (5).

1.2.3. Shizofrenija

Definicija

Shizofrenija je kronična, ozbiljna i multifaktorijalna bolest koja nagriza same temelje ljudskog bića pa je mnogi metaforički nazivaju rakom duše (3). To je veoma teška bolest sa skupinom poremećaja u kojoj dolazi do oštećenja mišljenja, percepcije, emocija, motivacije, ponašanja, pažnje, doživljaj sebe, drugih osoba i svijeta oko sebe te naglašeno propadanje ličnosti i razorno oštećenje profesionalnog, obiteljskog i društvenog funkcioniranja (8). Shizofrenija je devastirajuća bolest koja bitno narušava i smanjuje kvalitetu života te skraćuje život osobe, a u usporedbi s općom populacijom, shizofrena osoba ima čak 20% kraći životni vijek (3).

Epidemiologija

Shizofrenija je bolest prisutna diljem svijeta i obilježava ju visoka incidencija. Prevalencija shizofrenije u svijetu kreće se između 3 i 10 na 1000 kroz jednu godinu. U Hrvatskoj od shizofrenije boluje 18000 osoba (stopa=3,94/1000), prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Prevalencija shizofrenija niža je u ruralnim sredinama i u slabije razvijenim zemljama svijeta. S druge strane, prevalencija je veća u skupinama s nižim socioekonomskim statusom (nezaposlenost, život u neprimjerenim uvjetima, manjak društvenih odnosa). Zbog izrazito razornog tijeka i učinka ove bolesti rijetki su oni koji unatoč bolesti nastavljaju planirano obrazovanje, pronalaze posao te stupaju u brak i održavaju primjerene društvene odnose. Prevalencija shizofrenije podjednaka je i u muškaraca i u žena, ipak razlika postoji u dobi početka shizofrenije. Kod muškaraca bolest se javlja u ranijoj dobi, a prva hospitalizacija većinom nastupi prije 25. godine dok kod žena između 25. i 35. godine. Istraživanja ukazuju na to da je 40% slučajeva shizofrenije obiteljskog tipa, a oko 60% sporadičnog tipa.

Etiologija

Etiologija shizofrenije još uvijek nije u potpunosti poznata. Ona je posljedica različitih urođenih i stečenih kombinacija, predisponirajućih i precipitirajućih čimbenika (8). Postoje brojne teorije koje pokušavaju objasniti etiologiju shizofrenije kao na primjer, biološke, psihološke, psihodinamske, socijalne, teorije višestrukog izbora, holističke.

Klinička slika

Tijek shizofrenije dijeli se u nekoliko faza: asimptomatska, prodromalna, aktivna i kronična. Asimptomatska faza je prisutna od rođenja do adolescencije te ju obilježava normalno funkcioniranje i izostanak ikakvih simptoma. Iako u ovoj fazi izostaju jasni simptomi, uočena su određena odstupanja kao npr. usporen psihomotorni razvoj, smetnje pažnje, smetnje ponašanja, socijalna udaljenost. Prodromalna faza obilježena je promjenama dotadašnjeg ponašanja, razdražljivost, manjak motivacije, poteškoće u komunikaciji, smetnje spavanja, anksioznost, smetnje funkcioniranja. Aktivna faza najčešće se javlja između 20. i 30. godine i uglavnom nastupa naglo. Obilježena je prvom psihotičnom epizodom, kasnijim epizodama pogoršanja i epizodama poboljšanja. U kroničnoj fazi prevladavaju negativni simptomi uz kognitivna i afektivna oštećenja te izrazito narušeno funkcioniranje na obiteljskoj, društvenoj i profesionalnoj razini. Znakovi i simptomi shizofrenije dijele se na

pozitivne i negativne. Pozitivni su: halucinacije (auditorne, taktilne, vizualne, olfaktorne, gustatorne), katatonija, dezorganiziranost, sumanutosti (somatske, religiozne, grandiozne). Negativni simptomi su: pasivnost, zaravnjen afekt, asocijalnost, smetnje apstraktnog mišljenja, oslabljena motivacija (8).

Shizofrenija i suicidalnost

Suicid je svakako jedan od najvećih problema vezanih uz shizofreniju. Shizofrenija je poremećaj većinom kroničnog tijeka pri čemu je rizik suicidalnog ponašanja prisutan tijekom cijelog trajanja poremećaja (9). Ipak, najveći je rizik suicidalnog ponašanja početak bolesti (prva godina bolesti), tijekom boravka u bolnici i prvih šest mjeseci nakon otpusta iz bolnice (3). Procjenjuje se da oko 40% bolesnika sa shizofrenijom ima suicidalna promišljanja, a njih čak 20-50% pokušat će izvršiti suicid tijekom života. Suicidalni pokušaji u shizofreniji su teži i ozbiljniji nego u drugim psihijatrijskim dijagnostičkim kategorijama i češće dovode do fatalnog ishoda (5). Brian Palmer i suradnici u istraživanju su utvrdili kako je 5% shizofrenih bolesnika počinilo suicid (3). Kod nekih shizofrenih, posebno katatonih oblika, koji su na sreću sve rjeđi, bolesnik u prijelazu iz katatonog stupora u katatono uzbuđenje može počinuti samoubojstvo koje je često krvavo i stravično (npr. rezanje vrata britvom, samokastriranje...) (7).

U nekim je radovima dokazano kako pozitivni simptomi shizofrenije imaju prediktivni potencijal za suicidalno ponašanje. Prema istraživanjima, oko 4% osoba koje pokazuju suicidalno ponašanje, čine to pod utjecajem imperativnih slušnih halucinacija. Postoji svega nekoliko studija koje su istraživale povezanost negativnih simptoma u shizofrenih bolesnika i izvršenja suicida. Negativni simptomi, kao zaravnjeni afekt, alogija i stereotipno mišljenje, povezani su sa znatno smanjenim rizikom suicida među oboljelima od shizofrenije (9). Ipak, većina rezultata u istraživanjima pozitivnih i negativnih simptoma shizofrenije i rizika za suicid je proturječna i kontradiktorna (3).

Čimbenici rizika za suicid specifični za shizofreniju su: visok stupanj premorbidnog funkcioniranja, visok kvocijent inteligencije, visoko obrazovanje, rani period nakon obolijevanja, razdoblje nakon otpusta iz bolnice, a ostali opći čimbenici su: muški spol, suicid u obitelji, prethodni pokušaj suicida, nezaposlenost, socijalna izolacija, bespomoćnost, depresija (5).

1.2.4. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Definicija

Posttraumatski stresni poremećaj definira se kao patološka anksioznost koja se obično razvija nakon individualnog iskustva proživljavanja ili svjedočenja teške traume, koja uključuje prijetnju tjelesnom integritetu ili životu individue ili druge osobe (8). Osoba je preplavljena strahom, bespomoćnosti i užasom. Razlikujemo akutni PTSP kod kojega simptomi traju manje od 3 mjeseca i kronični kod kojega simptomi traju 3 mjeseca i duže.

Etiologija

Kao uzrok PTSP-a navodi se proživljavanje, svjedočenje ili suočavanje s teškom ozljedom, prijetnjom smrti ili narušavanje tjelesnog integriteta. Pod traumatske se događaje ubrajaju prirodne katastrofe, rat, teške prometne nesreće, tjelesno, psihičko i seksualno zlostavljanje, i ostala stanja koja dovode život u ugroženost. Životna prevalencija PTSP-a iznosi 1 do 9%. Prema hipotezi normativnog odgovora na stres PTSP je normalni odgovor na abnormalne situacije (8). Postoji niz rizičnih faktora za razvoj PTSP-a, neki od njih su: okolinski (tjelesno i seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, anamneza obiteljske nestabilnosti, demografski (ženski spol, stupanj naobrazbe, bračni status, životna dob, etničke skupine). Također je važno naglasiti kako zlouporaba sredstava ovisnosti, psihijatrijska anamneza te niže intelektualno funkcioniranje predstavljaju rizični faktor za PTSP (8).

PTSP i suicidalnost

Kao i u ostalim zemljama koje su prošle strahote rata i poteškoće poslijeratnoga razdoblja, povišen je rizik od samoubojstava, tako i u nas. Taj rizik proizlazi iz brojnih čimbenika koje donosi rat: gubitka bliskih osoba, gubitka doma, zlostavljanje, smrt, ranjavanje i brojni osjećaji krivnje (10). U osoba sa posttraumatskim stresnim poremećajem često je prisutno suicidalno ponašanje (4). S PTSP-om često budu pridruženi depresivni poremećaj, ovisnosti, poremećaj osobnosti te ostali anksiozni poremećaji (10). Utjecaj PTSP-a na suicidalnost većinom je istraživana na populaciji ratnih veterana. Jedna studija dovela je do zaključka da osobe koje su pretrpile teže traume, ranjeni više od jedanput te hospitalizirani zbog ranjavanja najmanje jednom nalaze se pod većim rizikom sucida. Za ocjenjivanje rizika suicidalnosti također su važna istraživanja koja su usredotočena na psihičko stanje suicidalnih veterana oboljelih od PTSP-a. Hyer i suradnici dokazali su da se pod višim rizikom suicidalnosti nalaze one osobe u kojih je utvrđen visok stupanj krivnje, emocionalne

labilnosti, nizak stupanj psihičke prilagodbe, uključujući paranoidnost i osjećaj zbunjenosti (9). U istraživanju osoba koje istovremeno boluju i od PTSP-a i depresije zaključili su da ta dva poremećaja međusobno sudjeluju u povećanju razine suicidalnih promišljanja i suicidalnog ponašanja, u usporedbi s bolesnicima koji imaju samo PTSP ili samo depresiju. Prema tome, depresija povećava učinak PTSP-a na suicidalnost (9). Iskustvo, način razmišljanja i ostale karakteristike osobe imaju važnu ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja traumatiziranih osoba. Na primjer, nefleksibilne, pasivne osobe, niskog samopoštovanja, s prisutnim osjećajem srama i bezvrijednosti ukoliko obole od PTSP-a suočene s traumatskim događajima često se odlučuju na suicid kao izlaz iz njima nerješive situacije. Čimbenici poput socijalne podrške te smanjivanje izvora stresa mogu biti učinkovite metode prevencije suicidalnosti osobama oboljelima od PTSP-a. Istraživanje provedeno s Vijetnamskim veteranima pokazalo je da oni koji su bili višeg obrazovanja, inteligencije i općenito pozitivnih navika prije rata, a nakon rata nastavili sa školovanjem i zaposlenjem, imaju značajno manje prisutan rizik suicida (4).

1.3. Maligne novotvorine

1.3.1. Definicija

Neoplazma ili tumor je poremećaj rasta koju obilježava prekomjerno umnožavanje abnormalnih stanica, što nije uvjetovana fiziološkim potrebama tkiva ili organa. Tumore dijelimo na dobroćudne i zloćudne. Dobroćudni tumori ograničenog su rasta, ostaju lokalizirani i uglavnom ne uzrokuju smrtan ishod. Nasuprot tome, zloćudni tumori brzo rastu, razaraju okolno tkivo i stvaraju udaljene metastaze u organizmu te ako se pravodobno ne liječe, mogu prouzročiti smrt bolesnika (11).

1.3.2. Epidemiologija tumora u svijetu

Tumori definitivno predstavljaju vodeći javnozdravstveni problem. U razvijenim zemljama drugi su po učestalosti smrti, odmah nakon kardiovaskularnih bolesti. Prema najnovijim međunarodnim podatcima, godišnje se otkrije 12,7 milijuna novih slučajeva, 7,6 milijuna ljudi umre od raka, a 28 milijuna osoba živi s rakom unutar prvih 5 godina od postavljanja dijagnoze. Najučestaliji je rak pluća (1,61 milijuna oboljelih), rak dojke (1,38 milijuna) i kolorektalni rak (1,24 milijuna) (12).

1.3.3. Epidemiologija tumora u Hrvatskoj

Zbog raka umire na godinu više od 10 tisuća stanovnika Hrvatske, odnosno svaki peti umrla. Stope smrtnosti od raka neprestano su u porastu i više su za muškarce nego za žene (13). Godine 2001. stopa incidencije raka u Hrvatskoj iznosila je 444,8/100.000, a prema 2008. polako raste te je iznosila 458,8/100.000. Stopa je mortaliteta od raka u stalnome blagom porastu u prošlih 10 godina. U 2008. godini ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom bio je 20.357, 11.015 muškaraca i 9.342 žene. U Hrvatskoj je 2008. od raka umrlo 13.086 osoba, 7.608 muškaraca i 5.478 žena.

1.3.4. Etiologija tumora

Brojna su istraživanja potvrdila povezanost pojedinih zloćudnih bolesti s određenim čimbenicima okoliša. Procjenjuje se kako je pušenje odgovorno za 30% svih smrti uzrokovanih rakom. Pušenje je glavni uzročnik raka pluća, usne šupljine, ždrijela, grkljana, jednjaka, želudca, vrata maternice, gušterače, bubrega, jetre i leukemije. Alkohol je odgovoran za otprilike 3% svih smrti od raka. Prekomjerna konzumacija alkohola povećava rizik nastanka raka usne šupljine, ždrijela, grkljana, jednjaka, jetre, gušterače i dojke. Značajno je kako 30% smrti od raka uzrokuju neki čimbenici koji se svakodnevno unose hranom (kafeična kiselina, alfatoksin, aromatski amini, nitrozamini). Također, dokazana je povezanost izlaganja ultraljubičastom zračenju i nastanku raka kože. Izrazito štetnim se smatraju UVB i UVC zrake. Potvrđena je i povezanost nekih virusa s određenim vrstama raka (hepatitis B i C, HIV, Epstein-Barrov virus, humani papiloma virus) (12).

1.3.5. Maligne novotvorine i suicidalnost

Povezanost tjelesnih bolesti i suicidalnog ponašanja vrlo je kompleksna. Studije pokazuju kako kod 25-75% žrtava suicida postoji neka tjelesna bolest, a smatra se da je ona znatan suicidogeni rizični čimbenik (9). Kroz brojna istraživanja i kliničku praksu došlo se do zaključka da otprilike trećina do polovina onkoloških bolesnika ima i razne psihijatrijske poremećaje. Najčešći psihijatrijski poremećaji koji se uobičajno susreću u onkoloških bolesnika prije svega su depresivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, anksiozni poremećaj te suicidalne ideje (14). Zloćudna se bolest opravdano veže uz pojmove kao što su bol, strah, beznade i smrt. Bolesnici preplavljeni strahovima i emocijama razvijaju različite reakcije na bolest, a najčešće su psihičke reakcije na spoznaju o bolesti, kao što je već spomenuto, depresija i anksioznosti (13).

Procjenjuje se da je oko 5% osoba koje su počinile samoubojstvo bolovalo od terminalne bolesti (9). Kod osoba oboljelih od karcinoma povećan suicidalni rizik veže se s uznapređovalim stadijem bolesti, lošom prognozom, neadekvatnom kontrolom boli, depresijom, socijalnom izolacijom, prijašnjim psihijatrijskim liječenjem i prijašnjim pokušajima suicida (15). Vrijeme neposredno nakon postavljanja dijagnoze je vrijeme kad bolesnik osjeća i najveći strah, ujedno je i razdoblje koje sa sobom nosi najveći rizik za počinjenje samoubojstva (9). Pokazalo se kako muškarci koji boluju od karcinoma, a počine suicid, polovina ih učini unutar godine dana od saznanja dijagnoze. U žena koje imaju karcinom, a počine suicid, njih 70% ima karcinom dojke ili ginekološki karcinom (5). Ipak, većina bolesnika s kroničnim tjelesnim bolestima, uključujući i karcinom nema suicidalne misli. Manji broj onih koji imaju suicidalne misli i pokazuju suicidalno ponašanje ili čak imaju pokušaj suicida, zapravo imaju rizične čimbenike za suicidalno ponašanje. To potvrđuju i novija istraživanja koja pokazuju da su suicidalne ideje relativno rijetke u onkoloških bolesnika i ograničene na one koji su značajno depresivni ili imaju intenzivnu bol (9). Čak naprotiv, bolesnici s teškim malignomima, u njih kao da postoji pojačani nagon za životom, za održanjem života, mada se o nekoj kvaliteti takvih života ne može gotovo ni govoriti (7).

1.3.6. Suicidalno ponašanje u bolesnika s karcinomskom boli

Bolesnici s kroničnom boli i neizlječivom ili terminalnom bolešću, osobito su skloni očaju i beznadnosti (9). Bol prisutna u onkoloških bolesnika, kompleksan je fenomen, a kroz brojna istraživanja i kliničko iskustvo došlo se do zaključka kako je bol mnogo intenzivnija i učestalija u onkoloških bolesnika sa psihijatrijskim komorbiditetom. Osobito se govori o povezanosti karcinoma, depresije i boli. Kao što je već spomenuto da je nekontrolirana bol važan čimbenik rizika za samoubojstvo, od velike je važnosti na vrijeme prepoznati i liječiti depresivne poremećaje u bolesnika s karcinomskom boli. Veliki udio onkoloških bolesnika, koji su počinili samoubojstvo, imali su intenzivnu bol koja je često bila neodgovarajuće kontrolirana ili loše tolerirana. Brojni kliničari upozoravaju da većina terminalnih bolesnika ima povremene suicidalne misli kao način bijega od neizdržive boli. Iako relativno malo onkoloških bolesnika počini samoubojstvo, oni su prema svim istraživanjima pod povećanim rizikom (9). Predsjednik Njemačkog društva za studij boli iz Heidelberga, navodi da si u Njemačkoj 3.500 do 4.000 ljudi godišnje oduzme život zbog trajnih bolova (16). Bez obzira na prognozu bolesti, karcinom uzrokuje kod jedne trećine bolesnika anksioznost i depresiju. Karcinom je, prema tome, bolest tijela i duše zajedno (15).

1.4. Zdravstvena skrb osoba sa rizikom suicidalnog ponašanja

1.4.1. Procjena rizika suicidalnosti

Pri procjeni rizika za počinjenje suicida najčešće se koriste podatci dobiveni iz sestrinske anamneze i medicinske dokumentacije. Preporučuje se korištenje standardiziranih upitnika i skala za procjenu razine suicidalnog rizika (5). Vrlo je važno uspostaviti dobar odnos s bolesnikom, pitati o eventualno prisutnim simptomima (bol, uznemirenost), pitati o depresivnosti i suicidalnim idejama u sadašnjosti i prošlosti, o obitelji i prijateljima te načinu njihove podrške i o mogućim nedavnim gubitcima bliskih osoba (14).

1.4.2. Najčešće sestrinske dijagnoze kod suicidalnih bolesnika

1. Visok rizik za samoubojstvo
2. Visok rizik za samoozljeđivanje

1. Visok rizik za samoubojstvo

Definicija: stanje u kojem je pojedinac u opasnosti zbog postojanja rizika počinjenja suicida

Rizični čimbenici: suicidalne misli, prijašnji pokušaji suicida, depresija, beznadežnost, agitiranost, zlouporaba opojnih tvari, bespomoćnost

Ishodi:

- bolesnik si neće namjerno nauditi tj. oduzeti život
- bolesnik će prihvatiti pomoć osoblja i zajednice pri pojavi suicidalnih misli
- bolesnik će koristiti učinkovite mehanizme suočavanja sa stresom i anksioznošću

Intervencije:

1. kontinuirano pratiti i procijenjivati razinu rizika za suicid
2. osigurati kontinuirani nadzor tijekom 24 sata
3. osigurati sigurnu okolinu za osobe koju su pod povećanim rizikom suicida (ukloniti potencijalno opasne predmete, nadzirati bolesnika pri primjeni terapije, pratiti unos hrane)
4. poticati bolesnika na verbalizaciju emocija (ljutnja, neprijateljstvo, strah)
5. ohrabrivati na izražavanje suicidalnih misli
6. pomoći u prepoznavanju predisponirajućih čimbenika

7. uključiti bolesnika u planiranje grupnog terapijskog procesa
8. uputiti osobe s kojima je bolesnika blizak kako prepoznati povećani rizik za suicid (promjene u ponašanju, verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, povlačenje, znakovi depresije)
9. na vrijeme uočiti nagle promjene u ponašanju
10. poticati na uključivanje u grupnu terapiju i uključiti obitelj u terapiju (17).

2. Visok rizik za samoozljeđivanje

Definicija: situacija u kojoj prijeti opasnost od namjernog samoozljeđivanja koje uzrokuju ozljede tkiva s namjerom izazivanje nesmrtonosnih ozljeda, a radi oslobađanja napetosti ili načina komunikacije s osobljem

Rizični čimbenici: psihotična stanja s halucinacijama, povijest nasilja u obitelji, samodestruktivno ponašanje, nisko samopoštovanje, poremećaji prehrane, gubitak kontrole

Ishodi:

- bolesnik se neće namjerno ozlijediti
- bolesnik će naučiti prepoznati i kontrolirati rizično ponašanje (anksioznost, ljutnja, impulzivnost)
- bolesnik neće imati pristup predmetima kojima bi se mogao ozlijediti

Intervencije:

1. svakodnevno pratiti i procjenjivati stupanj ozbiljnosti bolesnikove namjere
2. ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove neposredne okoline
3. pratiti da bolesnik nije smješten sam u sobi
4. pratiti bolesnikovo ponašanje, posebno izloluaciju i anksioznost te nagle promjene u ponašanju
5. poticati bolesnika da prepozna stresne situacije koje mogu prouzročiti samodestruktivne misli
6. u suradnji s liječnikom i psihoterapeutom dogovoriti tretmane psihosocijalne podrške
7. uključiti bolesnika u grupni terapijski proces
8. omogućiti bolesniku uravnotežene periode spavanja, odmora i aktivnosti
9. osigurati socijalnu potporu
10. uključiti obitelj u cjelokupan proces liječenja i rehabilitacije (5).

2. CILJ

- Cilj je ovog istraživanja utvrditi i usporediti procjenu promišljanja o suicidu kod osoba oboljelih od mentalnih poremećaja s osobama oboljelih od malignih novotvorina.
- Specifični podciljevi ovoga rada bili su utvrditi:
 - postoji li povezanost medicinske dijagnoze i želje za životom odnosno smrću
 - postoji li povezanost medicinske dijagnoze, promišljanja o suicidu i trajanju suicidalnih misli
 - postoji li povezanost između spola ispitanika, medicinske dijagnoze i želje za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida
 - postoji li povezanost između dobi ispitanika, medicinske dijagnoze i promišljanja o suicidu

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

U radu je korištena presječna stručno istraživačka studija.

3.2. Ispitanici

U istraživanju su sudjelovale dvije skupine bolesnika; bolesnici koji se liječe na Kliničkom odjelu onkologije i bolesnici koji se liječe na Klinici za psihijatriju, u vremenskom razdoblju 5.-7. mjeseca 2015. Uzorak je činilo 65 bolesnika sa psihijatrije i 64 s onkologije. Uključni kriteriji uz hospitalno liječenje za psihijatrijske bolesnike su dijagnosticirani poremećaji depresije, shizofrenije ili PTSP-a, a za onkološke bolesnike dijagnosticirano maligno oboljenje prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10 (MKB-10).

3.3. Metode

Kao instrument za istraživanje korištena je dostupna medicinska i sestrinska dokumentacija za dokazivanje potrebnih parametara – spol i dob bolesnika te medicinska dijagnoza. Za podatke o suicidalnosti korištena je Skala za procjenu rizika prisutnosti suicidalnih promišljanja (Scale of Suicidal Ideation) koja sadrži 19 tvrdnji, a svaka tvrdnja sadrži tri ponuđena odgovora (18, 19).

3.4. Statističke metode

Kategoričke varijable predstavljene su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički su podatci opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Povezanost kategorijskih varijabli testirana je Hi-kvadrat testom. Kako bismo ustanovili utječu li promatrani parametri analize na vrijednost faktora proveli smo Kruskal Wallis test i Mann-Whitney. Mann-Whitney U test spada u skupinu neparametrijskih testova za dvije varijable (neparametrijski t-test), dok Kruskal Wallis test spada u skupinu neparametrijskih testova za skupinu više od dvije varijable, svojevrsnu neparametrijsku inačicu ANOVA testa. Testiranje statističke normalnosti za promatrane varijable u istraživanju, provedeno je pomoću Kolmogorov-Smirnov testa. Testiranje normalnosti prikazano je za sve varijable u istraživanju kako bi se testirala njihova distribucija, te se na temelju toga odlučilo hoće li se testiranje statističke značajnosti provesti pomoću parametrijskih ili neparametrijskih statističkih metoda. Razina će značajnosti biti

postavljena na $\alpha=0,05$. Za statističku obradu podataka rabljen je program SPSS for Windows (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 129 bolesnika (65 sa psihijatrije i 64 s onkologije), oba spola, u dobi od 22-55 i više godina.

Tablica 1: Dob

		Dob kategorije			Ukupno	
		22 - 42 godine	43 - 54 godina	55 i više godina		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	19	29	17	65
		% unutar Odjeli	29%	45%	26%	100%
		% unutar Dob kategorije	76%	71%	27%	50%
	Onkologija	Broj	6	12	46	64
		% unutar Odjeli	9%	19%	72%	100%
		% unutar Dob kategorije	24%	29%	73%	50%
Ukupno	Broj	25	41	63	129	
	% unutar Odjeli	19%	32%	49%	100%	
	% unutar Dob kategorije	100%	100%	100%	100%	

Na tablici 1 prikazani su podatci za dob ispitanika, iz prikazane tablice možemo uočiti kako je na psihijatriji 29% ispitanika u dobi od 22-42 godine, 45% u dobi od 43-54 godine i 26% ispitanika u dobi od 55 i više godina. Na onkologiji je 9% ispitanika u dobi od 22-42 godine, 19% u dobi od 43-54 godine te 72% ispitanika u dobi od 55 i više godina.

Tablica 2: Spol

			Spol			Ukupno
			bez odgovora	muško	žensko	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	2	37	26	65
		% unutar Odjeli	3%	57%	40%	100%
		% unutar Spol	100%	46%	56%	50%
	Onkologija	Broj	0	44	20	64
		% unutar Odjeli	0%	69%	31%	100%
		% unutar Spol	0%	54%	43%	50%
Ukupno		Broj	2	81	46	129
		% unutar Odjeli	1%	63%	36%	100%
		% unutar Spol	100%	100%	100%	100%

Pogledamo li podatke ispitanika za spol prikazane u tablici 2 možemo uočiti kako je na psihijatriji 37 odnosno 57% ispitanika muškog spola, dok je 26 odnosno 40% ispitanika ženskog spola. Na Odjelu onkologije 44 odnosno 69% ispitanika je muškog spola, te 20 odnosno 31% ispitanika ženskog spola.

U sljedećim tablicama prikazani su odgovori na tvrdnje iz *Skale za procjenu rizika prisutnosti suicidalnih promišljanja*, uspoređujući odgovore između psihijatrijskih i onkoloških bolesnika.

Tablica 3: Želja za životom

		Želja za životom			Ukupno	
		umjerena do jaka	slaba	nemam je		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	37	23	5	65
		% unutar Odjeli	57%	35%	8%	100%
		% unutar Želja za životom	39%	79%	100%	50%
	Onkologija	Broj	58	6	0	64
		% unutar Odjeli	91%	9%	0%	100%
		% unutar Želja za životom	61%	21%	0%	50%
Ukupno	Broj	95	29	5	129	
	% unutar Odjeli	74%	22%	4%	100%	
	% unutar Želja za životom	100%	100%	100%	100%	

Na tvrdnju *želja za životom* kao odgovor *umjereno do jaka* dalo je 57% ispitanika sa psihijatrije te čak 91% ispitanika sa onkologije (Tablica 3). Uočena je statistički značajna razlika između odgovora ispitanika s psihijatrije i onkologije (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$).

Tablica 4: Želja za smrću

			Želja za smrću			Ukupno
			nemam je	slaba	umjerena do jaka	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	32	21	12	65
		% unutar Odjeli	49%	32%	18%	100%
		% unutar Želja za smrću	36%	75%	92%	50%
	Onkologija	Broj	56	7	1	64
		% unutar Odjeli	87%	11%	2%	100%
		% unutar Želja za smrću	64%	25%	8%	50%
Ukupno	Broj	88	28	13	129	
	% unutar Odjeli	68%	22%	10%	100%	
	% unutar Želja za smrću	100%	100%	100%	100%	

Pogledamo li odgovore na tvrdnju sa tablice 4, *želja za smrću*, možemo vidjeti kako je odgovor *nemam je* dalo 49% ispitanika sa psihijatrije i 87% ispitanika sa onkologije, stoga zaključujemo kako postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika s psihijatrije i onkologije (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$).

Tablica 5: Razlozi za život/smrt

		Razlozi za život/smrt			Ukupno	
		razlozi za život jači su od razloga za umiranje	razlozi za život i razlozi za umiranje su podjednaki	razlozi za umiranje jači su od razloga za život		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	41	17	7	65
		% unutar Odjeli	63%	26%	11%	100%
		% unutar Razlozi za život/smrt	41%	77%	100%	50%
	Onkologija	Broj	59	5	0	64
		% unutar Odjeli	92%	8%	0%	100%
		% unutar Razlozi za život/smrt	59%	23%	0%	50%
Ukupno	Broj	100	22	7	129	
	% unutar Odjeli	76%	17%	5%	100%	
	% unutar Razlozi za život/smrt	100%	100%	100%	100%	

Gledajući tablicu 5 uočili smo kako postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika s psihijatrije i onkologije s obzirom na razloge za život/smrt (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$). Razlozi za život jači su od razloga za umiranje 63% ispitanicima sa psihijatrije te čak 92% ispitanicima sa onkologije.

Tablica 6: Želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida

		Želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida			Ukupno	
		nemam je	slaba	umjerena do jaka		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	37	19	9	65
		% unutar Odjeli	57%	29%	14%	100%
		% unutar Želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida	39%	79%	90%	50%
	Onkologija	Broj	58	5	1	64
		% unutar Odjeli	91%	8%	1%	100%
		% unutar Želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida	61%	21%	10%	50%
Ukupno	Broj	95	24	10	129	
	% unutar Odjeli	74%	19%	7%	100%	
	% unutar Želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%	

Uspoređujući odgovore na tvrdnju *želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida* postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika sa psihijatrije i onkologije (Pearsonov Hi kvadrat, $p < 0,001$). 57% ispitanika sa psihijatrije je odgovorilo *nemam je* te čak 91% ispitanika sa onkologije (Tablica 6).

Tablica 7: Promišljanja o ostvarenju suicidalnih želja

			Promišljanja o ostvarenju suicidalnih želja			Ukupno
			poduzeo/la bih potrebne mjere da spasim život	prepustio/la bih život/smrt sreći (sudbini)	izbjegao/la bih mjere potrebne za spas ili održavanje života	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	35	25	5	65
		% unutar Odjeli	54%	38%	8%	100%
		% unutar Promišljanja o ostvarenju suicidalnih želja	38%	76%	100%	50%
	Onkologija	Broj	56	8	0	64
		% unutar Odjeli	87%	13%	0%	100%
		% unutar Promišljanja o ostvarenju suicidalnih želja	62%	24%	0%	50%
Ukupno	Broj	91	33	5	129	
	% unutar Odjeli	70%	26%	4%	100%	
	% unutar Promišljanja o ostvarenju suicidalnih želja	100%	100%	100%	100%	

S obzirom na *promišljanja o ostvarenju suicidalnih želja* možemo uočiti kako bi 54% ispitanika sa psihijatrije i 87% ispitanika sa onkologije *poduzelo potrebne mjere da spase život* (Tablica 7). Postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$).

Tablica 8: Trajanje suicidalnih misli/želja

			Trajanje suicidalnih misli/želja			Ukupno
			kratkotrajni periodi	duži periodi	trajno	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	49	14	2	65
		% unutar Odjeli	75%	22%	3%	100%
		% unutar Trajanje suicidalnih misli/želja	44%	93%	67%	50%
	Onkologija	Broj	62	1	1	64
		% unutar Odjeli	96%	2%	2%	100%
		% unutar Trajanje suicidalnih misli/želja	56%	7%	33%	50%
Ukupno	Broj	111	15	3	129	
	% unutar Odjeli	86%	12%	2%	100%	
	% unutar Trajanje suicidalnih misli/želja	100%	100%	100%	100%	

Pogledamo li odgovore na tvrdnju *trajanje suicidalnih misli/želja* na tablici 8, možemo vidjeti kako *kratkotrajni period* prevladava kod 75% ispitanika sa psihijatrije te kod 96% ispitanika sa onkologije. Zaključujemo kako postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika s psihijatrije i onkologije (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$).

Tablica 9: Učestalost suicidalnih misli

			Učestalost suicidalnih misli			Ukupno
			rijetko	povremeno	trajno	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	36	27	2	65
		% unutar Odjeli	55%	42%	3%	100%
		% unutar Učestalost suicidalnih misli	37%	93%	100%	50%
	Onkologija	Broj	62	2	0	64
		% unutar Odjeli	97%	3%	0%	100%
		% unutar Učestalost suicidalnih misli	63%	7%	0%	50%
Ukupno	Broj	98	29	2	129	
	% unutar Odjeli	76%	22%	2%	100%	
	% unutar Učestalost suicidalnih misli	100%	100%	100%	100%	

Pogledamo li tablicu 9 možemo vidjeti da postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika s psihijatrije i onkologije s obzirom na *učestalost suicidalnih misli* (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$). 55% ispitanika sa psihijatrije i 97% ispitanika sa onkologije ima *rijetko* suicidalne misli.

Tablica 10: Stav prema suicidalnim mislima/željama

			Stav prema suicidalnim mislima/željama				Ukupno
			bez odgovora	odbijajući	ravnodušan	prikrivajući	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	1	33	14	17	65
		% unutar Odjeli	1%	51%	22%	26%	100%
		% unutar Stav prema suicidalnim mislima/željama	100%	38%	61%	89%	50%
	Onkologija	Broj	0	53	9	2	64
		% unutar Odjeli	0%	83%	14%	3%	100%
		% unutar Stav prema suicidalnim mislima/željama	0%	62%	39%	10%	50%
Ukupno	Broj	1	86	23	19	129	
	% unutar Odjeli	1%	66%	18%	15%	100%	
	% unutar Stav prema suicidalnim mislima/željama	100%	100%	100%	100%	100%	

Iz tablice 10 možemo vidjeti kako na tvrdnju *stav prema suicidalnim mislima/željama* postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$). Kao odgovor *odbijajući* stav daje 51% ispitanika sa psihijatrije te 83% ispitanika sa onkologije.

Tablica 11: Kontrola nad činom suicida/željom za ostvarenjem pokušaja suicida

			Kontrola nad činom suicida/željom za ostvarenjem pokušaja suicida				Ukupno
			bez odgovora	imam osjećaj kontrole	nesiguran/na sam oko toga imam li kontrolu	nemam osjećaj kontrole	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	1	40	21	3	65
		% unutar Odjeli	1%	62%	32%	5%	100%
		% unutar Kontrola nad činom suicida/željom za ostvarenjem pokušaja suicida	100%	40%	84%	100%	50%
	Onkologija	Broj	0	60	4	0	64
		% unutar Odjeli	0%	94%	6%	0%	100%
		% unutar Kontrola nad činom suicida/željom za ostvarenjem pokušaja suicida	0%	60%	16%	0%	50%
Ukupno	Broj	1	100	25	3	129	
	% unutar Odjeli	1%	78%	19%	2%	100%	
	% unutar Kontrola nad činom suicida/željom za ostvarenjem pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%	100%	

Uspoređujući odgovore na tvrdnju *kontrola nad činom suicida/željom za ostvarenjem pokušaja suicida* postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$). 62% ispitanika sa psihijatrije te 94% ispitanika sa onkologije navodi kako *ima osjećaj kontrole* (Tablica 11).

Tablica 12: Zapreke za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida

		Zapreke za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida			Ukupno	
		ne bih pokušao/la zato što je zastrašujuće	pomalo sam zabrinut/a zbog toga što je zastrašujuće	ne smatram to zastrašujućim		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	35	21	9	65
		% unutar Odjeli	54%	32%	14%	100%
		% unutar Zapreke za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida	39%	81%	75%	50%
	Onkologija	Broj	56	5	3	64
		% unutar Odjeli	87%	8%	5%	100%
		% unutar Zapreke za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida	61%	19%	25%	50%
Ukupno	Broj	91	26	12	129	
	% unutar Odjeli	71%	20%	9%	100%	
	% unutar Zapreke za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%	

Iz tablice 12 možemo vidjeti kako s obzirom na *zapreke za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida* u usporedbi odgovora ispitanika s psihijatrije i onkologije postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$). Kao odgovor *ne bih pokušao zato što je zastrašujuće* daje 54% ispitanika sa psihijatrije te 87% ispitanika sa onkologije.

Tablica 13: Razlozi za razmatranje pokušaja suicida

		Razlozi za razmatranje pokušaja suicida				Ukupno	
		bez odgovora	kako bih manipulirao/la okolinom; dobio/la pozornost ili zbog osvete	kombinacija želje za manipulacijom i bijegom	bijeg od rješavanja problema		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	0	13	14	38	65
		% unutar Odjeli	0%	20%	22%	58%	100%
		% unutar Razlozi za razmatranje pokušaja suicida	0%	37%	50%	59%	50%
	Onkologija	Broj	1	22	14	27	64
		% unutar Odjeli	2%	34%	22%	42%	100%
		% unutar Razlozi za razmatranje pokušaja suicida	100%	63%	50%	41%	50%
Ukupno	Broj	1	35	28	65	129	
	% unutar Odjeli	1%	27%	22%	50%	100%	
	% unutar Razlozi za razmatranje pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%	100%	

U tablici 13 možemo vidjeti kako s obzirom na *razloge za razmatranje pokušaja suicida* ne postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika s psihijatrije i onkologije (Pearsonov Hi kvadrat, $p=0,160$). Kao odgovor *bijeg od rješavanja problema* daje 58% ispitanika sa psihijatrije te 42% ispitanika sa onkologije.

Tablica 14: Način: specifičnost ili planiranje pokušaja suicida

		Način: specifičnost ili planiranje pokušaja suicida			Ukupno	
		ne razmišljam o tome	razmišljam o tome, ali nisam razradio/la detalje	razradio/la sam i dobro isplanirao/la detalje		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	37	25	3	65
		% unutar Odjeli	57%	38%	5%	100%
		% unutar Način: specifičnost ili planiranje pokušaja suicida	38%	86%	100%	50%
	Onkologija	Broj	60	4	0	64
		% unutar Odjeli	94%	6%	0%	100%
		% unutar Način: specifičnost ili planiranje pokušaja suicida	62%	14%	0%	50%
Ukupno		Broj	97	29	3	129
		% unutar Odjeli	75%	23%	2%	100%
		% unutar Način: specifičnost ili planiranje pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%

Uspoređujući odgovore na tvrdnju *specifičnost ili planiranje pokušaja suicida* možemo vidjeti kako 57% ispitanika sa psihijatrije i 94% sa onkologije *ne razmišlja o tome* (Tablica 14). Postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$).

Tablica 15: Način: dostupnost ili stvaranje prilika za razmatranje pokušaja suicida

			Način: dostupnost ili stvaranje prilika za razmatranje pokušaja suicida				Ukupno
			bez odgovora	način nije dostupan ili ne postoji prilika	način će oduzeti vrijeme ili će biti potreban trud; trenutno nema povoljnije prilike	predviđene su buduće prilike ili dostupnost načina	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	1	43	10	11	65
		% unutar Odjeli	2%	66%	15%	17%	100%
		% unutar Način: dostupnost ili stvaranje prilika za razmatranje pokušaja suicida	100%	43%	71%	79%	50%
	Onkologija	Broj	0	57	4	3	64
		% unutar Odjeli	0%	89%	6%	5%	100%
		% unutar Način: dostupnost ili stvaranje prilika za razmatranje pokušaja suicida	0%	57%	29%	21%	50%
Ukupno	Broj	1	100	14	14	129	
	% unutar Odjeli	1%	77%	11%	11%	100%	
	% unutar Način: dostupnost ili stvaranje prilika za razmatranje pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%	100%	

Pogledamo li odgovore na tvrdnju *dostupnost ili stvaranje prilika za razmatranje pokušaja suicida*na tablici 15, uočavamo kako *način nije dostupan ili ne postoji prilika* kod 66% ispitanika sa psihijatrije te kod 89% ispitanika sa onkologije. Zaključujemo kako postoji statistički značajna razlika između odgovora (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$).

Tablica 16: Osjećaj „sposobnosti“ za izvršenjem pokušaja suicida

			Osjećaj „sposobnosti“ za izvršenjem pokušaja suicida			Ukupno
			nemam hrabrosti, preslab/a sam, bojim se, nesposoban/na sam	nisam siguran/na koliko sam hrabar/ra ili sposoban/na	siguran/na sam u sposobnost i hrabrost	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	30	25	10	65
		% unutar Odjeli	46%	39%	15%	100%
		% unutar Osjećaj „sposobnosti“ za izvršenjem pokušaja suicida	37%	76%	71%	50%
	Onkologija	Broj	52	8	4	64
		% unutar Odjeli	81%	13%	6%	100%
		% unutar Osjećaj „sposobnosti“ za izvršenjem pokušaja suicida	63%	24%	29%	50%
Ukupno	Broj	82	33	14	129	
	% unutar Odjeli	63%	26%	11%	100%	
	% unutar Osjećaj „sposobnosti“ za izvršenjem pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%	

Uspoređujući osjećaj „sposobnosti“ za izvršenjem pokušaja suicida uočeno je kako postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$). Kao odgovor *nemam hrabrosti, preslab sam, bojim se, nesposoban sam* navodi 46% ipitanika sa psihijatrije te čak 81% ispitanika sa onkologije (Tablica 16).

Tablica 17: Očekivanje/predviđanje stvarnog pokušaja suicida

			Očekivanje/predviđanje stvarnog pokušaja suicida			Ukupno
			nemam ih	nisam siguran/na	imam ih	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	35	22	8	65
		% unutar Odjeli	54%	34%	12%	100%
		% unutar Očekivanje/predviđanje stvarnog pokušaja suicida	37%	88%	89%	50%
	Onkologija	Broj	60	3	1	64
		% unutar Odjeli	94%	5%	1%	100%
		% unutar Očekivanje/predviđanje stvarnog pokušaja suicida	63%	12%	11%	50%
Ukupno	Broj	95	25	9	129	
	% unutar Odjeli	74%	19%	7%	100%	
	% unutar Očekivanje/predviđanje stvarnog pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%	

Pogledamo li tvrdnju *očekivanje/predviđanje stvarnog pokušaja suicida* tablici 17 možemo uočiti kako postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$). 54% ispitanika sa psihijatrije daje odgovor *nemam ih* te 94% ispitanika sa onkologije.

Tablica 18: Stvarna priprema za razmatranje pokušaja suicida

			Stvarna priprema za razmatranje pokušaja suicida			Ukupno
			nikakva; nemam je	djelomična	potpuna	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	37	26	2	65
		% unutar Odjeli	57%	40%	3%	100%
		% unutar Stvarna priprema za razmatranje pokušaja suicida	38%	87%	100%	50%
	Onkologija	Broj	60	4	0	64
		% unutar Odjeli	94%	6%	0%	100%
		% unutar Stvarna priprema za razmatranje pokušaja suicida	62%	13%	0%	50%
Ukupno	Broj	97	30	2	129	
	% unutar Odjeli	75%	23%	2%	100%	
	% unutar Stvarna priprema za razmatranje pokušaja suicida	100%	100%	100%	100%	

S obzirom na stvarnu pripremu za razmatranje pokušaja suicida uočavamo kako djelomičnu pripremu ima 40% ispitanika sa psihijatrije te 6% ispitanika sa onkologije (Tablica 18). Zaključujemo kako između odgovora postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$).

Tablica 19: Oproštajno pismo

		Oproštajno pismo			Ukupno	
		nemam ga/ nisam ga napisao/la	počeo/la sam, ali nisam završio/la; samo sam razmišljao/la o tome	napisao/la sam ga		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	54	9	2	65
		% unutar Odjeli	83%	14%	3%	100%
		% unutar Oproštajno pismo	48%	60%	100%	50%
	Onkologija	Broj	58	6	0	64
		% unutar Odjeli	91%	9%	0%	100%
		% unutar Oproštajno pismo	52%	40%	0%	50%
Ukupno		Broj	112	15	2	129
		% unutar Odjeli	87%	12%	1%	100%
		% unutar Oproštajno pismo	100%	100%	100%	100%

Gledajući tablicu 19 možemo uočiti da na tvrdnju *oproštajno pismo* odgovor *nemam ga/nisam ga napisao* daje 83% ispitanika sa psihijatrije te 91% ispitanika sa onkologije. Između odgovora nije uočena statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p=0,255$).

Tablica 20: Konačne (zadnje) radnje u predviđanju planiranja smrti (npr. oporuka, oproštajno pismo)

		Konačne (zadnje) radnje u predviđanju planiranja smrti (npr. oporuka, oproštajno pismo)			Ukupno	
		bez odgovora	nemam ih	razmišljao/la sam o njima i napravio/la neke dogovore		
Odjeli	Psihijatrija	Broj	1	57	7	65
		% unutar Odjeli	1%	88%	11%	100%
		% unutar Konačne (zadnje) radnje u predviđanju planiranja smrti (npr. oporuka, oproštajno pismo)	100%	50%	50%	50%
	Onkologija	Broj	0	57	7	64
		% unutar Odjeli	0%	89%	11%	100%
		% unutar Konačne (zadnje) radnje u predviđanju planiranja smrti (npr. oporuka, oproštajno pismo)	0%	50%	50%	50%
Ukupno	Broj	1	114	14	129	
	% unutar Odjeli	1%	88%	11%	100%	
	% unutar Konačne (zadnje) radnje u predviđanju planiranja smrti (npr. oporuka, oproštajno pismo)	100%	100%	100%	100%	

Iz tablice 20 možemo uočiti kako s obzirom na *konačne (zadnje) radnje u predviđanju planiranja smrti (npr. oporuka, oproštajno pismo)* ne postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p = 0,609$). 88% ispitanika sa psihijatrije te 89% ispitanika sa onkologije daje odgovor kako *nema* konačne radnje u predviđanju planiranja smrti.

Tablica 21: Obmana ili prikrivanje razmatranja ideja o pokušaju suicida

			Obmana ili prikrivanje razmatranja ideja o pokušaju suicida			Ukupno
			otvoreno iznosim ideje	suzdržavam se od otkrivanja ideja	pokušavam zavarati, sakriti ili lagati o idejama	
Odjeli	Psihijatrija	Broj	34	25	6	65
		% unutar Odjeli	52%	39%	9%	100%
		% unutar Obmana ili prikrivanje razmatranja ideja o pokušaju suicida	37%	81%	86%	50%
	Onkologija	Broj	57	6	1	64
		% unutar Odjeli	89%	9%	2%	100%
		% unutar Obmana ili prikrivanje razmatranja ideja o pokušaju suicida	63%	19%	14%	50%
Ukupno	Broj	91	31	7	129	
	% unutar Odjeli	71%	24%	5%	100%	
	% unutar Obmana ili prikrivanje razmatranja ideja o pokušaju suicida	100%	100%	100%	100%	

Uspoređujući tvrdnju *obmana ili prikrivanje razmatranja ideja o pokušaju suicida* na tablici 21 uočavamo kako 52% ispitanika sa psihijatrije *otvoreno iznosi ideje* te čak 89% ispitanika sa onkologije. Zaključujemo kako postoji statistički značajna razlika (Pearsonov Hi kvadrat test, $p < 0,001$).

Na sljedećim tablicama prikazana je razlika u stavovima ispitanika s obzirom na odjele (psihijatrija i onkologija), dobne kategorije i spol. Pitanja na osnovu kojih je izvršeno grupiranje su: *želja za životom, želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida, učestalost suicidalnih misli, razlozi za razmatranje pokušaja suicida, konačne (zadnje) radnje u predviđanju planiranja smrti (npr. oporuka, oproštajno pismo).*

Tablica 22: Usporedba prema odjelima

	Odjeli	Broj	Aritmetička sredina rangova
Ukupno	Psihijatrija	65	79,38
	Onkologija	64	50,40
	Ukupno	129	

Na tablici 22 prikazana je razlika u odgovorima ispitanika na izabrana pitanja s obzirom na odjele. Uočeno je kako postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika s obzirom na odjele psihijatrije i onkologije (Kruskal Wallis Test, $p < 0,001$).

Tablica 23: Usporedba prema dobnim kategorijama

	Dob kategorije	Broj	Aritmetička sredina rangova
Ukupno	22 - 42 godine	25	65,96
	43 - 54 godina	41	73,04
	55 i više godina	63	59,39
	Ukupno	129	

Na tablici 23 prikazana je usporedba odgovora ispitanika na izabrana pitanja s obzirom na dobne kategorije. Provedenim istraživanjem nije uočena statistički značajna razlika (Kruskal Wallis Test, $p=0,171$).

Tablica 24: Usporedba prema spolu

	Spol	Broj	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Ukupno	muško	81	65,55	5309,50
	žensko	46	61,27	2818,50
	Ukupno	127		

U tablici 24 možemo vidjeti usporedbu odgovora ispitanika na izabrana pitanja s obzirom na spol te zaključujemo kako nije pronađena statistički značajna razlika (Mann-Whitney U testa, $p=0,517$).

U tablici 25 prikazana je razlika u stavovima ispitanika na izabrana pitanja prema psihijatrijskoj dijagnozi (depresija, PTSP, shizofrenija). Nije uočena statistički značajna razlika (Kruskal Wallis Test, $p=0,523$).

Tablica 25: Rangovi prema psihijatrijskoj dijagnozi

	Dijagnoza	Broj	Aritmetička sredina rangova
Ukupno	Depresija	28	35,75
	PTSP	20	32,23
	Shizofrenija	17	29,38
	Ukupno	65	

5. RASPRAVA

Suicid je važan psihopatološki entitet koji, zbog njegove kompleksnosti i fenomenologije, treba promatrati s različitih aspekata. Zbog toga što je literatura o suicidalnosti mnogobrojna, različita, a ponekad i proturječna, kliničari nailaze na teškoće kada procjenjuju povišeni rizik od suicidalnosti kod osobe. Deseta međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) ne specificira dijagnostičke kriterije za suicid, a suicidalan čin i ponašanje uglavnom se javljaju kao modifikatori bolesti ili komplikacije (20).

U ovome istraživanju sudjelovalo je 129 ispitanika; 65 s Klinike za psihijatriju i 64 s Kliničkog odjela onkologije.

S obzirom na dob, unutar psihijatrije najviše ispitanika je između 43-54 godine (45%), dok je najmanje ispitanika sa 55 i više godina (26%). Unutar onkologije najviše ispitanika je između 55 i više godina (72%), dok je najmanje između 22-42 godine (9%). Gledajući sveukupno najviše ispitanika ima 55 i više godina (49%), dok najmanje između 22-42 godine (19%).

U istraživanju je sudjelovalo 57% ispitanika muškog spola te 40% ženskog spola sa Klinike za psihijatriju. Na Odjelu onkologije 69% ispitanika je muškog spola te 31% ispitanika ženskog spola. Gledajući sveukupno, više je muških ispitanika, njih 64%.

Istraživanjem je obuhvaćeno 19 tvrdnji s tri ponuđena odgovora koja se odnose na stavove o životu, smrti, promišljanjima o suicidu, učestalosti suicidalnih misli i dr.

Na tvrdnju *želja za životom*, 57% ispitanika sa psihijatrije je odgovorilo *umjereno do jaka*, 35% da je *slaba*, a njih 8% je dalo odgovor *nemam je*. Nasuprot tome 91% ispitanika s onkologije na istu tvrdnju je dalo odgovor *umjereno do jaka*, njih 9% da je *slaba* te 0% za odgovor *nemam je*.

S obzirom na tvrdnju *želja za smrću* kao odgovor *nemam je*, dalo je 49% ispitanika sa psihijatrije, 32% je odgovorilo kako je *slaba*, a 18% da je *umjereno do jaka*. S obzirom na odgovore ispitanika s onkologije na istu tvrdnju njih 87% je dalo odgovor *nemam je*, 11% da je *slaba* te 2% za *umjereno do jaka*. Iz odgovora na ove dvije tvrdnje može se zaključiti kako postoji značajna razlika psihijatrijskih i onkoloških bolesnika u stavovima prema životu tj. smrti.

Istraživanje je pokazalo kako su *razlozi za život jači od razloga za umiranje* 63% psihijatrijskih ispitanika, 26% je odgovorilo da su *podjednaki*, a njih 11% kako su *razlozi za*

umiranje jači od razloga za život. S obzirom na odgovore ispitanika s onkologije, njih 92% smatra kako su razlozi za život jači od razloga za umiranje, 8% ispitanika su podjednaki, a kod 0% su razlozi za umiranje jači od razloga za život.

Jedna od najznačajnijih tvrdnji iz upitnika iz koje se može procijeniti i usporediti suicidalnosti između psihijatrijskih i onkoloških ispitanika je želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida. Kao odgovor *nemam je* dalo je 57% ispitanika sa psihijatrije, 29% je odgovorilo da je *slaba*, a 14% kako im je želja *umjereno do jaka*. Na istu tvrdnju 91% onkoloških ispitanika je dalo odgovor *nemam je*, 8% da je *slaba*, a *umjereno do jaka* samo 1% ispitanika. Zaključujemo kako ispitanici sa psihijatrije češće imaju suicidalna promišljanja i želju za njegovim izvršenjem naspram ispitanika sa onkologije.

Također i kroz tvrdnju *trajanje suicidalnih misli* može se potvrditi kako ispitanici sa psihijatrije ipak u većem postotku imaju suicidalna promišljanja naspram ispitanika s onkologije. 75% psihijatrijskih ispitanika je odgovorilo *kratkotrajni period*, 22% *duži period*, a njih 3% navodi *trajno*. Usporedivši odgovore onkoloških ispitanika njih 96% je dalo odgovor *kratkotrajni period*, 2% je navelo odgovor *duži period* te 2% navodi *trajno*.

Uzmemo li u obzir gotovo sve odgovore na tvrdnje iz upitnika, možemo s velikom sigurnošću zaključiti kako smo dobili rezultate u kojima postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika sa psihijatrije i onkologije. Dakle, bolesnici oboljeli od mentalnih bolesti češće imaju suicidalna promišljanja, a samim time i veći stupanj suicidalnosti nego bolesnici oboljeli od malignih oboljenja.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su kako ne postoji statistički značajna razlika u stavovima ispitanika na izabrana pitanja s obzirom na dob. Nadalje, uočeno je kako ne postoji statistički značajna razlika u stavovima ispitanika za promatrane odgovore s obzirom na spol ispitanika.

Kozarić-Kovačić i Jendričko u svom istraživanju rizika suicidalnosti kod psihijatrijskih bolesnika dobile su slične rezultate. Kod bolesnika s mentalnim poremećajem nije pronađen omjer u odnosu na spol, ostaje nejasno jesu li žene s mentalnim poremećajem pod povećanim rizikom ili su muškarci pod manjim rizikom (20).

Iako statistički nije značajno, u mojem je istraživanju ustanovljena razlika između stavova ispitanika za promatrane odgovore s obzirom na psihijatrijsku dijagnozu (depresija, PTSP, shizofrenija). Prema ovim rezultatima depresivni bolesnici češće imaju suicidalna

promišljanja nego bolesnici oboljeli od shizofrenije ili PTSP-a. Za dobivanje realnijih rezultata potrebno je provesti detaljnije istraživanje s većim brojem ispitanika.

U literaturi se navode da iako neke studije nisu pronašle povezanost između određenih dijagnostičkih skupina i suicida, većina istraživanja upućuje na to da je pojava suicida najčešća kod sekundarne depresije. U prilog toj činjenici govore i rezultati jedne metaanalize 249 izvješća publiciranih između 1966. i 1993. godine. Godišnja stopa suicida kod velikog depresivnog je poremećaja iznosila 0,292%, kod shizofrenije 0,121% (20).

Studiji koja je provedena u Singapuru na 123 psihijatrijska bolesnika koja su pokušala suicid u razdoblju od 2003. do 2004. godine pokazala je kako su bolesnici oboljeli od shizofrenije češće pokušali suicid (njih 46%), naspram depresivnih bolesnika (njih 27%). Nasuprot tome, s obzirom na suicidalne ideje analiza je pokazala kako su shizofreni bolesnici (njih 17%) manje izražavali suicidalne ideje od depresivnih bolesnika (48%) (21).

Do sada je provedeno nekoliko istraživanja koja su ispitivala suicidalno ponašanje u onkoloških bolesnika. Finska je studija rezultirala sa 63 samoubojstva između 28.857 bolesnika s rakom, a suicidalno je ponašanje najčešće bilo povezano s gastrointestinalnim tumorima. U jednoj drugoj studiji, potvrđeno je da bolesnici s malignomom gastrointestinalnog sustava ili s malignomom pluća imaju veću stopu smrtnosti od samoubojstva, negoli opća populacija ili ostali bolesnici sa zloćudnim bolestima. U drugim studijama, u kojima su se ispitivale suicidalne misli u onkoloških bolesnika, utvrdilo se da sama prisutnost onkološke bolesti ne znači istodobno i povećani rizik za razvoj suicidalnog ponašanja, nego je prisutnost druge psihijatrijske bolesti ključan moment u razvoju suicidalnog ponašanja. Najčešće se radi o depresivnim poremećajima ili o psihotičnim poremećajima te o ovisnosti o alkoholu. Navedeni psihijatrijski poremećaji koji su u komorbiditetu prisutni u onkološkog bolesnika više oblikuju suicidalno ponašanje nego onkološka bolest sama po sebi. U istraživanju provedenom u Kanadi samo je 10 od 44 terminalnih bolesnika imalo suicidalne ideje ili želju za jakim smrću, a svih je deset imalo kliničku depresiju. Strah od bola, tjelesne izobličenosti i gubitka funkcije, koje onkološka bolest izaziva u bolesnikovoj mašti, može ubrzati samoubojstvo, osobitno u ranoj fazi liječenja. U velikoj talijanskoj kohortnoj skupini s karcinomom, samoubojstvo je činilo samo 0.2% smrti, no relativni rizik tijekom prvih šest mjeseci nakon dijagnoze iznosio je 27.7. Visoki relativni rizik samoubojstva, nakon dijagnoze, dolazi u vrijeme velikog straha i kognitivnog preopterećenja. Bolesnici se mogu bojati neodgovarajuće kontrole bola, ili ju

proživjeti, gubitka digniteta, privatnosti ili mogu osjećati krivnju zbog navika koje su dovele do bolesti. Svakako treba uvijek imati na umu da liječenje osnovne onkološke bolesti različitim kemoterapeuticima, imunološkim lijekovima, hormonima i drugim lijekovima, može kao nuspojavu imati psihijatrijske bolesti, poglavito psihoorganske sindrome, depresivne poremećaje ili psihotične kliničke slike koje pridonose razvoju suicidalnog ponašanja (9).

Raznim istraživanjima u svijetu kao i mojem, potvrđeno je kako su suicidalne ideje relativno rijetke u onkoloških bolesnika, ali zbog boli, beznadnosti, gubitka kontrole i moguće prisutnosti psihijatrijskog poremećaja (ponajprije depresije) pod povećanim su rizikom.

6. ZAKLJUČAK

Suicidalnost uključuje želju za mirom i smrću, suicidalne zamisli i pokušaje te samoubojstvo (22). Samoubojstvo je svjesni pokušaj rješavanja problema koji za pojedinca uzrokuje veliku patnju, pri čemu osoba gubi nadu i vlastiti osjećaj svjesnosti (3), odnosno suicid nije dijagnoza nego neželjen ishod bolesnog ili kriznog stanja (8).

Analizom rezultata dobivenih istraživanjem možemo utvrditi kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika sa psihijatrije i onkologije s obzirom na stavove o životu, smrti, promišljanjima o suicidu, učestalosti suicidalnih misli. Zaključujemo kako bolesnici oboljeli od mentalnih bolesti češće imaju suicidalna promišljanja, a samim time i veći stupanj suicidalnosti nego bolesnici oboljeli od malignih oboljenja. Iako su suicidalne ideje relativno rijetke u onkoloških bolesnika zbog raznih negativnih efekata bolesti i mogućeg psihičkog distresa pod povećanim su rizikom.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su kako ne postoji statistički značajna razlika u stavovima ispitanika za promatrane odgovore s obzirom na dob i spol.

Iako statistički nije značajno, ustanovljena je razlika između stavova ispitanika za promatrane odgovore s obzirom na psihijatrijsku dijagnozu (depresija, PTSP, shizofrenija); depresivni bolesnici češće imaju suicidalna promišljanja.

Zaključak cijelog istraživanja je kako onkološki bolesnici unatoč teškoj dijagnozi, često i smrtonosnoj, manje imaju suicidalna promišljanja i nakane naspram bolesnika oboljelih od mentalnih poremećaja. Mi kao zdravstveni djelatnici dužni smo detaljnije proučavati aspekte fenomena suicidalnosti te organizirati i provoditi kvalitetnije zdravstveno prosvjećivanje o prevenciji suicidalnog ponašanja s ciljem redukcije stope suicida na što nižu razinu.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Utvrditi i usporediti procjenu promišljanja o suicidu kod osoba oboljelih od mentalnih poremećaja s osobama oboljelih od malignih novotvorina. Utvrditi postoji li povezanost medicinske dijagnoze, želje za ostvarenjem pokušaja suicida između spola i dobi ispitanika.

Ispitanici i metode: U istraživanju su sudjelovale dvije skupine bolesnika; bolesnici koji se liječe na Kliničkom odjelu onkologije te koji se liječe na Klinici za psihijatriju. Za potrebe istraživanja korištena je medicinska dokumentacija za dobivanje podataka o spolu i dobi bolesnika te medicinska dijagnoza. Za podatke o suicidalnosti korištena je Skala za procjenu rizika prisutnosti suicidalnih promišljanja koja sadrži 19 tvrdnji s tri ponuđena odgovora.

Rezultati: Istraživanjem je utvrđeno kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika sa psihijatrije i onkologije s obzirom na stavove o životu, smrti, promišljanjima o suicidu, učestalosti suicidalnih misli. Zaključujemo kako bolesnici oboljeli od mentalnih bolesti češće imaju suicidalna promišljanja, a samim time i veći stupanj suicidalnosti nego bolesnici oboljeli od malignih oboljenja. Uočeno je kako ne postoji statistički značajna razlika u stavovima ispitanika za promatrane odgovore s obzirom na dob i spol. Iako statistički nije značajno, ustanovljena je razlika između stavova ispitanika za promatrane odgovore s obzirom na psihijatrijsku dijagnozu (depresija, PTSP, shizofrenija); depresivni bolesnici češće imaju suicidalna promišljanja.

Zaključak: Onkološki bolesnici unatoč teškoj dijagnozi, često i smrtonosnoj manje imaju suicidalna promišljanja i želju za počinjenjem suicida naspram bolesnika oboljelih od mentalnih poremećaja. Nužno je organizirati i provoditi kvalitetnije zdravstveno prosvjeđivanje o prevenciji suicidalnog ponašanja s ciljem redukcije stope suicida na što nižu razinu.

KLJUČNE RIJEČI: onkološki bolesnici; psihijatrijski bolesnici; promišljanja o suicidu; pokušaji suicida; Skala za procjenu rizika prisutnosti suicidalnih promišljanja

8. SUMMARY

COMPARISON OF SUICIDAL IDEATION AND ATTEMPTS BETWEEN PATIENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDER AND ONCOLOGY PATIENTS

Objectives: To determine and compare suicidal ideation between patients with mental disorder and oncology patients. Another objective is to determine if there are any connections between medical diagnosis, suicide attempts realization and the gender and the age of the participants.

Methods and participants: Two groups of patients participated in this study; patients treated at the Clinical Oncology Department and psychiatric patients treated at the Clinic for Psychiatry. Medical documentation was used to obtain age and gender information, as well as the medical diagnosis. I also used The Scale of Suicidal Ideation, which contains 19 statements with three response options.

Results: Research showed that there is a statistically significant difference in the responses of psychiatric and oncology patients considering life and death attitudes, suicidal deliberations and frequency of suicidal thoughts. Psychiatric patients more often have suicidal thoughts, and consequently a higher degree of suicide than cancer patients. It was found that there was no statistically significant difference between the attitudes of respondents to the observed responses regarding age and gender. Although not statistically significant, there is a difference between the attitudes of respondents to the observed responses considering their psychiatric diagnosis (depression, PTSD, schizophrenia); depressed patients more often have suicidal thoughts.

Conclusion: Despite the difficult diagnosis (very often, deadly), oncology patients have less suicidal thoughts and less desire to commit suicide compared to patients with mental disorders. It is necessary to organize and implement the best possible health education to prevent suicidal behavior in order to reduce suicide rates at the lowest possible level.

KEY WORDS: oncology patients; psychiatric patients; suicidal thoughts; suicide attempts; Scale of suicidal ideation

9. LITERATURA

1. Stanić I. Samoubojstvo mladih-velika zagonetka. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
2. Durkheim E. Le suicide: Etude de sociologie. Paris: F.Alcon; 1987.
3. Mindoljević Drakulić A. Suicid – fenomenologija i psihodinamika. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
4. Folnegović-Šmalc V, Gogić B, Kocijan-Hercigonja D. Zbornik sažetaka hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju. Zagreb: Medicinski fakultet svučilišta u Zagrebu; 2000.
5. Bradaš Z, Božičević M, Marčinko D. Suicidologija. Zagreb: HUMS; 2012.
6. Hotujac LJ. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
7. Mandić N. Suicidologija. Osijek: Zbor liječnika Hrvatske; 1988.
8. Filaković P. i sur. Psihijatrija. Medicinski fakultet Osijek; 2014.
9. Marčinko D. i sur. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
10. Kocijan-Hercigonja D, Folnegović-Šmalc V. Priručnik – Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti. Zagreb: Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata; 1999.
11. Spaventi Š, Padovan I, Keros P. Klinička onkologija. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada; 1981.
12. Vrdoljak E, Šamija M, Kosić Z, Petković M, Gugić D, Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
13. Šamija M. i sur. Onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.
14. Šamija M, Nemet D i sur. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
15. Grgurek R, Braš M. Psihoonkologija. Osijek: Grafika Osijek; 2008.
16. Kurjak A, Silobrčić V. Bioetika u teoriji i praksi. Zagreb: Nakladni zavod globus; 2001.
17. Carpenito LJ. Handbook of nursing diagnosis. 7. izd. Philadelphia-New York: Lippincott; 1977.
18. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale of suicidal ideation. J Consult Clin Psychology. 1979;47:343-52.
19. Beck AT, Steer RA, Rantieri WF. Scale for suicidal ideation: Psychometric properties of a self-report version. J Clin Psychology. 1988;44:499-05.

20. Kozarić-Kovačić D, Jendričko T. Suicidalnost i depresija. *MEDICUS*. 2004;13:77-87.
21. Thong JY, Su AH, Chan YH, Chia BH. Suicide in psychiatric patients: case-control study in Singapore. *Aust NZ J Psychiat*. 2008;42:509-19.
22. Hautzinger M. *Depresija*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.

10. ŽIVOTOPIS

Anja Kaučić, studentica 3. godine
Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Medicinski fakultet Osijek
Preddiplomski studij sestrinstva
Cara Hadrijana 10E

Datum i mjesto rođenja:
22.08.1992. Našice
Kućna adresa:
A.Kačića 50, 31540 Donji Miholjac
E-mail: kaucic.anja@gmail.com

OBRAZOVANJE:

1999.- 2007. Osnovna škola August Harambašić
2007.- 2011. Medicinska škola Osijek
2012.- 2015. Medicinski fakultet Osijek, Studij sestrinstva

11. PRILOZI

Prilog 1.: Anketni upitnik

Prilog 2.: Obavijest za ispitanike o istraživanju

Prilog 1. Anketni upitnik

SKALA ZA PROCJENU RIZIKA PRISUTNOSTI SUICIDALNIH PROMIŠLJANJA

DOB (napisati godine): _____

SPOL (zaokružiti): M / Ž

U sljedećim navedenim tvrdnjama zaokružite slovo ispred odgovora kojim se najviše slažete!

1. Želja za životom

- a) umjerena do jaka
- b) slaba
- c) nemam je

2. Želja za smrću

- a) nemam je
- b) slaba
- c) umjerena do jaka

3. Razlozi za život/smrt

- a) razlozi za život jači su od razloga za umiranje
- b) razlozi za život i razlozi za umiranje su podjednaki
- c) razlozi za umiranje jači su od razloga za život

4. Želja za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida

- a) nemam je
- b) slaba
- c) umjerena do jaka

5. Promišljanja o ostvarenju suicidalnih želja

- a) poduzeo/la bih potrebne mjere da spasim život
- b) prepustio/la bih život/smrt sreći (sudbini)
- c) izbjegao/la bih mjere potrebne za spas ili održavanje života

6. Trajanje suicidalnih misli/želja

- a) kratkotrajni periodi
- b) duži periodi
- c) trajno

7. Učestalost suicidalnih misli

- a) rijetko
- b) povremeno
- c) trajno

8. Stav prema suicidalnim mislima/željama

- a) odbijajući
- b) ravnodušan
- c) prikrivajući

9. Kontrola nad činom suicida/željom za ostvarenjem pokušaja suicida

- a) imam osjećaj kontrole
- b) nesiguran/na sam oko toga imam li kontrolu
- c) nemam osjećaj kontrole

10. Zapreke za aktivnim ostvarenjem pokušaja suicida

- a) ne bih pokušao/la zato što je zastrašujuće
- b) pomalo sam zabrinut/a zbog toga što je zastrašujuće
- c) ne smatram to zastrašujućim

11. Razlozi za razmatranje pokušaja suicida

- a) kako bih manipulirao/la okolinom; dobio/la pozornost ili zbog osvete
- b) kombinacija želje za manipulacijom i bijegom
- c) bijeg od rješavanja problema

12. Način: specifičnost ili planiranje pokušaja suicida

- a) ne razmišljam o tome
- b) razmišljam o tome, ali nisam razradio/la detalje
- c) razradio/la sam i dobro isplanirao/la detalje

13. Način: dostupnost ili stvaranje prilika za razmatranje pokušaja suicida

- a) način nije dostupan ili ne postoji prilika
- b) način će oduzeti vrijeme ili će biti potreban trud; trenutno nema povoljne prilike
- c) predviđene su buduće prilike ili dostupnost načina

14. Osjećaj „sposobnosti“ za izvršenjem pokušaja suicida

- a) nemam hrabrosti, preslab/a sam, bojim se, nesposoban/na sam
- b) nisam siguran/na koliko sam hrabar/ra ili sposoban/na
- a) siguran/na sam u sposobnost i hrabrost potpuna

15. Očekivanje/predviđanje stvarnog pokušaja suicida:

- a) nemam ih
- b) nisam siguran/na
- c) imam ih

16. Stvarna priprema za razmatranje pokušaja suicida

- b) nikakva; nemam je
- c) djelomična
- d) potpuna

17. Oproštajno pismo

- a) nemam ga/ nisam ga napisao/la
- b) počeo/la sam, ali nisam završio/la; samo sam razmišljao/la o tome
- c) napisao/la sam ga

18. Konačne (zadnje) radnje u predviđanju planiranja smrti (npr. oporuka, oproštajno pismo)

- a) nemam ih
- b) razmišljao/la sam o njima i napravio/la neke dogovore
- c) napravio/la sam konačne planove ili završio dogovore

19. Obmana ili prikriivanje razmatranja ideja o pokušaju suicida

- a) otvoreno iznosim ideje
- b) suzdržavam se od otkrivanja ideja
- c) pokušavam zavarati, sakriti ili lagati o idejama

Prilog 2. Obavijest za ispitanike o istraživanju

OBAVIJEST ZA ISPITANIKE O ISTRAŽIVANJU

Poštovani,

molim Vas za sudjelovanje u istraživanju u svrhu izrade završnog rada pod naslovom „Usporedba suicidalnosti kod teških psihičkih bolesnika s onkološkim bolesnicima“. Istraživanje provodi studentica III. godine Sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.

Kao istraživač dužna sam Vas upoznati sa svrhom istraživanja. Molim Vas pročitajte ovu obavijest u cijelosti i prije pristanka na sudjelovanje u istraživanju postavite bilo koje pitanje.

SVRHA ISTRAŽIVANJA

Afektivne bolesti (depresija, PTSP, shizofreni poremećaj) najčešće su psihijatrijske dijagnoze sa suicidalnim rizikom. S druge strane problem zloćudnih bolesti koje imaju ozbiljnu prognozu, često i smrtonosnu utječu na bolesnikovo psihičko stanje. Čimbenici kao što su bol, gubitak kontrole i beznade uzrokuju pojavu suicidalnih misli. Fenomen suicidalnosti često je prisutan kod obje skupine bolesnika. Cilj ovog istraživanja je utvrditi i usporediti procjenu promišljanja o suicidu kod osoba koje su oboljele od mentalnih poremećaja i osoba oboljelih od malignih novotvorina.

OPIS ISTRAŽIVANJA

U istraživanju će sudjelovati dvije skupine bolesnika; bolesnici koji se liječe na Kliničkom odjelu onkologije i bolesnici koji se liječe na Klinici za psihijatriju. Kao instrument za istraživanje koristiti ću dostupnu medicinsku i sestrijsku dokumentaciju za dokazivanje potrebnih parametara istraživanja- spol, dob i medicinska dijagnoza. Za podatke o suicidalnosti koristiti ću se Skalom za procjenu rizika prisutnosti suicidalnih promišljanja koja sadrži 19 pitanja. Podaci koji će biti korišteni u istraživanju biti će dostupni jedino autoru i mentoru istraživanja te Etičkom povjerenstvu KBC-a Osijek. Ispitanicima će u svakom segmentu istraživanja biti zajamčena anonimnost, podatci pri obradi biti će numerirani i anonimni bez bilo kakvih identifikacijskih podataka, pa se stoga ni na koji način neće moći povezati s osobnim podacima ispitanika.

Hvala na Vašim odgovorima!