

PROGRAM STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

08.00 – 08.45 Registracija udeležencev

45 min

08.45 – 09.00 Uvodni pozdrav

15 min

I. SKLOP

Moderatorka: Tanja Torkar

09.00 – 09.45 Obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem v zdravstvenem sistemu

45 min izr. prof. dr. Peter Pregelj, dr. med., spec. psih.

09.50 – 10.35 Samomorilnost v Sloveniji – javnozdravstveni izviv

45 min prim. Nuša Konec Juričič, dr. med., specialistka javnega zdravja, NIJZ

10.40 – 10.55 Razprava

15 min

10.55 – 11.25 Odmor

30 min

II. SKLOP

Moderator: Marjan Žagar

11.25 – 11.45 Samomorilno ogrožen starostnik v bolnišničnem okolju

20 min Urban Bole, dipl. zn.

11.50 – 12.10 Aktivnosti zdravstvene nege pri akutno samomorilno ogroženem pacientu

20 min Magdalena Mavri Tratnik, dipl. m. s.

12.15 – 12.35 Prepoznavna in obravnava samomorilno ogroženega pacienta v skupnostni psihiatrični obravnavi na primarnem nivoju – študija primera

20 min Jacinta Doberšek Mlakar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

12.40 – 13.00 Obravnava samomorilno ogroženega pacienta na Enoti za krizne intervencije ter psihološka pomoč svojem in zdravstvenim delavcem ob dokončanem samomoru pacienta v bolnišnični obravnavi

20 min dr. Saša Ucman, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

13.00 – 13.15 Razprava

15 min

13.15 – 14.00 Odmor s pogostitvijo

45 min

III. SKLOP

Moderator: Aljoša Lapanja

14.00 – 14.20 Klic v duševni stiski – vloga svetovalca

20 min Jana Dragar, univ. dipl. soc. del.

14.25 – 14.45 Rizična vedenja na spletu in samomorilnost pri mladostnikih

20 min Špela Reš, univ. dipl. psih., Logout – Center za pomoč pri prekomerni rabi interneta

14.50 – 15.00 Razprava

10 min

15.00 – 15:15 Zaključek strokovnega izobraževanja in podelitev potrdil

10 min

KAZALO

OBRAVNAVA PACIENTA S SAMOMORILNIM VEDENJEM V ZDRAVSTVENEM SISTEMU	1
--	----------

The treatment of the patient with suicidal behaviour in the healthcare system

Peter Pregelj

SAMOMORILNOST V SLOVENIJI – JAVNOZDRAVSTVENI IZZIV	5
---	----------

Suicidality in Slovenia – a public health challenge

Nuša Konec Juričič, Ksenija Lekić

SAMOMORILNO OGROŽEN STAROSTNIK V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU.....	11
--	-----------

The suicide risk of the elderly psychiatric patients in the hospital environment

Urban Bole

AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE PRI OSKRBI SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA.....	20
---	-----------

Nurses' activities during the treatment of a suicidally endangered patient

Magdalena Mavri Tratnik

PREPOZNAVANJE IN OBRAVNAVA SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA V SKUPNOSTNI PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI NA PRIMARNEM NIVOJU – PREDSTAVITEV PRIMERA	29
--	-----------

Identification and treatment of a suicidally endangered patient in Community psychiatric treatment at the primary level - Case study

Jacinta Doberšek Mlakar

OBRAVNAVA SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA NA ENOTI ZA KRIZNE INTERVENCIJE TER PSIHOLOŠKA POMOČ SVOJCEM IN ZDRAVSTVENIM DELAVCEM OB DOKONČANEM SAMOMORU PACIENTA V BOLNIŠNIČNI OBRAVNAVI	33
--	-----------

Saša Ucman

KLIC V DUŠEVNI STISKI – VLOGA SVETOVALCA	35
---	-----------

Mental help phone support – The role of a counselor

Jana Dragar

PREKOMERNA UPORABA IN ZASVOJENOST S SPLETOM TER DIGITALNIMI TEHNOLOGIJAMI.....	39
---	-----------

Excessive internet use and internet addiction

Špela Reš, Zala Janežič

OBRAVNAVA PACIENTA S SAMOMORILNIM VEDENJEM V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

The treatment of the patient with suicidal behaviour in the healthcare system

izr. prof. dr. Peter Pregelj, dr. med., spec. psih.

Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani,

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

peter@pregelj.com

Izvleček

Samomorilno vedenje je pomemben javnozdravstveni problem na področju duševnega zdravja. Sprožilne dejavnike je mogoče po večini povezati z dejavniki okolja, predispozicijo za samomorilno vedenje, genetskimi dejavniki in izpostavitvijo posameznika stresorjem v razvojnem obdobju, kot so npr. zlorabe v otroštvu. Po drugi strani je mogoče preprečevanje samomora izvajati na različnih ravneh. Na ravni posameznika sta ključna dejavnika za zmanjševanje samomorilnega vedenja ocena samomorilne ogroženosti in ustrezni ukrepi po tem.

Ključne besede: samomorilno vedenje, psihične motnje, genetski dejavniki, okolijski dejavniki, preventiva samomorilnega vedenja.

Abstract

Suicidal behaviour is an important public mental health issue. The triggers could be associated with environmental factors and the predisposition for suicidal behaviour could be associated with genetic factors and early life stressors such as childhood abuses. On the other hand, suicide prevention could be performed on different levels. On a personal level the evaluation of suicidal risk and appropriate measures are the keystones of decreasing suicidal behaviour.

Key words: suicidal behaviour, mental disorders, genetic factors, environmental factors, suicide prevention

Uvod

Samomorilno vedenje predstavlja ne le veliko stisko za posameznika in njegove bližnje, ampak hkrati tudi velik javnozdravstveni problem. Dejavniki, ki vplivajo na pojavljanje samomorilnega vedenja pri posamezniku, so števili in težko določljivi, saj se prepletajo tako številni genetski kot okolijski dejavniki, kar otežuje proučevanje samomorilnega vedenja na različnih ravneh. Pomembna je tudi časovna komponenta pojavljanja samomorilnega vedenja, saj samomorilno vedenje razumemo kot proces, na potek katerega vplivajo na eni strani dejavniki, ki povečujejo tveganje za tovrstno vedenje, in na drugi strani dejavniki, ki zmanjšujejo tveganje za tovrstno vedenje.

Sam potek pojavljanja samomorilnega vedenja pri posamezniku hkrati nudi možnost, da drugi pomagajo posamezniku in zavrejo napredovanje samomorilnega vedenja do samomora (Oquendo, 2014). Ugotovljene so velike razlike v pojavljanju samomorilnega vedenja med državami. Na ravni Evropske unije izgleda, da na pojavljanje samomorilnega vedenja ne vplivajo le socioekonomski dejavniki, delno povezani z nedavno ekonomsko krizo, ampak tudi klimatski dejavniki, kot so nižje letne temperature (Fountoulakis, et. al., 2016). Podobno

kot v Evropi, kjer se pojavljajo celo nekajkratne razlike v koeficientu samomora med posameznimi državami z naraščanjem koeficienta samomora od juga Evrope proti severovzhodu, se pojavljajo razlike v količniku samomora tudi med posameznimi regijami v Sloveniji. Podobno kot v Evropi se tudi v Sloveniji v medregionalnih razlikah v koeficientu samomora kot pomemben dejavnik kaže ne le nezaposlenost v posamezni regiji, ampak tudi dostopnost do zdravstvenih storitev (Jagodic, et al., 2012; Fountoulakis, et. al., 2014). Vse več raziskav potrjuje tudi vlogo genetskih dejavnikov pri pojavljanju samomorilnega vedenja, ki vstopajo v interakcije z različnimi dejavniki okolja. Izgleda, da je vpliv posameznih genetskih dejavnikov na pojavljanje samomorilnega vedenja relativno majhen, ob sočasnem pojavljanju več genetskih dejavnikov in okolijskih dejavnikov pa se tveganje za samomorilno vedenje poveča. Tveganje ob prisotnem večjem številu dejavnikov se ne le sešteva, ampak se utegne tudi potencirati ob interakcijah med genetskimi dejavniki, ki jih je mogoče opredeliti kot dejavnike povečane ranljivosti, in okolijskimi dejavniki, ki utegnejo samomorilno vedenje sprožiti. Znane so številne genske različice, ki povečujejo tveganje za samomorilno vedenja (Pjevac & Pregelj, 2012). Izgleda, da ima npr. izražanje gena za (brain derived neurotrophic factor) BDNF pomemben vpliv na povečano tveganje za samomorilno vedenje, vendar je tveganje odvisno tudi od etnične skupine, ki ji posameznik pripada, zato rezultatov posameznih raziskav ni mogoče posploševati. (González-Castro, et al., 2017). Podobno kot pri drugih genih ni pomembna le struktura posameznega gena, ampak tudi regulacija izražanja le-tega (Lutz, et al., 2017).

Samomorilno vedenje in psihične motnje

Pomemben dejavnik pri oceni tveganja za samomorilno vedenje pri posamezniku ima prisotnost psihične motnje. Številne raziskave so pokazale povečano tveganje za samomorilno vedenje pri osebah z različnimi psihičnimi motnjami, kot so motnje razpoloženja, psihotične motnje, bolezni odvisnosti ter specifične osebnostne motnje. Prepoznavanje psihičnih motenj, pri katerih se pogosteje pojavlja samomorilno vedenje, je tako eden od pomembnih dejavnikov ocene tveganja za samomorilno vedenje pri posamezniku ter nujen predpogoj za ustrezno obravnavo osebe (Roy, 1985; Chaudron & Caine, 2004).

Prepoznavanje samomorilnega vedenja

Ocena tveganja za samomorilno vedenje je zapletena iz različnih razlogov. Ocena večinoma temelji na podatkih, ki jih podaja oseba, za katero se oceno samomorilne ogroženosti opravlja. Tako obstaja možnost, da oseba pri kateri se pojavljajo samomorilne misli, le-teh ne bo zaupala in bo svoje načrte prikrila. Zanesljive metode za oceno samomorilne ogroženosti zato ne obstajajo niti ni pričakovati, da bi jih bilo mogoče v prihodnje razviti. Razvija se nove metode ocene samomorilnega tveganja, ki utegnejo izboljšati navedene pomanjkljivosti, vendar pa ne v celoti. Tako razvijajo teste, ki posredno ocenjujejo tveganje za samomorilno vedenje posameznika, ne pa z direktnimi vprašanji o samomorilnih mislih ali načrtovanem samomorilnem vedenju (Bolton, et al., 2015). Težave pri preprečevanju samomorilnega vedenja predstavlja tudi dostopnost zdravstvenih storitev tako v posamezni regiji, kot tudi v času, ko bi bila ta za osebo najbolj potrebna. Tako je dostopnost zdravstvenih storitev pogosto pomanjkljiva, npr. v času po zaključenem bolnišničnem zdravljenju ali obravnavi v urgentnih službah, ko so potrebe po podpori osebi s samomorilno ogroženostjo velike (Bolton, et al., 2015). Tudi v Sloveniji se pojavlja neskladje med potrebami in dostopnostjo zdravstvenih storitev po posameznih regijah. V regijah z višjim količnikom samomora je npr. manj izvajalcev ambulantnih psihiatričnih storitev (Korošec, et al., 2013).

Ukrepanje ob prepoznanem samomorilnem vedenju

Znani so številni ukrepi, ki zmanjšujejo tveganje za samomorilno vedenje pri posamezniku s psihično motnjo, kot so psihofarmakoterapevtski, psihoterapevtski, ukrepi, povezani s spremeljanjem osebe prek daljšega časovnega obdobja. Kljub številnim raziskavam pa ni enotnih splošnih ukrepov, ki bi zmanjševali tveganje za samomorilno vedenje pri posamezniku. Nekateri najbolj uspešni ukrepi tako ostajajo pri posameznih skupinah ljudi s samomorilno ogroženostjo, denimo: dolgotrajno zdravljenje z litijem pri osebah z bipolarno motnjo razpoloženja ter vedenjsko-kognitivna terapija. Ob že ustaljenih različnih pristopih pomoči samomorilno ogroženim osebam se nakazujejo tudi nove možnosti zmanjševanja tveganja za samomorilno vedenje, kot je uporaba novih psihotropnih učinkovin, npr. ketamina, in novih tehnik, ki temeljijo na uporabi spletnih aplikacij (Bolton, et al., 2015).

Zaključek

Z raziskavami na področju suicidologije je znanih vse več dejavnikov okolja in genetskih dejavnikov, ki povečujejo tveganje za samomorilno vedenje pri posamezniku. Pogosto je pri posamezniku mogoče vplivati ali odpraviti le nekatere. Ocena tveganja za samomorilno vedenje pri posamezniku ostaja zapletena, prav tako pa tudi pomoč ob prepoznavi samomorilni ogroženosti. Za pomoč samomorilno ogroženi osebi tako ostaja pomembno rutinsko spremeljanje ocene samomorilne ogroženosti pri skupinah ljudi s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje ter ukrepanje ob prepoznavi ogroženosti, za kar pa so potrebni ustrezni pogoji vključno z dostopnostjo zdravstvenih služb v prostoru in času, ko jih oseba potrebuje.

Literatura

- Bolton, J.M., Gunnell, D. & Turecki, G., 2015. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *British medical journal*, 351, p. h4978.
- Bolton, J.M., Gunnell, D. & Turecki, G., 2015. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *British medical journal*, 351, p. h4978.
- Bolton, J.M., Gunnell, D. & Turecki, G., 2015. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *British medical journal*, 351, p. h4978.
- Chaudron, L.H. & Caine, E.D., 2004. Suicide among women: a critical review. *Journal of the American Medical Women's Association*, 59(2), pp. 125–134.
- Fountoulakis, K.N., Chatzikosta, I., Pastiadis, K., Zanis, P., Kawohl, W., Kerkhof, A.J., et al., 2016. Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000-2012. *Annals of general psychiatry*, 15, p. 19.
- Fountoulakis, K.N., Kawohl, W., Theodorakis, P.N., Kerkhof, A.J., Navickas, A., Höschl, C., et al., 2014. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *The British journal of psychiatry*, 205(6), pp. 486–496.
- González-Castro, T.B., Salas-Magaña, M., Juárez-Rojop, I.E., López-Narváez, M.L., Tovilla-Zárate, C.A. & Hernández-Díaz, Y., 2017. Exploring the association between BDNF Val66Met polymorphism and suicidal behavior: Meta-analysis and systematic review. *Journal of psychiatric research*, 94, pp. 208–217.
- Jagodic, H.K., Agius, M. & Pregelj, P., 2012. Inter-regional variations in suicide rates. *Psychiatria Danubina*, 24, Suppl 1, pp. S82–85.
- Korošec Jagodic, H., Rokavec, T., Agius, M. & Pregelj P., 2013. Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: a nationwide ecological study. *Croatian medical journal*, 54(5), pp. 444–452.

- Lutz, P.E., Mechawar, N. & Turecki, G., 2017. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular psychiatry*, 22(10), pp. 1395–1412.
- Oquendo, M.A., 2014. Suicidal behavior: strategies for prevention at the individual and population levels. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(8), pp. 877–878.
- Pjevac, M. & Pregelj, P., 2012. Neurobiology of suicidal behaviour. *Psychiatria Danubina*, 24, Suppl 3, pp. S336–341.
- Roy, A., 1985. Suicide and psychiatric patients. *The Psychiatric clinics of North America*, 8(2), pp. 227–241.

SAMOMORILNOST V SLOVENIJI – JAVNOZDRAVSTVENI IZZIV

Suicidality in Slovenia – a public health challenge

prim. Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. soc. med. in javnega zdravja

Ksenija Lekić, univ. dipl. novinarka, psihoterapeutka

Nacionalni inštitut za javno zdravje območna enota Celje

nusa.konec-juricic@nijz.si

Izvleček

V Sloveniji zaradi samomora vsako leto umre od 400 do 500 oseb. Samomorilnost prepoznavamo kot enega pomembnejših javnozdravstvenih problemov. Nacionalni inštitut za javno zdravje s ciljem krepitve duševnega zdravja in zmanjševanja samomora izvaja različne naloge, med katerimi so spremljanje kazalnikov duševnega zdravja in samomorilnosti, raziskovanje, razvoj, testiranje in uvajanje različnih projektov in programov promocije zdravja, opismenjevanja na področju duševnega zdravja ter podpore in pomoči osebam v duševni stiski. Pri izvajanjiju nalog se povezuje z različnimi partnerji, pri delovanju na lokalni ravni pa se zavzema za t. i. skupnostni pristop k duševnemu zdravju. V zadnjih dveh desetletjih v Sloveniji opažamo postopen upad števila samomorov ter naraščanje nekaterih duševnih motenj, zato kot eno prednostnih nalog vidimo čimprejšnji začetek udejanjanja ciljev in ukrepov, zapisanih v nedavno sprejeti Resoluciji o nacionalnem programu za duševno zdravje 2018–2028.

Ključne besede: samomor, duševne motnje, promocija zdravja, opismenjevanje, psihoedukacija

Abstract

In Slovenia every year 400 to 500 people die because of a suicide. Suicidality is known as one of the important mental health problems. National institute for public health has a goal to strengthen mental health and to reduce suicidality and performs different projects, among which there are quality indicators of mental health and suicidality, research, development, testing and implementing different projects and programmes of health promotion, literacy projects in the mental health area, support and help for people in mental distress. The Institute works together with different partners and on the local level it strives for a so called community approach towards mental health. In the last two decades in Slovenia there is a decline in the number of suicides and an increase of some of the mental illnesses so one of the priority tasks is to start with the goals and measures, put down in the Resolution of the national programme for mental health 2018 – 2028, as soon as possible.

Key words: suicide, mental illnesses, health promotion, literacy, psychoeducation

Teoretična izhodišča

V Sloveniji zaradi samomora vsako leto umre od 400 do 500 posameznikov, zato samomor upravičeno uvrščamo med javnozdravstvene probleme (Roškar & Konec Juričič, 2016). Med umrliimi zaradi samomora je od tri- do štirikrat več moških kot žensk. Stopnja samomora narašča s starostjo, višja je med osebami z nižjo stopnjo izobrazbe, med ločenimi in ovdovelimi, značilno višja je v severovzhodnih predelih Slovenije. Samomorilno vedenje vključuje tako samomorilne misli in namen (kognitivna komponenta), kot poskus samomora in izvršeni samomor (vedenjska komponenta), vsem pa je skupna želja po škodovanju sebi z namenom umreti (Van Heeringen, 2011). Dejavnike tveganja za samomor lahko razdelimo v

tri kategorije, ki se med seboj prepletajo: individualni, medosebni in sociokulturni (Lunder, 2016). V iste kategorije lahko uvrstimo tudi številne varovalne dejavnike, poznavanje vseh pa je ključno za preprečevanje samomora. Pri preprečevanju samomora so poleg zdravstvenih in socialnih služb ter nevladnih organizacij, ki delujejo zlasti na področjih prepoznavanja, zdravljenja in rehabilitacije, ključni tudi širši javnozdravstveni pristopi in ukrepi. Promocija zdravja je najbolj splošen pristop in proces v zdravje usmerjenih aktivnosti, ki ljudem omogočajo, da povečajo nadzor nad svojim zdravjem in si zdravje po možnosti tudi okrepijo (Zaletel Kragelj, et al., 2007). Njen osrednji namen je doseči zdravju naklonjeno družbeno okolje in za zdravje ugodno naravno okolje, v katerem bo posameznik lahko udejanjal zdrav življenjski slog. Promocija duševnega zdravja se osredotoča zlasti na krepitev pozitivnih lastnosti ter sposobnosti posameznika ter njegovih notranjih psiholoških virov in veščin za soočanje ter obvladovanje stresa (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Zdravstveni in drugi strokovni delavci lahko pomagajo le tistim, ki pomoč poiščejo (Rihmer, 1996), zato k preprečevanju samomorilnega vedenja pomembno prispeva tudi večja pismenost na področju duševnega zdravja. Pismenost vključuje znanje, prepričanja in stališča o duševnih motnjah, znanja o njihovi prepoznavi, možnostih zdravljenja in virih pomoči (Jorm, 2000), pripomore pa tudi k zmanjševanju stigme in diskriminacije oseb s težavami v duševnem zdravju. Pri uveljavljanju, dojemanju in interpretaciji zdravstvenih tem imajo zelo pomembno vlogo tudi mediji (Konec Juričič & Lekić, 2013, p. 39). Neprevidno ali senzacionalistično poročanje o samomoru lahko ranljive posameznike celo spodbudi k njemu, in obratno, korektno poročanje s poudarkom na reševanju problemov in možni pomoči ima lahko daljnosežne in koristne učinke za velik krog ljudi (Grad, 2010, p. 11).

Depresija je poleg anksioznih in stresnih motenj najpogostejša duševna motnja, zaradi katere odrasli poiščejo pomoč pri svojem zdravniku (Roškar & Konec Juričič, 2016). Pri 15 % ljudi z depresijo je samomor glavni vzrok prezgodnje smrti (Matthews, et al., 1995). Tuje in domače študije ter prakse dokazujejo, da je mogoče z rednimi usposabljanji ključnih strokovnjakov izboljšati zgodnjo prepoznavo in obravnavo depresivnih in na ta način tudi zmanjšati samomorilnost (Roškar, et al., 2010; Rutz, 2001). Med strokovnjaki so zlasti t. i. vratarji sistema (npr. zdravstveno osebje na primarni zdravstveni ravni, strokovni delavci v socialnem varstvu in nevladnem sektorju, policisti, učitelji in drugi), ki se srečujejo z največjim številom ljudi v stiski. Med učinkovite pristope v skrbi za duševno zdravje in zmanjševanju samomorilnosti prištevamo tudi t. i. skupnostni pristop. V njem se povezujejo in sodelujejo različni deležniki (vzgoja in izobraževanje, socialno varstvo, zdravstvo, društva, posamezniki, uporabniki storitev itn.), ki lahko učinkoviteje prepoznavajo, naslavljajo in se odzivajo na raznolike potrebe ljudi v lokalnem okolju (Krek, et al., 2018).

Kako se na javnozdravstvene izzive na področju samomorilnosti v Sloveniji odziva Nacionalni inštitut za javno zdravje?

Rezultati

Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) je ključna preventivna ustanova, ki z različnimi javnozdravstvenimi ukrepi in pristopi naslavlja tudi problem samomorilnosti. S pomočjo zdravstveno-statističnih zbirk podatkov ter obdobjnih raziskav proučujemo značilnosti in razširjenost samomorilnega vedenja. Spodbujamo razvoj, implementacijo in enakomerno pokritost Slovenije s promocijskimi in preventivnimi programi. Od leta 2015 v vseh slovenskih osnovnih šolah poteka program *Vzgoja za zdravje*, ki se širi tudi v vrtce ter srednje šole. Program vsebinsko pokriva različna področja, med drugimi so učenci in dijaki deležni delavnic o samopodobi, socialnih in čustvenih kompetencah, medosebnih odnosih, soočanju s stresom, drogami in zasvojenostjo. Program upravlja NIJZ, po enotnem priročniku

pa ga izvajajo diplomirane medicinske sestre vseh zdravstvenih domov (Pucelj, 2015). Že 25. leto NIJZ koordinira projekt *Slovenska mreža zdravih šol*, v katero je vključenih 60 % osnovnih in srednjih šol ter vrtcev (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017a). Projekt, ki ga izvajajo šole, spodbuja razvoj podpornega in zdravju naklonjenega šolskega okolja ter uvaja preizkušene aktivnosti in programe promocije zdravja in duševnega zdravja za učence, učitelje in starše. Vrtec podpiramo s programom *Zdravje v vrtcu*, ki usmerja aktivnosti za ohranjanje in krepitev zdravja v vrtčevskem okolju in izven tega (Nacionalni inštitut za javno zdravje, n. d.). Med temami izobraževanj za vzgojitelje v zadnjih letih vidno mesto zavzema duševno zdravje. Leta 2000 smo na celjski območni enoti NIJZ razvili preventivski program *To sem jaz*, namenjen krepitvi duševnega zdravja otrok in mladostnikov v starosti od 13 do 17 let. Del programa poteka v šolskem okolju, kjer usposobljeni učitelji izvajajo preventivne delavnice po konceptu *Deset korakov do dobre samopodobe* (Tadol, 2010). Vsako leto je vanje vključenih okoli 10.000 učencev in dijakov. Drugi del programa je spletna svetovalnica www.tosemjaz.net, v kateri več kot 70 strokovnjakov, spletnih svetovalcev različnih strok, letno odgovori na okoli 3000 vprašanj mladih (Lekić, et al., 2014). Iz statistike spletnih vprašanj za leto 2016 ugotavljamo, da se dobrih sedem odstotkov vprašanj nanaša na težje stiske, med katerimi so samopoškodbeno vedenje, motnje hranjenja, samomorilno vedenje, nasilje, spolne zlorabe in najstniške nosečnosti. Podatki rednih statističnih zbirk NIJZ ter CINDI raziskav o vedenjskem slogu in zdravju odraslih med drugim kažejo, da naraščata delež oseb s stresnimi motnjami ter delež tistih, ki negativni stres povezujejo z obremenitvami v službi ter odnosi s sodelavci. Delovno okolje je eno ključnih za promocijo in preventivo duševnega zdravja (Podjed, et al., 2014). NIJZ na tem področju deluje s posamičnimi aktivnostmi, s katerimi podpira delodajalce tudi pri izvajanju določil Zakona o varnosti in zdravju pri delu, ki delodajalce obvezuje k izvajanju promocije zdravja ter ukrepov za preprečevanje in obvladovanje različnih oblik psihosocialnega tveganja na delovnih mestih. Za zgodnje odkrivanje prisotnosti nekaterih pogostih duševnih motenj je smiseln ukrep presejanje populacije, in sicer na primarni zdravstveni ravni, ki se srečuje z večino populacije. V Sloveniji poteka presejanje za depresijo v vseh ambulantah družinske medicine s pomočjo vprašalnika o bolnikovem zdravju PHQ-9, ki omogoča, da z večjo verjetnostjo odkrijemo ogrožene posameznike (Roškar, 2016), na osnovi rezultatov pa se odločimo za najprimernejšo obravnavo. Pri depresiji, pa tudi pri drugih duševnih motnjah, sta poleg zdravljenja z zdravili ključni psihološka in psihosocialna podpora ter psihoedukacija pacientov (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). NIJZ je leta 2014 v Program svetovanje za zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017b), ki ga izvajajo v zdravstveno-vzgojnih centrih/centrih za krepitev zdravja vseh zdravstvenih domov v Sloveniji, uvrstil psihoedukativne delavnice za osebe z depresijo in njihove svojce, ki so jih razvili na Psihiatrični kliniki Ljubljana. Po enotnih priročnikih jih izvajajo usposobljeni psihologi in diplomirane medicinske sestre. Delavnice, ki temeljijo na principih kognitivno-vedenjske terapije, niso psihoterapevtske, temveč so namenjene edukaciji pacientov o bolezni, možnostih zdravljenja, izmenjavi izkušenj ter medsebojni podpori (Dernovšek, et al., 2005). V letu 2016 smo program dopolnili še s psihoedukativnimi delavnicami za podporo pri spoprijemanju s tesnobo in stresom ter s kratko delavnico o tehnikah sproščanja (Dernovšek, et al., 2017a; 2017b). Zgodnjemu odkrivanju poporodne depresije namenjamo posebno pozornost v trenutno potekajočem projektu Nadgradnja preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih ter z dostopom do strokovnih vsebin na spletnih straneh NIJZ. V letih 2015 in 2016 je NIJZ vodil in koordiniral projekt *MOČ – Znanje strokovnjakom, pomoč ljudem* (Roškar, et al., 2016). V njem so bili zdravniki in medicinske sestre na primarni zdravstveni ravni, policisti ter strokovni delavci na centrih za socialno delo deležni izobraževanj za prepoznavanje in obravnavo duševnih stisk in samomorilnega vedenja ter programa za krepitev lastnega duševnega zdravja. Vzpostavili smo

mrežo devetih psiholoških svetovalnic *MOČ Posvet Tu smo zate* za odrasle v stiski, ki deluje tudi po zaključku projekta v okviru Centra za psihološko svetovanje Posvet pod okriljem Slovenskega združenja za preprečevanje samomora. V projektu smo s celostno kampanjo okreplili širše ozaveščanje o duševnem zdravju. Le-to je tudi sicer stalna naloga na NIJZ, ki jo izvajamo v okviru številnih aktivnosti in programov promocije zdravja, intenzivneje in ciljano pa vsako leto ob svetovnem dnevnu preprečevanja samomora ter svetovnem dnevnu duševnega zdravja. Eden ključnih partnerjev pri ozaveščanju javnosti in ustvarjanju javnega mnenja so tudi mediji. Leta 2010 je NIJZ izdal priročnik *Spregovorimo o samomoru* v medijih, katerega besedilo spodbuja k previdni in premišljeni obravnavi tematike ter navaja predloge, kako pristopiti odgovorno in etično, kadar je o samomoru potrebno poročati. Skupnostni pristop k duševnemu zdravju in preprečevanju samomora smo preizkusili v celjski regiji med leti 2000 in 2014. Z njim smo potrdili, da je s povezanim in k skupnim ciljem usmerjenim delovanjem različnih partnerjev mogoče doseči pomembne premike v skrbi za duševno zdravje na lokalni in tudi regijski ravni (Konec Juričič & Lekić, 2013).

Zaključek

Od leta 1997 je v Sloveniji opazen postopen upad samomora pri obeh spolih za skoraj vse starostne skupine (Roškar, et al., 2010), hkrati pa naraščanje nekaterih duševnih motenj. Tako Nacionalni inštitut za javno zdravje kot mnoge druge zdravstvene in socialne ustanove ter inštituti, nevladne organizacije in angažirani posamezniki izvajajo številne aktivnosti in programe za krepitev in ohranjanje duševnega zdravja ter preprečevanje samomora. Pogrešamo pa bolj usklajene, načrtovane in vodene aktivnosti ter učinkovite programe, prilagojene potrebam uporabnikov, ter stalno vrednotenje in spremljanje dela. V tem smislu veliko pričakujemo od nedavno sprejete Resolucije o nacionalnem programu za duševno zdravje 2018–2028. Gre za vsebinsko kompleksen in akcijsko usmerjen dokument, ki določa vizijo na področju razvoja celostne skrbi za duševno zdravje za vse prebivalce, kot eno od prednostnih področij pa izpostavlja tudi preprečevanje samomora (Ministrstvo za zdravje, 2018).

Literatura

- Dernovšek, MZ., Mišček, I., Jeriček, H. & Tavčar, R., 2005. *Skupaj premagajmo depresijo. Priročnik za vodje delavnic in predavatelje*. Ljubljana: IVZ RS.
- Dernovšek, MZ., Tančič Grum, A. & Sedlar Kobe, N., 2017a. *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo. Priročnik za vodje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Dernovšek, MZ., Tančič Grum, A. & Sedlar Kobe, N., 2017b. *Podpora pri spoprijemanju s stresom. Priročnik za vodje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Grad, O., 2010. Recenzija dela. In: Roškar, S., Tančič Grum, A. & Poštuvan, V. eds. *Spregovorimo o samomoru in medijih: preprečevanje samomora - strokovne smernice za odgovorno novinarsko poročanje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P., 2005. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Jorm, A.F., 2000. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 177, pp. 396–401.
- Konec Juričič, N. & Lekić, K., 2013. *Tu smo. Zate. Krepitev duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnosti na Celjskem – skupnostni model zavoda za zdravstveno varstvo Celje*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo Celje, pp. 43–45.

- Krek, M., Pahor, M., Ranfl, M. & Huber, I. 2018. Skupnostni pristop k zdravju: izhodišča, načela, procesi. In: Pahor, M. eds. *Zdrava skupnost. Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; pp. 40–58.
- Lekić, K., Tratnjek, P., Konec Juričič, N. & Cugmas M., 2014. *Srečanja na spletu. Potrebe slovenske mladine in spletno svetovanje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Lunder, D., 2016. Samomorilnost. In: Roškar, S., Konec Juričič, N. & Jelenko Roth, P. eds. *Prepoznavanje in obravnavanje depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika. Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 61–75.
- Matthews, K., Milne, S. & Ashcroft, GW., 1995. Role of doctors in the prevention of suicide. The final consultation. *British Journal of General Practice*; 44 (385): 345–48.
- Ministrstvo za zdravje, 2018. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28)*. Available at: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO120> [8.5.2018].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017a. Slovenska mreža zdravih šol. Available at: <http://www.nijz.si/sl/slovenska-mreza-zdravih-sol> [5.5.2018].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, n. d. Zdravje v vrtcu. Available at: <http://www.nijz.si/sl/zdravje-v-vrtcu-program> [8.5.2018].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017b. Program svetovanja za zdravje v zdravstveno vzgojnih centrih. Available at: <http://www.nijz.si/sl/program-svetovanja-za-zdravje-v-zdravstvenovzgojnih-centrih> [5.5.2018].
- National Institute for Health and Care Excellence, 2009. Depression in adults: recognition and management, Clinical guideline [CG90]. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> [5.5.2018].
- Podjed, K. & Bilban, M., et al., 2014. Priročnik promocije zdravja, 2014. Available at: <http://www.produktivnost.si/wp-content/uploads/2016/09/Priro%C4%8Dnik-promocije-zdravja-pri-delu-november-2014.pdf> [10.5.2018].
- Pucelj, V. eds., 2015. *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov. Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva*. El. knjiga. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Rihmer, Z., 1996. Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of affective disorders*, 39(2), pp. 83–91.
- Roškar, S. & Konec Juričič, N., 2016. Uvod. In: Roškar, S., Konec Juričič, N. & Jelenko Roth, P. eds. *Prepoznavanje in obravnavanje depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika. Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 15–22.
- Roškar, S., Zorko, M. & Podlesek, A., 2015. Suicide in Slovenia between 1997 and 2010. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*; 12:1–9.
- Roškar, S., 2016. Presejalna orodja za odkrivanje depresije. In: Roškar, S., Konec Juričič, N., Jelenko Roth, P. eds. *Prepoznavanje in obravnavanje depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika. Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 77–78.
- Roškar, S., Kolar, U., Konec Juričič, N., Lekić, K., Tančič Grum, A., Macur, M., Zavasnik, A. & Tekavčič Grad, O., 2016. »Znanje strokovnjakom, pomoč ljudem – MOČ«. Ključni rezultati in ugotovitve projekta ter predlog smernic za oblikovanje ukrepov na področju javnega duševnega zdravja. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/kljucni_rezultati_in_ugotovitve_projekta_ter_predlog_smernic.pdf
- Roškar, S., Podlesnik, A., Zorko, M., Tavčar, R., Dernovšek, MZ. & Groleger, U. et al., 2010. Effect of training program on recognition and management of depression and suicide

- risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow- up study. *Croatian Medical Journal*; 51 (3): 237–442.
- Rutz, W., 2001. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*; 62: 123–29.
- Tacol, A., 2010. *10 korakov do boljše samopodobe: priročnik za učitelje za preventivno delo z razredom: delavnice za mladostnike*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo Celje.
- Van Heeringen, C., 2011. The suicidal process and related concepts. In: Van Heeringen, C., ed. *Understanding Suicidal behaviour. The Suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley, pp. 6–15.
- Zaletel Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

SAMOMORILNO OGROŽEN STAROSTNIK V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU

The suicide risk of the elderly psychiatric patients in the hospital environment

Urban Bole, dipl. zn.

Psihiatrična bolnišnica Begunje

urban.bole@gmail.com

Izvleček

Teoretična izhodišča: Samomor v katerikoli starosti je tragičen dogodek za posameznika, njegovo družino in skupnost. Zaradi zapletenih in raznovrstnih dejavnikov tveganja v kliničnih okoljih ni učinkovitega algoritma za prepoznavanje posameznikov z visokim tveganjem samomorilnosti. Namen pregleda literature je bil raziskati klinične, psihološke in sociološke dejavnike tveganja za samomorilno ogroženost starostnikov in s tem prispevati k uspešnejšemu prepoznavanju samomorilno ogroženih starostnikov v bolnišničnem okolju.

Metode: Uporabljen je bil sistematični pregled znanstvene in strokovne literature. V pregled so bile vključene naslednje baze: CINAHL Plus, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed. V končni pregled, predstavljen s Prisma diagramom, je bilo vključenih 19 člankov, ocena kakovosti dokazov pa prikazana v hierarhiji dokazov. Podatki so bili obdelani s tematsko kvalitativno analizo.

Rezultati: Identificiranih je 53 kod, ki so združene v 4 vsebinske kategorije: 1.) duševne motnje kot dejavnik tveganja za samomor pri starostnikih, 2.) osebne lastnosti starostnikov kot dejavnik tveganja za samomorilnost, 3.) somatske bolezni kot dejavnik tveganja za samomorilnost pri starostnikih in 4.) socialni dejavniki, povezani s samomorilnostjo pri starostnikih.

Razprava: Analiza v pregled literature zajetih enot pokaže prepletost in povezanost dejavnikov tveganja za prepoznavanje samomorilno ogroženega starostnika v bolnišničnem okolju.

Ključne besede: starost, samomor, dejavnik tveganja

Abstract

Introduction: Suicide at any age is a tragic event for an individual, his family and community. Due to complex and diverse risk factors in clinical environments, there is no effective algorithm for identifying individuals with a high risk of suicide.

The purpose of systematic review was to investigate the clinical, psychological and sociological factors of the suicidal risk for the elderly, and thus contribute to a better recognition of the suicidality endangered elderly in the hospital environment.

Methods: Analysis and synthesis of peer-reviewed evidences from CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, Wiley and PubMed data collections was used. Search keywords: elderly, suicide, risk factors was used. 19 articles were included in the detailed analysis. The assessment of the quality of evidence is shown in the hierarchy of evidence. The data were processed with a thematic qualitative analysis.

Results: 53 codes were identified and combined to 4 contents categories: (1) mental disorders as a risk factor for suicide in the elderly, (2) the elderly's personal characteristics as a risk factor for suicide, (3) somatic diseases as a risk factor for suicide in the elderly, (4) social factors associated with suicide in the elderly.

Discussion: The analysis of systematic review shows the interlacing and correlation of risk factors for identifying a suicidality endangered elderly in a hospital environment.

Key words: elderly, suicide, risk factors

Uvod

Statistični podatki kažejo, da se življenska doba podaljšuje. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je v Sloveniji 19,1 % prebivalstva starejšega od 65 let (Statistični urad RS, 2018). S starostjo se povečuje tudi ogroženost za samomorilnost; tako je samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev na leto) med starejšimi nad 65 let mnogo višji od slovenskega povprečja. V obdobju med 1971–2008 je povprečni samomorilni količnik v starostni skupini nad 65 let znašal 45, slovensko povprečje za isto obdobje pa je bilo okrog 29/100.000 (NIJZ, 2013). Pomembno je tudi razmerje med poskusi samomora in samomorom. Beeston (2006) v svoji raziskavi ugotavlja, da je razmerje med samomorilnimi poskusi in samomorom pri mlajši populaciji 8 : 1, pri splošni populaciji 36 : 1, pri starostnikih pa kar 4 : 1. Pri mlajših starostnih skupinah so poskusi samomora pogosto impulzivna dejanja z opozorilnim namenom, pri starostnikih pa so običajno dolgo načrtovani. Zaradi načrtovanja, telesne ranljivosti starejših in dejstva, da mnogi starejši živijo sami, se samomorilna dejanja pogosteje zaključijo s smrtno. Število samomorov po starosti 65 let se skoraj podvoji (Conwell, et al., 2011).

Za oblikovanje algoritmov, ki bi uspešno prepoznali samomorilno ogroženega starostnika, je potrebno razumeti dejavnike tveganja (Fiske & O'Riley, 2016). Tako so med najpogosteje izpostavljenimi dejavniki tveganja za samomorilnost pri starostnikih navedene zlasti duševne motnje (Conwell, et al., 2011; Kumar, et al., 2015; Zhou, et al., 2018), med katerimi je s samomorilnostjo pri starostnikih najpogosteje povezana huda depresija. Velika skupina dejavnikov tveganja za samomorilnost pri starostnikih so somatske bolezni (Chan, et al., 2011; Lapierre, et al., 2015; Erlangsen, et al., 2015; Fässberg, et al., 2016). Nekatere osebnostne poteze starostnikov in socialni dejavniki so močno povezani s samomorilno ogroženostjo starostnikov (Kumar, et al., 2015).

Namen raziskave je bil s sistematičnim pregledom literature proučiti dejavnike tveganja za samomorilno ogroženost starostnikov s ciljem prispevati k prepoznavanju dejavnikov tveganja za samomorilno ogroženost. Raziskovalno vprašanje se je glasilo, kateri so dejavniki tveganja za samomorilno vedenje starostnika v bolnišničnem okolju.

Metode

Izbrali smo sistematični pregled znanstvene literature.

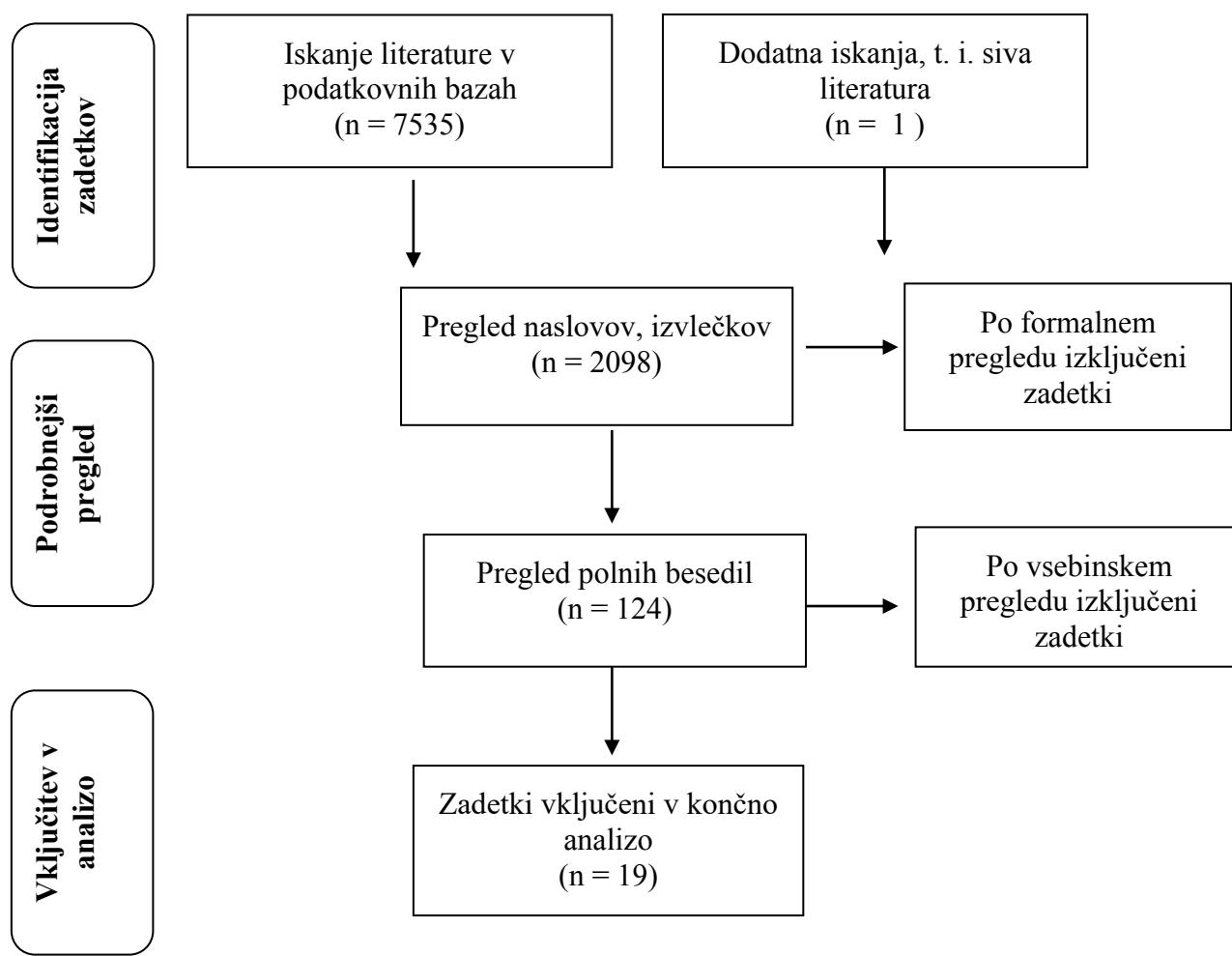
Metoda pregleda

Za iskanje podatkov smo uporabili podatkovne baze CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PUB MED. Pri tem smo uporabili naslednje ključne iskalne zveze *elderly, suicide, risk factors*. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje omejitvene kriterije: objava članka v letih 2006–2018 in dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink in WILEY smo uporabili Boolov operator AND (slov. *in*), s katerim smo povezali *elderly AND suicide AND risk factors*. V PubMedu smo besede *elderly, suicide, risk factors* nizali brez Boolovih operatorjev.

Rezultati pregleda

Specifikacija iskalnih besed in različne kombinacije ključnih iskalnih besed je podala širši nabor relevantne literature. Strategija iskanja v podatkovnih bazah je dala skupno 7.535 zadetkov. Pregledali smo naslove in izvlečke raziskav ter identificirali dvojnice. Po pregledu naslovov in izvlečkov objav smo na prvem situ izključili 5.110 zadetkov. Po pregledu 124 ustreznih zadetkov smo jih zaradi vsebinske neprimernosti izključili 105. V končno analizo smo tako vključili 19 zadetkov. Potek pridobivanja za našo raziskavo relevantnih člankov je razviden s preglednico 1, kjer smo za prikaz pregled podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov uporabili metodo PRISMA (krajše za angl. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Liberati, et al., 2009).

Preglednica 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA



Legenda/Legend: n = število.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Dizajn raziskave je bil integrativna analiza kvantitativnih in kvalitativnih podatkov, s katero dobimo sintezo in interpretacijo spoznanj tako kvantitativnih kot kvalitativnih raziskav. Lahko jo izvedemo kot tematsko ali priповедno analizo (Booth, et al., 2012). Izbrali smo tematsko analizo. Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. V raziskavo smo uvrstili pregledano literaturo, ki je obravnavala le samomorilno vedenje pri starostnikih. Vključili smo znanstvene raziskave, ki so obravnavale samomorilnost, samomorilne misli in

ideje. Hierarhijo dokazov vključenih raziskav smo določili po Politu in Becku (2008), ki navajata 7 nivojev hierarhije dokazov v znanstveno-raziskovalnih delih (tabela 1).

Raziskava je potekala od aprila do maja 2018 v naslednjih fazah: identifikacija problema, sistematično zbiranje in pregled literature, vrednotenje in izbor ustreznosti raziskav ter klasificiranje raziskav z vidika hierarhije dokazov in značilnostih raziskovalnega dizajna.

Tabela 1: Hierarhija dokazov, vključenih raziskav

Hierarhija dokazov	Pregled kakovosti dokazov
Nivo 1	0
Sistematičen pregled randomiziranih kliničnih raziskav	
Sistematičen pregled nerandomiziranih kliničnih raziskav	
Nivo 2	0
Posamezne randomizirane klinične raziskave	
Nivo 3	9
Sistematični pregled opisnih in eksplorativnih kvantitativnih raziskav	
Nivo 4	10
Posamezne opisne in eksplorativne kvantitativne raziskave	
Nivo 5	0
Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih raziskav	
Nivo 6	0
Posamične opisne/kvalitativne raziskave	
Nivo 7	0
Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij	

Rezultati

Teme, kategorije in kode ter podatke o avtorjih in povzetke raziskav prikazuje tabela 2.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah

Kode/Codes	Kategorije/Categories	Avtorji/Authors
Motnje razpoloženja, huda depresivna motnja, ponavlajoča se depresivna motnja, distimija, shizofrenija, shizoafektivna motnja, anksiozne motnje, zloraba PAS.	Kategorija 1: Hude duševne motnje kot dejavnik tveganja za samomor pri starostnikih	Yeates & Thompson, 2008; Conwell, et al., 2011; Kleiman, et al., 2014; Fiske & O'Riley, 2016; Zhou, et al., 2018.
Introvertiranost, nevroticizem, obupanost, tesnobnost, perfekcionizem, impulzivnost, rigidnost, nezmožnost prilagajanja, težje sprejemanje staranja, anakastične osebnostne poteze.	Kategorija 2: Osebne lastnosti starostnikov kot dejavnik tveganja za samomorilnost	Brezo, et al., 2006; Heisel, et al., 2007; Ode, et al., 2008; Conwell, et al., 2008; Segal, et al., 2012.
Karcinom prostate, karcinom možganov, bolezni jeter, karcinom pljuč, karcinom prebavil, srčne bolezni, KOPB, respiratorne težave, osteoporoz, artritis, diabetes, astma, išias, migrene, glavoboli, urinska inkontinenca, karcinom kože, epilepsija, CVI, izguba vida, katarakta, izguba sluha.	Kategorija 3: Somatske bolezni kot dejavnik tveganja za samomorilnost pri starostnikih	Erlangsen, et al., 2015; Chan, et al., 2015; Lapierre, et al., 2015; Kumar, et al., 2015; Fässberg, et al., 2016.

Stresni dogodki, osamljenost, negovanje na domu, finančne težave, težave v družinskih odnosih, nizka socialna interakcija, soočanje s staranjem, socialna osamitev, izguba partnerja, izguba žene, izguba moža, namestitev v domovih starostnikov, ateizem starostnika.	Kategorija 4: Socialni dejavniki, povezani s samomorilnostjo pri starostnikih	Van Orden, et al., 2010; Wiktorsson, et al., 2012; Lapierre, et al., 2012; Kumar, et al., 2015; Jahn, 2017; Chang, et al., 2017; Conejero, et al., 2018.
---	---	--

Razprava

Slovenija žal sodi med države z največjim količnikom samomorilnosti, ki strmo narašča s starostjo. Glede na število samomorov so pri starejših samomorilni poskusi redkejši kot v preostalih starostnih skupinah. Pri mlajših starostnih skupinah so poskusi samomora pogosto impulzivna dejanja z opozorilnim namenom, pri starostnikih pa so običajno dolgo načrtovani (Kogoj, 2010).

Samomor je zapleten dogodek, ki navadno vključuje več različnih dejavnikov. Duševne motnje so najpogosteji dejavnik tveganja za samomorilnost pri starostnikih. Duševna motnja je tako prisotna v 71–97 % samomorih. V raziskavi na Kitajskem Zhou in sodelavci (2018) med 242 uspešnimi poskusi samomora pri starostnikih ugotavlja pojavnost duševnih motenj pri več kot polovici samomorov. Izstopajo zlasti motnje razpoloženja, med njimi predvsem depresija, sledijo psihotične motnje, odvisnost od psihoaktivnih substanc in anksiozne motnje. Harwood in sodelavci (2001) na velikem vzorcu starostnikov ugotavlja, da je 77 % starostnikov, ki so naredili samomor, imelo duševno motnjo, in sicer v 63 % depresijo. Kako pomembno je prepoznavanje in zdravljenje depresije pri starostnikih, ugotavlja več avtorjev, ki zdravljenje depresije vidijo kot najpomembnejši dejavnik za preprečevanje samomorov. Čeprav v laični javnosti še vedno obstajajo predsodki, ki staranje povezujejo z naravnim depresivnim razpoloženjem, več avtorjev ugotavlja, da depresija zagotovo ni sestavni del staranja (Minayo & Cavalcante, 2010; Tomoe & Hirofumi, 2015). Depresivne motnje so najpomembnejše za predvidevanja samomora in jih je zato potrebno poudariti. Izstopajoči znaki pred samomorom starostnika so nespečnost, izguba telesne teže, občutki krivde in pritožbe zaradi različnih telesnih težav, ni pa jasno, ali demenca poveča samomorilno ogroženost ali jo morda celo zmanjša. Nekateri avtorji ugotavlja, da je demenca povezana s samomorom (Erlangsen, et al., 2008; Draper, et al., 2010), medtem ko nekateri avtorji o povezavi med demenco in samomori ne poročajo (Haw, et al., 2009). Ne nazadnje so pomemben dejavnik, ki ga ne smemo spregledati, predhodni samomorilni poskusi (Kogoj, 2010).

S samomorom se pomembno povezuje tudi nekatere osebne lastnosti starostnikov. Tako pod izrazom *osebnostne karakteristike* razumemo vzorce občutkov, razmišljanja in vedenja (Conwell & Thompson, 2008). Vedno več je znanstvenih dokazov, ki povezujejo odločene osebne karakteristike s samomorom. Od petih dimenzij osebnosti predstavljata tveganje za samomor visoka raven nevroticizma ter nizka raven odprtosti za izkušnje. V raziskavi med hospitaliziranimi pacienti s poskusom samomora Wiktorsson in sodelavci (2010) ugotavlja, da so samomorilne misli, ideje in poskusi samomorov povezani z introvertiranostjo, nevroticizmom, obupanostjo, tesnobnostjo, perfekcionizmom in impulzivnostjo (Ode, et al., 2008; Segal, et al., 2012). Voshaar in sodelavci (2015) med osebnimi lastnostmi, ki so povezane s samomorom pri starostnikih, navajajo rigidnost, nezmožnost prilagajanja, težje sprejemane staranja in anarkastične osebnostne poteze. Tako se prisotne anksiozne osebne motnje pojavljajo pri vsakem šestem uspešnem samomoru starostnika. Osebnostne motnje pa

se same po sebi niso izkazale za pomemben dejavnik tveganja za samomore v starosti (Conwell & Thompson, 2008).

Prisotnost nekaterih resnih somatskih bolezni pri starostnikih je dejavnik tveganja za samomorilno vedenje (Fässberg, et al., 2016). Prisotnost treh telesnih bolezni poveča verjetnost samomora pri starostnikih za trikrat, pri sedmih pridruženih telesnih bolezni pa do devetkrat. Respiratorne bolezni so bile povezane z željo po smrti (Lapierre, et al., 2015), astma je bila v raziskavi Chan in sodelavcev (2011) povezana s samomorilnimi mislimi pri starostnikih. Večja možnost samomora je bila ugotovljena pri starejših pacientih z diagnosticiranim KOPB (Erlangsen, et al., 2015). Pri boleznih prebavil avtorji ugotavlajo višjo pojavnost samomorilnih idej in poskusov samomora pri starostnikih s prisotnim peptičnim ulkusom, in sicer kar trikrat pogosteje pri starostnikih starejših od 85 let (Lee, et al., 2017). Bolezni jeter so povezane s samomorilnimi idejami in samomorilnimi mislimi pri starostnikih (Voaklandes, et al., 2008; v Erlangse, et al., 2015) Urinska inkontinenca je povezna s samomorilnimi idejami starostnikov v raziskavi (Kim, et al., 2006). Nevrološke motnje, kot so epilepsija, hemiplegija, CVI, glavoboli in migrene, so povezane s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje pri starejši populaciji (Chan, et al., 2011; Erlangsen, et al., 2015; Lapierre, et al., 2015). Bolečina pri starostnikih je povezana z željo po smrti glede na stopnjo bolečine (King, et al., 2014). Mišično-skeletalne bolezni, kot so revmatizem, artritis in osteoporoza, so povezane z željo po smrti pri starostnikih (Voaklander, et al., 2008; Lapierre, et al., 2015). Na področju poškodb lokomotornega sistema pri starostnikih so kot dejavnik tveganja Erlangsen in sodelavci (2015) ugotovili povezavo med samomori in zlomi le pri zlomih hrbtnic. Onkološka obolenja pri starostnikih so močno povezana s samomorilnostjo (McCaull & Kristjanson, 2008). Med karcinomi, ki jih avtorji najpogosteje povezujejo s samomori pri starejših, so karcinom pljuč (Urban, et al., 2013) in karcinom prostate pri moških (Carlsson, et al., 2013). Izguba vida in sluha pri starostnikih v nekaterih raziskavah je povezana s samomorilnostjo (Erlangsen, et al., 2015).

Številna raziskave kažejo povezanost socialnih dejavnikov, ki vplivajo na samomorilno ogroženost mladostnikov, odraslih in starostnikov (Van Orden, et al., 2010; Jahn, 2017; Conejero, et al., 2018). Med socialne dejavnike, ki so povezani s samomorilnostjo pri starejših, avtorji uvrščajo smrt zakonca ali partnerja, bolezen z močnimi bolečinami, strah pred staranjem, strah pred nezmožnostjo samooskrbe, socialna izolacija, spremembe v dosedanjih družbenih vlogah, fizična odvisnost od svojcev ali duševna odvisnost od svojcev. Čeprav le majhen delež najstarejših, ki naredijo samomor, občuti nedavno izgubo partnerja, je opazno izrazito povečanje tveganja za samomor v prvem letu ovdovelosti, zlasti pri moških. Raziskave socialnih dejavnikov pri samomorih starostnikov so pokazale, da so najmočnejši socialni dejavniki, povezani s samomorom, finančne težave, težave v medosebnih odnosih, družinski konflikti, osamljenost in socialna izolacija. Osamljenost kot socialni dejavnik tveganja za samomor je povezan predvsem z moškim spolom. V nasprotnem primeru je vzdrževanje socialne mreže močen zaščitni faktor pred samomorilnostjo v starosti (Kumar, et al., 2015; Chang, et al., 2017).

Zaključek

Samomor in samomorilno vedenje starostnikov v bolnišničnem okolju sta prepletena z različnimi dejavniki, od katerih je najpomembnejša depresija. Dana pojava se razlikujeta od samomorilnega vedenja ostale populacije. Samomor v starosti največkrat ni impulzivno dejanje, ki zdravstvenim delavcem ob ustrezni usposobljenosti prepoznavanja in obravnave omogoča pravočasno pomoč. Avtorji ocenjujejo, da bi lahko zmanjšali število samomorov za

74 %, če bi nam uspelo odpraviti vse motnje razpoloženja v starosti. V našem sistematičnem pregledu literature ugotavljamo štiri kategorije dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje pri starostnikih, ki se med seboj močno prepletajo, vendar večina raziskav potrjuje, da je ob vseh socialnih dejavnikih, prisotnostjo telesnih bolezni in osebnih potez posameznikov največjo pozornost potrebno nameniti prepoznavanju in zdravljenju duševnih motenj, predvsem depresije. Avtorji ugotavljajo potrebo po implementaciji občutljivega in specifičnega pripomočka, ki bi bil klinično uporaben kot vprašalnik za oceno samomorilnega tveganja, saj mnogo starostnikov, ki storijo samomor, obiščejo zdravnika v mesecu pred smrtno.

Literatura

- Booth, A., Papaioannou, D. & Sutton, A., 2012. *SyStematic approacheS to a successful literature review*. SAGE, Los Angeles, pp. 145–164.
- Brezo, J., Paris, J. & Turecki G., 2006. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 113(3), pp. 180–206.
- Beeston, D. 2006. *Older people and suicide*. Stoke on Trent: Centre for Ageing and Mental/Health Staffordshire University.
- NIJZ, 2013. *Baza umrlih*. Available at: www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/samomor_statisticni_podatki_2013.pdf [15.5.2018].
- Conwell, Y., 2014. Suicide Later in Life. Challenges and Priorities for Prevention. *American journal of preventive medicine*, 47(3S2), pp. 244–250
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E.D., 2011. Suicide in Older Adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), pp. 451–468.
- Conwell, Y. & Thompson, C., 2008. Suicidal behavior in elders. *The Psychiatric clinics of North America*, 31, pp. 333–56.
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P. & Calati, R., 2018. Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical interventions in aging*, 20(13), pp. 691–699.
- Chang, Q., Chan, C.H. & Yip, P.S.F., 2017. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social science & medicine (1982)*, pp. 65–76.
- Chan, H.L., Liu, C.Y., Chau, Y.L., & Chang, C.M., 2011. Prevalence and association of suicide ideation among Taiwanese elderlya population-based cross-sectional study. *Chang Gung Medical Journal*, 34(2), pp. 197–204.
- Draper, B., Peisah, C., Snowdon, J. & Brodaty, H., 2010. Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimer's, dementia & cognitive neurology*, 6(1), pp. 75–82.
- Erlangsen, A., Zarit, S.H. & Conwell, Y., 2008. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 16(3), pp. 220–228
- Erlangsen, A., Stenager, E., & Conwell, Y., 2015. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: A nationwide, register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(9), pp. 1427–1439.
- Fiske, A. & O'Riley, A.A., 2016. Toward an understanding of late life suicidal behavior: the role of lifespan developmental theory. *Journal of mental health and aging*, 20(2), pp. 123–30.
- Fässberg, M.M., Cheung, G., Canetto, S.S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., et al., 2016. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), pp. 166–194.

- Heisel, M.J., Links P.S., Conn, D., Van, R.R. & Flett, G.L., 2007. Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 15(9), pp. 734–741.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. & Jacoby R., 2001. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(2), pp. 155–165.
- Haw, C., Harwood, D. & Hawton, K., 2009. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *International psychogeriatrics*, 21(3), pp. 440–453.
- Jahn, D.R., 2017. Suicide Risk in Older Adults: The Role and Responsibility of Primary Care. *Journal of clinical outcomes management : JCOM*, 24(4), pp. 181–192.
- Kleiman, E.M., Liu, R.T. & Riskind, J.H., 2014. Integrating the interpersonal psychological theory of suicide into the depression/suicidal ideation relationship: a short-term prospective study. *Behavior therapy*, 45(2), pp. 212–21.
- Kogoj, A., 2010. Zakaj so starostniki samomorilno bolj ogroženi? *Zdravniški Vestnik*, 79, pp. 563–565.
- Kumar, S. P. N., Anish, P. K. & George, B., 2015. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(3), pp. 249–254.
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C. & Ioannidis, J.P.A., 2009. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med*, 6(7).
- Lapierre, S., Desjardins, S., Preville, M., Berbiche, D., Marcoux, L., & Dube, M. 2015. Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology Research*, 5(2), pp. 125–137.
- Lee, Y.B., Yu, J., Choi, H.H., Jeon, BS., Kim, H.K., Kim, S.W. & Chae, H.S. 2017. The association between peptic ulcer diseases and mental health problems: A population-based study: a STROBE compliant article. *Medicine*, 96(34).
- Minayo, MCS. & Cavalcante, FG. 2010. Suicide in elderly people: a literature review. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), pp. 750–757.
- Ode, S., Robinson, M.D., & Wilkowski, B.M., 2008. Can One's Temper be Cooled?: A Role for Agreeableness in Moderating Neuroticism's Influence on Anger and Aggression. *Journal of Research in Personality*, 42(2), pp. 295–311.
- Polit, D.F., Beck, T.C., 2008. Nursing research: principles and methods. 7th ed. *Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins*.
- Segal, DL., Marty, MA., Meyer, WJ. & Coolidge, FL., 2012. Personality, suicidal ideation, and reasons for living among older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 67(2), pp. 159–166.
- Statistični urad Republike Slovenije. 2018. Elektronski vir. Pridobljeno s spletnne strani 3. maj 2018: <http://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104>
- Tomoe, S. & Hirofumi, O., 2015. Overview of community-based studies of depression screening interventions among the elderly population in Japan, *Aging & Mental Health*, 20(2), pp. 231–239.
- Urban, D., Rao, A., Bressel, M., Neiger, D., Solomon, B. & Mileshkin, L., 2013. Suicide in lung cancer: Who is at risk? *Chest*, 144(4). pp. 1245–1252.
- Voshaar, R.C., van der Veen, D.C., Kapur, N., Hunt, I., Williams, A. & Pachana, N.A., 2015. Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. *International psychogeriatrics*, 27(7), pp. 1197–1205.
- Voaklander, D.C., Rowe, B.H., Dryden, D.M., Pahal, J., Saar, P. & Kelly, K.D., 2008. Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study. *Journal of epidemiology and community health*, 62(2), pp. 138–146.

- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner, T. E. 2010. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), pp. 575–600.
- Zhou, L., Wang, G., Jia, C. & Ma, Z., 2018. Being left-behind, mental disorder, and elderly suicide in rural China: a case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, pp. 1–7.
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S. & Waern, M., 2010. Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(1), pp. 57–67.
- Wiktorsson, S., Berg, AI., Billstedt, E., Duberstein, PR., Marlow, T., Skoog, & Waern, M., 2013. Neuroticism and extroversion in suicide attempters aged 75 and above and a general population comparison group. *Aging Ment Health*, 17(4), pp. 479–88.
- Yeates, C., & Thompson, C. (2008). Suicidal Behavior in Elders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), pp. 333–356.

AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE PRI OSKRBI SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA

Nurses' activities during the treatment of a suicidally endangered patient

Magdalena Mavri Tratnik, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Begunje

magdalena.mavrit@pb-begunje.si

Izvleček

Samomor in samomorilno vedenje predstavljata velik problem javnega zdravja. Vzroki samomora niso zlahka opredeljivi. Največkrat ga povzročajo dejavniki tveganja in osebne ranljivosti. Cilj družbe, v kateri živimo, je zmanjševanje števila oz. preprečevanje samomorilnih dejanj, to pa bomo dosegli le s pravočasnim prepoznavanjem dejavnikov tveganja, ki se večinoma prekrivajo in prepletajo, a jih kljub temu lahko razdelimo na individualne, medosebne in družbene. Najmočnejši varovalni dejavnik zoper samomor, s katerim razpolagamo, je prisotnost izkušene in izobražene medicinske sestre ob pacientu ter njen terapevtski odnos do njega. Skrb za samomorilno ogroženega pacienta namreč ne obsega samo nadzora nad njegovim gibanjem. Namen prispevka je predstaviti dejavnike tveganja, ki povečujejo nevarnost za samomorilno vedenje, ter vlogo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi pacienta s prisotnim samomorilnim vedenjem. Medicinska sestra mora biti na podlagi strokovnega znanja o medosebnih odnosih, dejavnikih tveganja za samomorilno vedenje in osnov psihomedicinske pomoči sposobna podati oceno vseh štirinajstih življenjskih aktivnosti samomorilno ogroženega pacienta. Fiziološki in psihološki elementi samomorilnega vedenja vplivajo na pacientovo vsakodnevno delovanje tako, da le-ta ne more zadovoljevati svojih najosnovnejših življenjskih potreb. Iz strokovne literature smo razbrali, da sta najvišji prioriteti zdravstvene nege zaščita pacienta in vzpostavljanje terapevtskega odnosa. Prepoznavanje samomorilne ogroženosti, pravočasno in pravilno ukrepanje so bistveni elementi pri preprečevanju samomorov.

Ključne besede: samomorilno vedenje, dejavniki tveganja, medosebni odnosi, vloga medicinske sestre, nadzor

Abstract

Suicide and suicidal behavior represent a major public health problem. The causes of suicide are difficult to define, most often it is associated with risk factors and personal vulnerability. The goal of the society in which we live, is to reduce and to prevent the number of suicidal acts that can be achieved only by timely recognition of the risk factors that overlap and intertwine in the vast majority of cases, but we could nevertheless divide them into individual, interpersonal and social ones. The strongest protective factor against suicide that we can dispose of is the presence of experienced and educated nursing personnel along with the patient and their therapeutic relationship with him. Namely, the care of suicidally endangered patient is posed significantly higher than just the control of the patient's movement. The purpose of the article is to present risk factors that increase the risk of suicidal behavior, and the role of a nurse in the medical treatment of a patient with suicidal behavior. Nurses must have an abundant professional knowledge of the interpersonal relations, risk factors for suicidal behavior and basics of medical help, and are supposed to be able to evaluate fourteen basic life activities of the patient. Physiological and psychological elements of suicidal behavior affect the patient's day-to-day functioning, as he cannot meet his basic needs. In conclusion, after browsing through the specialised literature, we came to a conclusion that the

highest priority of nursing care is the protection of the patient and the establishment of a proper therapeutic relationship. Recognizing suicidal threats at the right time and correct action are essential elements in preventing suicide.

Key words: suicidal behaviour, risk factors, interpersonal relations, role of the nurse, control

Uvod

Samomorilno vedenje in samomor sta velik problem javnega zdravja (Glenn & Nock, 2014). Samomor ni bolezen, ampak proces, ki se je v osebi začel že davno pred končnim dejanjem. Gre za zaključek številnih življenjskih dogodkov, izgub in prizadetosti, je odraz stiske in krize, ki je lahko družinska, osebnostna in/ali socialnoekonomska (Stojanović & Pettauer, 2001). Zdravstveno osebje na vseh nivojih zdravstvenega varstva ima ključno vlogo pri prepoznavanju, preprečevanju in zdravljenju samomorilnega vedenja (Bregar, 2012), kljub temu pa ne moremo mimo dejstva, da številni zdravstveni delavci izražajo zaskrbljenost glede učinkovite obravnave pacienta s samomorilnim vedenjem (Swan & Hamilton, 2015), saj jih velikokrat preveva občutek, da na tem področju niso dovolj strokovno podkovani. Teorija medosebnih odnosov, ki jo je razvila H. Peplau se je v kombinaciji s teorijo V. Henderson, ki poudarja štirinajst temeljnih življenjskih aktivnosti pacienta, izkazala kot učinkovito vodilo pri obravnavi ogroženih pacientov (Istenič, 2012). Kot navajata avtorja Bowers in Park (2001), poglavita aktivnost medicinske sestre pri oskrbi samomorilno ogroženih oseb ni le opazovanje pacienta, ampak tudi vzpostavitev terapevtskega odnosa. V prispevku bomo predstavili načine, kako prepoznati samomorilno ogroženo osebo ter pomen celostnega pristopa pri zagotavljanju varnosti pacienta.

Etiologija in dejavniki tveganja

Natančni vzroki za samomor niso povsem opredeljivi, vendar pa ni nič neobičajnega, če ljudi obhajajo samomorilne misli. V večini primerov tovrstne misli ne privedejo do samomorilnih dejanj. Ugotovili so, da samomor največkrat povzročajo dejavniki tveganja in osebne lastnosti (Swan & Hamilton, 2015), le-te pa lahko razdelimo na psihiatrične diagnoze, osebnostne lastnosti, psihosocialne dejavnike, telesne bolezni, družinske in genetske dispozicije ter biokemične faktorje (Stuart, 2013). Med duševne bolezni, ki povečujejo tveganje za samomor, uvrščamo depresijo, anksiozne motnje, shizofrenijo, bipolarno motnjo, osebnostne motnje in zlorabo psihoaktivnih snovi (Caceda, 2014), med najpogosteje telesne bolezni, ki lahko izzovejo avtodestruktivna dejanja, pa epilepsijo, multiplo skleroza, amiotrofično lateralno sklerozo, Parkinsonovo bolezen, Alzheimerjevo bolezen, raka in HIV (Stuart, 2013). Samomorilna ogroženost ni nujno povezana z objektivno resnostjo bolezni, saj je znano, da so tudi hipohondrični simptomi velikokrat povezani s povečanim tveganjem za samomor (Žmitek, 1999).

Osebnostne lastnosti, ki jih v največji meri povezujemo s povečanim samomorilnim tveganjem, so sovražnost, impulzivnost, potrstost in brezup (Stuart, 2013). Občutki brezupa so močan napovednik samomorilnega razmišljanja in vedenja, hkrati pa je impulzivnost povezana s samomorilnimi mislimi, poskusi samomora in samomorom (O'Connor & Nock, 2014). Tveganje je večje pri ločencih, ovdovelih in posameznikih, ki živijo sami. Moški naredijo več samomorov kot ženske, večinoma pri starosti nad 65 let. Tveganje je povečano tudi pri ljudeh, ki so nenadoma izgubili službo ali pa doživljajo posledice gospodarske krize (Santa Mina & Gallop, 2009). Družine žrtev samomora imajo bistveno višjo stopnjo samomorov kot družine, katerih člani niso izvedli samomora, imajo pa npr. duševno bolezen (Perlis, et al., 2010). Pomemben dejavnik tveganja je tudi razdrta primarna družina pred

starostjo 15 let (Žmitek, 1999). Ogroženost in težo dejanja samomorilnega vedenja ocenjujemo individualno in glede na bolnikovo poznavanje samomorilnega sredstva. Tako ima poskus samomora z zaužitjem antibiotika pri osebi z zdravstveno izobrazbo povsem drugačen pomen kot pri osebi brez zdravstvene izobrazbe (Žmitek, 1999).

Prepoznavanje samomorilne ogroženosti

Običajno ljudje pred samomorilnim dejanjem doživljajo stisko, ki jo ljudem okrog sebe sporočajo na različne načine (Škodlar & Tekavčič Grad, 2013). Osebe, ki storijo samomor, velikokrat vsaj teden dni pred smrtno obiščejo svojega osebnega zdravnika, urgenco ali celo poiščejo pomoč pri psihiatru. Enega od desetih ljudi, ki svoje življenje končajo s samomorom, obravnavajo na urgenci vsaj dva meseca pred smrtno. Nujno je posvetiti pozornost življenjskim okoliščinam, ki močno zvišujejo samomorilno ogroženost: zlorabi ali razvojni zanemarjenosti v otroštvu, ovdovelosti oz. izgubi pomembnih ljudi, telesni (kronično telesno obolenje) ali duševni motnji (shizofrenija, depresija in bolezni odvisnosti), homoseksualnosti, finančni ali socialni prikrajšanosti ter brezposelnosti (Škodlar & Tekavčič Grad, 2013). Potrebno se je osredotočiti na osebe, ki urejajo finančne zadeve, sestavljajo oporoko, se poslavljajo (nenavadni telefonski klici, pisma) in skušajo zgladiti pretekle konflikte (Pogorevc, 2011). Opozorilne simptome pri samomorilnem vedenju delimo na psihološke (občutki brezupa, nemoči, opuščanje interesov za običajne življenjske aktivnosti, kot sta npr. šport ali gledanje televizije, umikanje iz kroga družine in prijateljev) ter telesne (nespečnost, neješčnost, zaprtost vase, pomanjkanje energije, utrujenost in zmanjšana pozornost) (Bregar, 2012). Še posebej je treba biti pozoren na pacientovo žalost, obup in občutke notranje praznine (Šušter, 2015).

Ocena stopnje samomorilne ogroženosti

Medicinska sestra naj bi se v pogovoru s pacientom počasi približala temi o samomorilnem vedenju (Škodlar & Tekavčič Grad, 2013). Prične lahko s splošnimi vprašanji: »Ali se vam kdaj zdi, da življenje nima več smisla?« ali pa »Ste si kdaj zaželeti, da se nekega jutra preprosto ne bi zbudili?« Nato naj nadaljuje z bolj specifičnimi vprašanji: »Ali ste pred kratkim razmišljali o smrti?« ali »Ste kdaj razmišljali o samopoškodovanju?« V kolikor se oseba odpre in prizna, da pogosto razmišlja o samopoškodovanju, mora medicinska sestra pridobiti še več podrobnih informacij o načinu in načrtu dejanja (Stuart, 2013). Na koncu lahko na podlagi prej omenjenih korakov ovrednoti stopnjo samomorilne ogroženosti. Če so prisotne samomorilne misli, načrt ali zgodovina preteklih poskusov, se stopnja ogroženosti oceni kot najvišja (Škodlar & Tekavčič Grad, 2013), nato sledi še sklenitev protisamomorilnega dogovora (t. i. antisuicidalnega pakta), se pravi, dogovora s pacientom, da si v določenem časovnem obdobju ne bo skušal škodovati, v kolikor pa avtodestruktivnih želja ne bi zmogel nadzorovati, pa da naj poišče zdravnika oz. svojim bližnjim pove o samomorilnem namenu. Pacient naj sam presodi, ali se bo zmogel držati dogovora. Kadar je samomorilna ogroženost zelo visoka in s pacientom ni mogoče skleniti protisamomorilnega dogovora, pa se je potrebno odločiti za bolnišnično zdravljenje na intenzivnem oddelku pod posebnim nadzorom s privolitvijo pacienta ali brez nje (Škodlar & Tekavčič Grad, 2013).

Zdravstvena nega pacienta s samomorilnim vedenjem

Področje zdravstvene nege v psihiatriji je primarno opisano kot področje zdravstvene nege in šele sekundarno kot psihiatrično področje. Zaradi nujnosti holističnega pristopa je smiselno, da tudi pri nas »psihiatrično zdravstveno nego« imenujemo zdravstvena nega v psihiatriji

(Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011). Način, kako medicinska sestra pomaga pacientu, zahteva terapevtsko uporabo lastne osebnosti. Ker medicinska sestra izhaja iz sebe, se v njenem delu odražajo njena čustva, prepričanja, mnenja, stališča in vrednote. S svojo osebnostjo ter zrelostjo poskuša pomagati pacientu, pri tem pa tudi sam/a odkriva svojo notranjost. Pogoj za takšno delovanje je zavedanje lastnih občutij, le-to pa ji/mu pomaga bolje razumeti pacientovo mišljenje, doživljanje, vedenje in čustvene reakcije ob bolezni, kot so zanikanje, jeza, žalost, občutek izgube, odvisnost oz. neodvisnost, predsodki, pripravljenost, da sprejme svojo bolezen, ter sposobnost prilagajanja na živiljenjsko prikrajšanost oz. oviranost. Temu primerno se prilagodi tudi intervencije in načrt zdravstvene nege (Gorše Muhič, 2009).

Načrt zdravstvene nege je individualen, odvisen od tega, kakšne potrebe ima bolnik glede na zdravstveno stanje. Pomembno je, da medicinska sestra skupaj s pacientom s pomočjo svojega strokovnega znanja in spremnosti določi cilje in izdela načrt intervencij. Individualna zdravstvena nega mora biti izvedena tako, da upošteva oceno bolnikovega stanja in prednosti zdravstvene nege, kar v nadaljevanju pomeni, da mora biti medicinska sestra sposobna zadovoljevati bolnikove potrebe in hkrati ostajati zvesta postopkom zdravstvene nege (Šolc, 1999). Prav ona je tista, ki ima največ stikov z bolnikom in ki pogosto oblikuje razpoloženje na oddelku. Pri njenem delu ji zgolj poznavanje različnih duševnih obolenj ne zadostuje, razumeti mora tudi bolnikovo duševnost in storiti vse, da bi ublažila njegove notranje probleme. Na oddelku mora ustvariti takšno vzdušje, ki bo bolniku olajšalo prilagajanje ter vzpodbudilo njegovo osebnostno rast (Kogovšek & Škerbinek, 2002). Dinamičnost kvalitetnega, zaupnega medosebnega odnosa med medicinsko sestro in varovancem prispeva k boljšemu razumevanju varovančevih potreb, njegovih občutkov, težav in prepričanj (Waller Wise, 2013).

Teoriji Hildegard Peplau in Virginie Henderson

Virginia Henderson podaja trditev, da morajo biti medicinske sestre sposobne oceniti 14 pacientovih živiljenjskih aktivnosti in mu zagotoviti ustrezeno zdravstveno nego (Waller Wise, 2013). Omenjene aktivnosti delimo na fiziološke (telesne), psihološke (duševne), duhovne in socialne (Fink & Kobilšek, 2013). Medicinska sestra mora biti pozorna na odstopanja pri pacientovem dihanju, vzdrževanju telesne temperature, spanju, prehranjevanju in pitju, poskrbeti mora za redno odvajanje in osebno higieno pacienta, ga spodbujati h gibanju in primernemu oblačenju, poskrbeti mora za njegovo varnost, ga motivirati za socialne interakcije, izražanje čustev in koristno delo, mu omogočiti razvedrilo in rekreacijo itn. (Zidarič, et al., 2011).

Hildegard Peplau je objavila prvo sistematično teoretično delo s področja medsebojnih odnosov v zdravstveni negi. Pacienta je potrebno sprejeti kot enkratno, celovito osebnost brez vnaprejšnjih predsodkov, torej takšnega, kakršen pač je, in mu zmeraj znati prisluhniti. Medicinskim sestram je potrebno že v času njihovega izobraževanja, pa tudi kasneje, ko že delujejo v praksi, pomagati, da se razvijejo v močne in čustveno zrele osebnosti, saj bodo le tako dosegle uspeh pri svojem delu in laže premagovale stresne situacije (Križanec, 2011). H. Peplau opisuje postopne faze v oblikovanju medosebnega odnosa med pacientom in zdravstvenim osebjem. Te faze se lahko medsebojno prepletajo, saj se v vsaki od njih lahko pojavi nezavedni občutki, povezani z odvisnostjo pacienta, zato sta pri zdravstveni obravnavi pomembna stalna pozornost medicinske sestre in njen učinkovito ukrepanje ob najmanjši zaznavi teh pojavov (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Hildegard Peplau in Virginia Henderson sta s svojimi deli postavili okvir za razumevanje

pacientovih reakcij na bolezen, smrt, rojstvo in travmatične dogodke. V svojih razmišljanjih se dopolnjujeta: medtem ko Hendersonova bolj poudarja pomembnost zadovoljevanja telesnih potreb, ne izključuje pa niti višje duhovne potrebe, je Peplauova usmerjena v vprašanje oblikovanja medosebnih odnosov in interakcij med ljudmi. Ko se v medosebnem odnosu srečata pacient in medicinska sestra kot človeški bitji, se njun odnos lahko zaključi z osebnostno rastjo in zadovoljstvom (Istenič, 2012).

Kljub implementaciji obeh priznanih teorij v prakso Bregar (2012) povzema, da tuji avtorji izpostavljajo predvsem funkcijo opazovanja (specialnega opazovanja ali t. i. nadzora bolnika) v kliničnih okoljih, kar trenutno predstavlja standard zdravstvene nege pri samomorilno ogroženih pacientih. Specialno opazovanje delijo na več stopenj, pri čemer se intenzivnost opazovanja stopnjuje. Problem tega načina dela je v povečanih kadrovskih zahtevah, relativni neučinkovitosti, omejevanju pacienteve zasebnosti, rušenju avtonomije izvajalcev zdravstvene nege ter zapostavljanju ostalih pacientov. Izvajalci zdravstvene nege bi morali samomorilno ogroženim pacientom zagotoviti tudi zadovoljitev preostalih potreb, predvsem na področju izražanja čustev. Za samomorilno ogrožene skrbijo kadri z nezadostnimi izkušnjami in znanji, npr. pripravniki, študentje in drugo manj usposobljeno osebje, kar danes ni ustrezno. Opisano klinično prakso se lahko označi kot »obrambno« oz. »defenzivno«, le-ta pa je povezana s prevladujočimi cilji v kliničnih okoljih, kjer je pomembno predvsem to, da ne prihaja do neželenih dogodkov, manj pa je usmerjena v kakovost izvedbe zdravstvene nege.

Aktivnosti zdravstvene nege

Zdravstvena nega samomorilno ogroženih pacientov ne pomeni samo neprestanega opazovanja oz. kontrole, ampak mora biti strokovna skrb celostna in usmerjena v poslušanje in komuniciranje s pacienti. Izvajalci zdravstvene nege morajo pri tem izkazati visoko stopnjo razumevanja in empatije (Groeger, 2009).

V procesu ugotavljanja potrebe po zdravstveni negi mora medicinska sestra zbrati čim več podatkov o bolnikovem dosedanjem življenju, o njegovih boleznih, zdravljenju ipd. z namenom, da bolnika dodobra spozna in da mu na ta način omogoči optimalno zdravstveno nego. Zatem mora oceniti stopnjo njegove samomorilne ogroženosti, pri čemer naj upošteva vse dejavnike tveganja. Oceniti mora bolnikove psihične, fizične in socialne probleme, pa tudi potrebe po zdravstveni negi, pri čemer naj si pomaga s standardnimi vprašanji (npr. kakšna je narava bolnikovega samomorilnega vedenja; ali bolnik izraža željo po smerti; kakšna je njegova neverbalna komunikacija; ali ima za seboj že kakšno samomorilno epizodo; ali so prisotni znaki depresije; ali zlorablja droge oz. alkohol; ima morda blodnje in slušne halucinacije; ali je neorientiran; ima slabši spomin; je zmeden; trpi zaradi motenj zaznave; ima kakšno telesno bolezen, za katero se skriva psihična bolečina; kakšni so njegovi socialni stiki ipd.) (Šolc, 1999).

Cilji, ki si jih medicinska sestra zastavi ob oskrbi samomorilno ogrožene osebe, morajo zadovoljiti trenutne potrebe bolnika po zdravstveni negi: bolnik se mora počutiti varnega, potrebno ga je zaščititi pred poškodbami, pridobiti si moramo njegovo zaupanje, počutiti se mora sprejetega, poskrbeti moramo za to, da bo pomirjen, sproščen in dobro razpoložen, potrebno ga je vključiti v terapevtsko skupnost, v kateri naj aktivno sodeluje, pomagati mu moramo, da doseže višjo stopnjo samospoštovanja, razviti mora boljše mnenje o sebi, k življenjskim stiskam mora pristopati na ustreznejši način, ne sme se zatekati k samomoru, vzpostavljati naj prične pozitivne odnose z ljudmi ipd. (Čelofiga, et al, 2011).

Šolc (1999) našteva intervencije, ki jih medicinska sestra načrtuje pri samomorilno ogroženem bolniku:

- zagotovi nepretrgano varovanje pacienta, je ves čas ob njem, izkaže zanimanje za njegovo doživljanje in skrbi, ga miri, mu daje občutek varnosti v novem okolju, je pozorna na njegovo nespečnost (in v takšnem primeru pacientu omogoči pogovor, ki ga bo razbremenil);
- z njegovo vednostjo pacientu odvzame vse predmete, ki bi jih utegnil uporabiti za samopoškodbo, pozornost pa polaga tudi na vsa slabo zavarovana področja na oddelku;
- pacienta nadzira pri jemanju zdravil in mu na razumljiv način pojasni, zakaj je uživanje le-teh pomembno;
- izkoristi možnost neverbalnega in verbalnega komuniciranja, pacientu da priložnost za svobodno, spontano izražanje njegovih misli in čustev, brez kakršnega koli obsojanja; izpostavi bolnikove dobre lastnosti in ga večkrat pohvali; doseže, da pacient pridobi na samozavesti, samospoštovanju in osebni vrednosti (že sama fizična prisotnost medicinske sestre lahko pomeni več kot besede);
- spodbuja pacienta k vključevanju v formalne in neformalne skupine (terapevtske skupnosti, skupine z medicinsko sestro) ter v druge aktivnosti na oddelku, s čimer pacient pridobi občutek varnosti in pripadnosti;
- pri pacientih spodbuja skrb za osebno higieno in skrb za zunanji videz, poskrbi za ustrezno prehrano in odvajanje; spodbuja k redni telesni aktivnosti in nadzira njihove telesne funkcije;
- pacientu nudi pomoč in ga motivira pri navezovanju/vzdrževanju stikov s sopacenti, prijatelji, svojci in sodelavci, s čimer se izognemo socialni izolaciji (dokazano je namreč, da pomanjkanje stikov in osamljenost povečujeta nevarnost samomora); ljudem, ki prihajajo v stik z bolnikom, naj medicinska sestra razloži, kakšna oblika pomoči je potrebna pri njegovem zdravljenju;
- v proces zdravljenja vključi tudi pacientove svojce, prijatelje in/ali sodelavce, ki jim bolnik zaupa;
- v sodelovanju s socialno službo rešuje probleme, ki so nastali zaradi pacientove bolezni oz. samomorilnega poskusa.

Drugi avtorji (Stuart, 2013; Gorše Muhič, 2009) povzemajo aktivnosti medicinske sestre na naslednji način:

- vprašati (odkrit pogovor pomeni razbremenitev),
- poslušati (slišati, razumeti),
- oceniti suicidalno ogroženost (dejavniki tveganja, telesni in psihološki znaki),
- če je potrebno, ukrepati (npr. odstraniti nevarne predmete, bolnika nepretrgano varovati, skleniti protisamomorilni dogovor),
- pacienta spodbujati k izražanju misli in čustev,
- ga vključevati v dejavnosti in skupine, ga spodbujati k izvajanju življenjskih aktivnosti, ga bodriti pri navezovanju in vzdrževanju stikov,
- nadzirati bolnikove telesne funkcije,
- se izogibati vrednostnim sodbam (v pogovoru ne smemo omalovaževati pacientovih problemov),
- pacienta pripraviti na odpust in ga prek odgovornih služb spremljati tudi po odpustu.

Zavedati se moramo, da so osebe, ki so nekoč že poskušale storiti samomor, zelo blizu temu, da v podobnih ali drugačnih življenjskih okoliščinah svoje dejanje ponovijo, zato mora bolnišnično osebje obdržati stike s samomorilnim pacientom in njegovo družino tudi po

odpustu iz bolnišnice, še prej pa bolnika poučiti, kje in kako poiskati pomoč, če bi se mu depresivno razpoloženje in samomorilne misli ponovili (Šolc, 1999).

Razprava

Medicinske sestre je potrebno opolnomočiti z znanjem in veščinami na področju prepoznavanja in učinkovitega ukrepanja pri samomorilno ogroženih osebah, še posebej zaposlene v zdravstveni negi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, saj le-ti veljajo za prvo linijo zdravstvenih delavcev, s katerimi pacienti prihajajo v stik. V bolnišnicah je potrebno raziskati obstoječo prakso, jo kritično pretresti in po potrebi spremeniti. Problem pri prepoznavi samomorilno ogroženega pacienta predstavlja dejstvo, da je specifično znanje zaposlenih izven psihiatričnega okolja manjše kot pri zaposlenih v psihiatričnem okolju (Bregar, 2012).

Veliko samomorov bi lahko uspešno preprečili, če bi znali prepoznati samomorilno ogroženost ter pravočasno in pravilno ukrepali (Pogorevc, 2011). Vse to pa bomo dosegli le z ustreznim strokovnim znanjem, se pravi, s prepoznavanjem simptomov samomorilnega vedenja, z natančnim ocenjevanjem dejavnikov tveganja in z znanjem o osnovah pomoči (Groleger, 2009).

Da bi bile medicinske sestre sposobne oceniti širinajst življenjskih aktivnosti pacienta, nujno potrebujejo ustrezno znanje (Waller Wise, 2013). Prav tako je za medicinsko sestro nujno, da obvlada osnove terapevtske komunikacije in prakso s področja medsebojnih odnosov (Križanec, 2011). Iz uporabljenih strokovnih literatur smo prišli do spoznanja, da je najvišja prioriteta zdravstvene nege samomorilno ogroženih oseb varnost pacienta – se pravi, vzpostavitev nadzora, ki preprečuje, da bi se pacient poškodoval oz. izvedel samomor. Medtem nekateri angleški avtorji svarijo pred defenzivnostjo obstoječih praks, ki se osredotočajo predvsem na preprečevanje opozorilnih nevarnih dogodkov v bolnišničnem okolju, med katere uvrščamo tudi samomore (Bregar, 2012).

Zaključek

Medicinske sestre imamo pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta zelo pomembno vlogo. Nujno je opolnomočenje medicinskih sester na vseh nivojih zdravstvenega varstva, da bomo znale s strokovnim pristopom biti ob pacientu, prepoznavati dejavnike tveganja in stopnje ogroženosti za samomorilno vedenje ter vzpostaviti terapevtski odnos. Pacient ima lahko ob samomorilni ogroženosti težave pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih, zato je pomembna celostna in kontinuirana obravnava.

Literatura

- Bregar, B., 2012. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 67–74.
- Bowers, L., Park, A., 2001. Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(8), pp.769–786.
- Caceda, R., 2014. Suicidal behavior: risk and protective factors. *Revista de Neuro-psiquiatria*, 77(1), pp. 3–18.
- Čelofiga, A., Pogorevc, J., Prosnik Domjan, A. & Hauptman, R., 2011. *Protokol za obravnavo samomorilnosti*. Maribor: Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor.

- Čuček Trifkovič, K. & Pišlar, M., 2011. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. In: Kores Plesničar, B., ed. *Duševno zdravje*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 13–16.
- Fink, A. & Kobilšek, P.V., 2013. Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih. Učbenik za modul Zdravstvene nege v izobraževalnem programu *Zdravstvena nega za vsebinski sklop Življenjske aktivnosti in negovalne intervencije*. Ljubljana: Grafenauer, pp. 9–14, 70–75, 122–150, 180–226, 252–257.
- Gorše Muhič, M., 2009. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa. In: Pregelj, P., Kobentar, R., eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 40–47.
- Glenn, C. R. & Nock, M.K., 2014. Improving the Short-Term Prediction of Suicidal Behavior. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25145736> [25.4.2018]
- Groleger, U., 2009. Samomorilno vedenje. In: Pregelj, P. & Kobentar, R., eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 295–302.
- Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 23–100
- Istenič, A., 2012. 6. šola za klinične mentorje. *Teoretični koncepti delovanja v zdravstveni negi. Model medosebnih odnosov Hildegard Peplau - implementacija v onkološko zdravstveno nego*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 247–254
- Kogovšek B. & Škerbincek A., 2002. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehnična založba Slovenije, pp. 20–24
- Križanec, D., 2011. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: Kores Plesničar, B., ed. *Duševno zdravje*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 10–12.
- O'Connor, R.C. & Nock, M. K., 2014. The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1(1), pp. 73–85.
- Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26360404> [20.4.2018]
- Perlis, R.H., Huang, J., Purcell, S., et al., 2010. Genome-wide association study of suicide attempts in mood disorder patients. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), pp. 1499–1507.
- Pogorevc, J., 2011. Samomorilnost. In: Koprivšek, J. & Čelofiga, A., eds. *Psihiatrični utrinki-prvi psihiatrični utrinki za zdravnike specialiste in specializante splošne in družinske medicine*, Maribor, 2.–3.12.2011. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za psihiatrijo, pp. 109–115.
- Santa Mina, E., Gallop, R., 2009. The person who is suicidal. In: Baker, P., ed. *Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring*. 2th ed. London: Licensing agency, pp. 182–190.
- Stojanović, N., Pettauer, M., 2001. Samomorilnost in mladi: delo s suicidalno stranko. *Socialno delo*, letnik 40, št. 5., pp. 249–254
- Stuart, G. W., 2013. Self-protective responses and suicidal behavior. In: Burns, C. M., Campbell, J. C., eds. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 10th ed. St. Louis: Elsevier Mosby, pp. 323–343.
- Swan, J. & Hamilton, P. A., 2015. Suicide intervention and prevention. *Wild Iris Medical education*.
- Available at: <https://wildirismedicaleducation.com/courses/suicide-intervention-prevention-ceu> [22.4.2018]
- Škodlar, B. & Tekavčič Grad, O., 2013. Samomorilnost. In: Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B., Ziherl, S., eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihatrična klinika, pp. 330–340.
- Šolc, S., 1999. Samomorilnost. In: Kogovšek, B. & Kobentar, R., eds. *Priročnik psihiatrične*

- zdravstvene nege in psihijatrije*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 110–122.
- Šušter, A., 2015. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihijatrije*. In: Peterka Novak, J. & Bregar, B., eds. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika, pp. 91–94.
- Waller Wise, R., 2013. Utilizing Henderson's nursing theory in childbirth education. *International Journal of Childbirth Education*, 28(2), pp. 30–34.
- Zidarič, M., Štiglic, V. & Nunčič, P., 2011. Zdravstvena nega pacientov s shizofrenijo in zdravstvena nega pacientov z motnjo razpoloženja. In: Kores Plesničar, B., ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 60–67.
- Žmitek, A., 1999. Samomorilnost – klinični vidik. In: Romih, J., Žmitek, A., eds. *Urgentna stanja v psihijatriji: zbornik*, Begunje, 16. in 17. oktober 1999. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, pp. 10–27.

PREPOZNAVANJE IN OBRAVNAVA SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA V SKUPNOSTNI PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI NA PRIMARNEM NIVOJU – PREDSTAVITEV PRIMERA

Identification and treatment of a suicidally endangered patient in Community psychiatric treatment at the primary level - Case study

Jacinta Doberšek Mlakar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Zdravstveni dom Sevnica

jacinta.mlakar@zd-sevnica.si

Izvleček

Tim Skupnostne psihiatrične obravnave Posavje je multidisciplinarni, mobilni zdravstveni tim in izvaja multidisciplinarne psihiatrične storitve za populacijo 75.000 prebivalcev. Prispevek razloži vlogo tima skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni, ki v domačem okolju, pretežno na pacientovem domu, ocenjuje, načrtuje, izvaja, spremlja in evalvira pacientovo sposobnost samooskrbe med osnovnimi življenjskimi aktivnostmi, nudi podporo ter povezuje mrežo različnih služb in domačih ljudi. Pri svojem delu tim prepoznava in obravnava tudi samomorilno ogroženega pacienta. Obiski, podpora, razbremenilni pogovori in motivacija za sprejemanje rešitev so ključni ukrepi, ki vzpostavlja, krepilo in vzdržujejo zaupanje med člani tima in pacientom. Le-to je pogosto temeljno in edino orodje terapevtskega odnosa, zlasti v obdobjih in v primerih, ko pacient odklanja medikamentozno terapijo. Znanja in večine medicinske sestre v timu skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni v nekliničnem in nekontroliranem okolju morajo biti kompleksnejša od znanj strokovnjakov v bolnišničnem okolju, kjer se lahko pričakuje strokovna podpora sodelavcev.

Ključne besede: tim skupnostne psihiatrične obravnave, mreža služb, medicinska sestra, skupnostna obravnava

Abstract

Community Psychiatric Treatment Team Posavje is a multidisciplinary mobile health team and performs multidisciplinary psychiatric services for a population of 75,000 inhabitants. The article explains the role of the Community Psychiatric Treatment Team at the primary level, which assesses, plans, implements, monitors and evaluates the patient's ability to self-care in basic life activities in the home environment, mainly in the patient's home. It provides support and connects a network of different services and people. In its work, the team recognizes and treats a suicidally endangered patient. Visits, support, relief talks and motivation to make solutions are the key measures that establish, strengthen and maintain trust between team members and patients. It is often the fundamental and sole tool of the therapeutic relationship, especially in periods and cases when the patient refuses medicament therapy. The knowledge and skills of the nurse in the Community Psychiatric Treatment Peam at the primary level in a non-clinical and uncontrolled environment must be more complex than the knowledge of professionals in a hospital environment where expert support from colleagues is expected.

Key words: team of community psychiatric treatment, network of services, nurse, community treatment

Uvod

Obravnava oseb z duševnimi motnjami v lokalnih skupnostih ima mnogo prednosti (Konec Juričič, 2016): večjo dostopnost do ustrezne pomoči in s tem hitrejše prepoznavanje potreb ljudi z duševnimi motnjami in njihovih bližnjih. Skupnostna obravnava ponuja celovito, usklajeno, nepretrgano, hitroodzivno in posamezniku prilagojeno obravnavo, ki temelji na celoviti oceni potreb, aktivni vlogi pacientov in njihovih svojcev ter enakopravnem odnosu pacientov, svojcev in članov tima. To vodi v večjo samostojnost in hitrejšo resocializacijo. Pomeni profesionalno delo strokovnjakov, ki temelji na timskem sodelovanju vseh služb oz. vseh strok na področju duševnega zdravja, vključevanje in upoštevanje lokalnih skupnosti in civilne družbe. Delo tima skupnostne psihiatrične obravnave (SPO) med drugim vključuje tudi samomorilno ogrožene osebe. V praksi skupnostne psihiatrične obravnave se pogosto soočamo s samomorilno ogroženimi pacienti. Lunder (2016) navaja, da na podlagi ocene samomorilne ogroženosti ločimo tri kategorije ogroženosti za samomor. Pri *nizka ogroženosti* se pojavi razmišljanje o smrti s samomorilnimi mislimi ali brez njih, vendar brez namere, brez predhodnih poskusov. Tukaj se kot ukrep prakticira psihosocialno podporo, po potrebi posvet s psihologom ali psihiatrom ter aktivno spremeljanje. Pri *srednji ogroženosti* se pojavi razmišljanje o samomoru z načrtom, brez izražene namere in vedenja. Kot ukrep se prakticira napotitev k psihiatru glede na aktualni duševni status oz. aktivno spremeljanje. Ob *visoki ogroženosti* so prisotni samomorilne misli z načrtom in resno namero (ogroženi verjame, da je izbrana metoda smrtonosna), predhodni samomorilni poskusi ter agitirano, impulzivno, psihotično razpoloženje. Ukrepa se tako, da osebe ne puščamo same, neprekinjeno jo spremljamo in opazujemo ter takoj napotimo k psihiatru.

Pri ogroženih osebah ločimo *stalne dejavnike tveganja* (Lavrenčič Katič, 2016): predhodni samomorilni poskusi, duševna motnja (depresija, bipolarna motnja, psihotične motnje, osebnostne motnje, anksiozna motnja), odvisnost/zloraba psihoaktivnih snovi/alkohola, somatska obolenja (kronična), samomor v družinski anamnezi, pomanjkanje čustvene in socialne podpore, negativni življenjski dogodki v otroštvu, samsko življenje, nezaposlenost, moški spol, starost nad 45 let. Pri *akutnih dejavnikih tveganja* ločimo prisotnost hude depresije (agitacija/anksiognost/nespečnost/impulzivnost, nemoč, krivda), komorbidna stanja (anksiozna motnja, zloraba substanc, resna somatska obolenja), nedavni odpust iz bolnišnice, akutne psihosocialne stresorje (različne izgube, finančna kriza itn.), socialni umik, značilen letni čas (pomlad/poletje). Nekateri kot najmočnejši napovedni dejavnik za samomor smatrajo predhodni poskus samomora (Lunder, 2016), vendar pa nas skupaj z oceno ogroženosti vedno zanima tudi ocena zaščitnih dejavnikov, ki ohranjajo osebe pri življenju. Običajno med zaščitne dejavnike prištevamo stabilno socialno in družinsko okolje, socialno vključenost, stabilne medosebne odnose, nosečnost, leto po otrokovem rojstvu, več otrok, religioznost, dobro zdravje, ženski spol, starost pod 45 let (Tančič Grum, 2015).

Na terenu je posebej težko ukrepati proti volji pacienta, saj s tem izgubljamo terapevtski odnos in zaupanje ter obenem ugodne možnosti za nadaljnje delo tima skupnostne psihiatrične obravnave. Tudi svojci pogosto niso dovolj kritični do resnosti pacientovega stanja in ga minimalizirajo ali pa izražajo občutke nemoči in zaskrbljenosti. Tako je za pacienta, njegove bližnje in strokovne sodelavce drugih strok medicinska sestra najpogosteje ključna strokovna vez (White & Hall 2006). Med medicinsko sestro in pacientom se razvije terapevtski odnos, ki temelji na dinamični oceni stanja in potreb, saj pacienta vidi na njegovem domu, v njegovi skupnosti. S tem dobro in lažje razume vlogo in kapacitete pacienta v kontekstu funkcioniranja in izražanja življenjskih aktivnosti.

Namen prispevka je izpostaviti izkušnjo tima SPO na primarni ravni, da so obiski, podpora, razbremenilni pogovori in motivacija za sprejemanje rešitev ključni ukrepi obravnav, ki vzpostavlja, krepijo in vzdržujejo zaupanje med člani tima in pacientom. Le-to je pogosto temeljno in edino orodje terapevtskega odnosa, zlasti v obdobjih in v primerih, ko pacient odklanja medikamentozno terapijo.

Predstavitev primera

Oseba J. (61 let) je bil vključen v skupnostno psihiatrično obravnavo oktobra 2013 na predlog njegove izbrane psihiatrinje. Diagnosticirana mu je bila huda depresivna motnja s psihotično simptomatiko in samomorilno ogroženostjo. Psihiatrinji je navajal, da je sinu napisal pismo z vsebino, da se bo ubil, če ga bodo deložirali iz stanovanja. K psihiatrinji je prišel trikrat, potem ga ni bilo več. Odklanjal je medikamentozno terapijo. Psihiatrinjo je kmalu po zadnji kontroli poklicala socialna delavka in jo obvestila, da oseba J. po telefonu občasno grozi s samomorom. Psihiatrinja se je odločila, da poda predlog za obravnavo v SPO. O primeru so nas obvestili tudi s Centra za socialno delo. Osebo J. so obvestili, da ga bomo obiskali na domu, s čimer se je strinjal.

Oseba J. je upokojen, ločen, živi sam. Ima sina, vendar z njim nima stika. Občasno ga obiskuje snaha z vnukom, mu skuha in pospravi. Že v začetku obravnave smo ugotavljali hudo finančno stisko, zaradi katere je zadnji dve leti razmišljal o samomoru. Samomor je pogojeval v primeru deložacije iz stanovanja. Izražal je samomorilne misli, vendar ni imel načrta. Kljub finančnim težavam je odklanjal rešitve, ki mu jih je ponujal Center za socialno delo, s katerim smo ves čas obravnav aktivno sodelovali. Ko so mu začasno umaknili sklep o deložaciji, samomorilnih groženj ni več izražal tako pogosto. Redno je bil obiskovan in obravnavan s strani strokovnega para tima SPO. Obiskovala ga je tudi psihiatrinja. Zdravila je odklanjal. Z obiski, podporo, razbremenilnimi pogovori in motivacijo za sprejetje rešitve, tj. selitev v drugo stanovanje, smo nadaljevali. Občasno smo se na razširjenem timu s centrom za socialno delo dogovarjali o sprejemljivih rešitvah za osebo J., ki je v nekaj mesecih zmogel sprejeti odločitev in se preselil v drugo stanovanje. Gospod je bil vključen v SPO dve leti.

Razprava

Pri gospodu J. niso bili prisotni pomembni zaščitni dejavniki, kot sta stabilno socialno in družinsko okolje in socialna vključenost, ter ni imel vzpostavljenih stabilnih medosebnih odnosov. Preprečevanje, prepoznavanje in obravnavanje samomorilno ogrožene osebe v SPO zahteva kompleksne odločitve. Zahteva na prvem mestu je pridobivanje informacij z oceno stanja (avtoanamneza in heteroanamneza) in pridobitev zdravstvene dokumentacije. Pomembna je ocena samomorilne ogroženosti, kjer je potrebno biti pozoren na pretekla samomorilna vedenja, sprožilne dejavnike in neugodne dogodke v življenju zadnjega pol leta in opredeliti sedanje samomorilno vedenje (negativni občutki, načrt, namen). Zelo pomembna je tudi ocena potreb in funkcioniranja med osnovnimi življenjskimi aktivnostmi ter ugotavljanje odstopanj.

Po našem mnenju so preverjanje in vzdrževanje antisuicidalnega dogovora z ogroženim pacientom, izvajanje terapevtske komunikacije, vzpostavljanje in vzdrževanje zaupanja, izražanje podpore ter dokumentiranje temeljni elementi pristopa.

Po zmanjšani ali odpravljeni samomorilni ogroženosti je smiseln izvajati zdravstveno vzgojo s poudarkom na načrtu za preprečevanje samomorilnega vedenja v bodoče.

Zaključek

Razmere, v katerih živijo pacienti, vključeni v SPO, so pogosto blizu socialnega dna, kar predstavlja visok rizičen dejavnik za ohranjanje psihofizičnega in socialnega zdravja.

Prek primera iz prakse je v prispevku predstavljen razvoj terapevtskega odnosa, ki je temeljal na dinamični oceni stanja in potreb na pacientovem domu in v njegovi skupnosti. Strokovni kader SPO ima pri svojem delu privilegij, da ima možnost dobro in lažje razumeti vlogo in kapacitete pacienta v kontekstu funkciranja in izražanja življenskih aktivnosti, saj ga spremlja v njegovem domačem okolju. Prav tako je temeljna prednost dela medicinska sestre, da pacienta vidi na njegovem domu, v njegovi skupnosti, kjer živi. Znanja in veščine medicinske sestre v timu skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni v nekliničnem in nekontroliranem okolju morajo biti kompleksnejša od znanj strokovnjakov v bolnišničnem okolju, kjer se lahko pričakuje strokovna podpora sodelavcev.

Literatura

- Doberšek Mlakar J., 2016. Izkušnje in model skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni. In: N, Kregar Velokonja, ed. *Celostna obravnava pacienta*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 21.
- Doberšek Mlakar J., 2017. Vloga zdravstvene nege v timu skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni. In: S, Majcen Dvoršak, et al., eds. *11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 27. in 29. november 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 76–85
- Gouzaris, A., Mougiakos, T., Ploumpidis, D. & Bethani, E., 2003. Prediktors of treatment discontinuity in outpatient community mental health care. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(Suppl 1), p. S70.
- Konec Juričič, N., 2016. Drugi viri pomoči in podpore. In: N, Konec Juričič, et al., eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 87–92.
- Lavrenčič Katič, A., 2016. Obravnava depresije. In: N, Konec Juričič, et al., eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 43–57.
- Lunder, D., 2016. Samomorilnost. In: N, Konec Juričič, et al., eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 61–75.
- White, P., Hall, M., 2006. Mapping the literature of case management nursing. *Journal of Medicine Library Association*, 94(2), pp. 99–106.
- Zdravstveni dom Sevnica, 2014. *Služba skupnostne psihiatrije: interno gradivo*. Sevnica: Zdravstveni dom Sevnica.
- Zdravstveni dom Sevnica, 2017. *Služba skupnostne psihiatrije – ISO STANDARD 2017: interno gradivo*. Sevnica: Zdravstveni dom Sevnica.

OBRAVNAVA SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA NA ENOTI ZA KRIZNE INTERVENCIJE TER PSIHOLOŠKA POMOČ SVOJCEM IN ZDRAVSTVENIM DELAVCEM OB DOKONČANEM SAMOMORU PACIENTA V BOLNIŠNIČNI OBRAVNAVI

dr. Saša Ucman, univ. dipl. psih, spec. klin. psih.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za krizne intervencije
sasa.ucman@psih-klinika.si

Razširjen izvleček

Na Enoti za krizne intervencije so v obravnavi osebe, pri katerih se je v krizni situaciji porušilo čustveno ravnotežje zaradi določene izgube ali grožnje pred izgubo, pri čemer so posameznikove zmožnosti obvladovanja nastale krize presežene. Zaposleni na enoti že več kot štirideset let nudijo pomoč osebam v kriznih stanjih, ki se v grobem delijo na razvojne in travmatske (Caplan, 1964). Razvojne krize so v psihološkem pogledu pravzaprav razvojne naloge, s katerimi se sooča vsak človek tekom življenja. Kriza nastane v primeru neuspešnega soočanja s psihosocialnimi razvojnimi nalogami kot npr. menjava socialnega okolja med odraščanjem (prehod v solo, odhod na študij, nastop službe itn.), poroka, rojstvo otroka, upokojitev ipd., travmatska krizna stanja pa se nanašajo na nepredvidene stresne dogodke, s katerimi se osebe težko soočajo (izguba bližnjega, službe, invalidnost, hujše bolezni in nesreče itn.). Simptomi kriznega stanja so številni: od občutkov tesnobe, nemoči, jeze, nemira, zmedenosti, nihanj razpoloženja, motenj spanja in apetita, regresa do misli na samomor oz. celo izpeljave samomora (Kanel, 2014). Stopnja porušenega človekovega ravnovesja je poleg nivoja stresa odvisna tudi od posameznika, njegove ranljivosti, večin obvladovanja in prilagajanja na stresne dejavnike ter osebnostnih potez (Gilliland & James, 1997). Cilj obravnave na Enoti za krizne intervencije (EKI) je podpora posamezniku, da se ponovno vrne na vsaj predkrizni nivo funkcioniranja v vsakodnevnu življenju.

Samomor v svetu še vedno predstavlja velik javnozdravstveni problem in Slovenija je že nekaj časa med bolj samomorilno obremenjenimi državami v Evropi. Zaradi samomora v Sloveniji letno umre več kot 300 oseb, od tega približno štirikrat več moških kot žensk, samomorilnih poskusov pa naj bi bilo do 25-krat več kot dokončanih samomorov. Leta 2016 je samomorilni količnik v Sloveniji, tj. število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev, znašal 17,97 in je najnižji v zadnjih nekaj desetletjih. Vzroki za upad samomorilnega količnika se najverjetneje skrivajo v okrepitevi preventivnih dejavnosti in v povečanju dostopnosti do pomoči (NIJZ, 2017). Na EKI se pogosto srečujejo s pacienti po poskusu samomora in pacienti, ki so imeli samomorilne misli z/brez načrta. Skupina prvih predstavlja 11 % vseh pacientov na EKI, medtem ko skupina drugih predstavlja kar 35 % (Malešič, et al., 2016). Osebnostne poteze so lahko varovalen ali tvegan dejavnik za samomorilno vedenje. Tako je osebnostna dimenzija ekstravertnosti pozitivno povezana z zmanjšanim tveganjem za samomorilno vedenje, visoke vrednosti nevroticizma pa obratno povečujejo tveganje za samomor (Fang, et al., 2012; Kerby, 2017). Poleg osebnostnih lastnosti je eden od pomembnih zaščitnih dejavnikov tudi socialna podpora (Caprara, et al., 1997; Marušič & Roškar, 2003).

Ob celostni obravnavi na enoti, ki zajema tako farmakoterapijo kot tudi različne psihoterapevtske intervencije, od individualne do skupinske in družinske psihoterapije, se simptome kriznega stanja večinoma ublaži ali umakne, torej se vzpostavi predkrizni nivo funkcioniranja, cilj obravnave pa je doseči tudi višji nivo. Poleg strokovne pomoči osebam po

poskusu samomora oz. osebam s samomorilnimi načrti ali mislimi ter njihovim svojcem se vzporedno izvaja tudi znanstvene raziskave ter evalvacijo njihovega dela. Rezultati so v pomoč pri morebitnih izboljšavah obstoječega programa pomoči. V prispevku bodo predstavljene demografske in osebnostne lastnosti oseb s poskusom samomora oz. samomorilnimi mislimi, načini, kako pomagati njim ter njihovim svojcem, rezultati uspešnosti obravnave ter tudi dosedanje izkušnje obravnave in viri pomoči svojcem in osebju v primeru dokončanega samomora pacienta v času hospitalizacije na EKI.

Literatura

- Caplan, G., 1964. *Principles of preventive psychiatry*. New York: basic Book.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., et al., 1997). *Model "Velikih pet": pripomočki za merjenje strukture osebnosti: priročnik*. Ljubljana: Produktivnost, center za psihodiagnostična sredstva.
- Fang, L., Heisel, M.J., Duberstein, P.R., & Zhang, J. (2012). Combined effects of neuroticism and extraversion: findings from a matched case control study of suicide in rural China. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), pp. 598–602.
- Gilliland, B.E. & James, R.K., 1997. *Crisis Intervention strategies*. 3rd ed. Pacific Grove: ITP.
- Kanel, K., 2014. *A guide to crisis intervention*. Stamford: Cengage Learning.
- Kerby, D.S., 2003. CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 35(2), pp. 249–261.
- Malešič, U. Ucman, S., Žerovc, M. & Novak Šarotar, B., (2016). Osebnostne lastnosti suicidalnih pacinetov na Enoti za krizne intervencije. *Zbornik 6. Slovenskega psihiatričnega kongresa*. 6. Slovenski psihiatrični kongres, Portorož 16.-19. Ljubljana: Združenje psihiatrov Slovenije, pp. 92.
- Marušič, A. & Roškar, S., 2003. *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana: DZS.
- NIJZ: *Svetovni dan preprečevanja samomora: "Vzemi si trenutek, reši življenje"* [internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/10-september-2017-svetovni-dan-preprecevanja-samomora-vzemi-si-trenutek-resi-zivljenje> [15.5.2018].

KLIC V DUŠEVNI STISKI – VLOGA SVETOVALCA

Mental help phone support – The role of a counselor

Jana Dragar, univ. dipl. soc. del.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

dragarjana@gmail.com

Izvleček

Duševna stiska je stanje, v katerem se lahko znajde kdorkoli in kadarkoli. Takrat vsak, ki doživlja in preživilja stisko, potrebuje nekoga, da se lahko o tem pogovori, razbremeniti. Običajno pomoč poišče pri svojcih, prijateljih, ljudeh, ki so mu blizu, ki mu lahko pomagajo poiskati tudi strokovno pomoč, če je stiska tako huda, da je sami kljub pomoči bližnjih ne morejo omiliti. Kaj pa takrat, ko to ni mogoče, ker svojcev ni v bližini ali pa so celo preveč vpletjeni v celo situacijo? Prijateljev ne morejo buditi in obremenjevati s svojimi težavami ponoči, za strokovno pomoč se še niso odločili. Vtem se počutijo obupano same, morda imajo kup težav in zapletov v odnosih z drugimi ali pa težave v duševnem ali telesnem zdravju, morda se že preveč časa ne morejo otresti zasvojenosti ali pa so koga izgubili in ne vedo, kako naprej, morda celo razmišljajo o samomoru, da bi končali to trpljenje, ali pa svoje stiske še ne zmorejo ali niso pripravljeni deliti in zaupati svojim bližnjim ali prijateljem. Mnogi takrat svojo stisko lažje delijo s svetovalcem po telefonu, kjer so lahko anonimni in se tako počutijo tudi bolj varne. Telefon je tudi zelo priročen, saj je takoj dostopen in na razpolago večini ljudi. Pomembno jim je tudi, da lahko svojo stisko delijo z nekom, ki ga ne poznajo in ki v njo ni vpletjen.

Ključne besede: telefon, klicalec, svetovalec, kriza, samomor

Abstract

Each person can be found in a situation of a mental crisis. In such situation a person needs someone to talk to and get a relief. People suffering from mental crisis often seek help from their friends, family or other people they trust. In severe cases of mental crisis these people will help them find a professional help. There are situations in which people suffering from mental crisis do not want to share their problems with their friends and families. There are various situations in which people suffering from mental crisis cannot seek help from friends, relatives or other people they trust and are also unwilling to seek professional help. They are desperate and pessimistic and are coping with huge problems, mental or physical illness, addictions, problems in relationships etc. They might even be thinking of committing a suicide. In all those situations talking to a counselor and sharing your suffering with a stranger on anonymous mental help phone could be a big relief. Anonymous mental help phone is widely accessible since most people use phone devices.

Key words: phone call, caller, counsellor, crisis, suicide

Klicalci

Na linijo Klic v duševni stiski pokličejo ljudje v najrazličnejših življenjskih situacijah. Lahko rečemo, da kolikor je klicalcev, toliko je stisk, težav. Predvsem je pomembno, kako vsak od klicalcev svojo stisko doživlja. Kar je za nekoga nerešljiv problem, ga morda nekdo drug vidi popolnoma drugače. Vsem klicalcem pa je skupno, da jih njihova stiska, bodisi trenutna ali pa že dalj časa trajajoča, zelo bremeni in hromi v vsakdanjem življenju. Skupno jim je tudi to, da

o svoji stiski težko ali pa sploh ne govorijo, običajno se bojijo, da ne bodo sprejeti in razumljeni. Razvrstimo jih lahko v naslednje skupine:

- Klicalci s telesno bolezni: ali so pred kratkim izvedeli za njo ali gre za dolgotrajno, kronično bolezen, ki jih zelo izčrpava;
- Klicalci s psihično motnjo: ljudje s psihično motnjo, se pogosto zaradi narave svoje bolezni zelo zapletajo v svojem domačem ali širšem družbenem okolju;
- Klicalci s težavami v partnerskih in družinskih odnosih: bodisi da gre za akutno ali že dlje časa trajajoča neugodno situacijo;
- Klicalci po izgubi: izguba ni samo ločitev ali smrt bližnjega, lahko je tudi izguba statusa (upokojitev), izguba je lahko preselitev, odhod otrok od doma itn. Ti se nekako težko znajdejo v novi življenjski situaciji;
- Osamljeni klicalci: življenje in socialni krog se jim je zaradi različnih življenjskih okoliščin zelo zožil.

Samomorilni klicalci

Načinov, kako klicalec kaže samomorilne namene, je toliko kot klicalcev (Tekavčič Grad, 2003). Nekateri že takoj na začetku pogovora povedo, da razmišljajo o samomoru, celo, kako ga bodo naredili in kdaj. Ob tem morda močno jočejo ali pa se jezijo ali celo preklinjajo. Ob tem lahko kaj hitro burno odreagira tudi svetovalec in začne klicalca prepričevati o nesmiselnosti njegovega početja, kar pa klicalcu ne bo koristilo, saj se ne bo počutil razumljenega in sprejetega. Če svetovalcu uspe mirno sprejeti klicalčeva čustva in reakcije, se bo le-ta lahko sprostil. Šele takrat bosta lahko oba, svetovalec in klicalec, skupaj razmišljala o možnostih in iskala rešitve. Še težji problem za svetovalca so klicalci, ki svoje samomorilne misli in namene prikrivajo. Zato je še kako pomembno, da svetovalec zelo pozorno in tenkočutno sledi vsaki klicalčevi besedi, recimo: »Naveličan sem vsega«, »Nihče me ne mara«, »Včasih bi kar rad zaspal«, »Nič me ne veseli« itn. Kadar svetovalec sliši in začuti te indirektne grožnje, mora klicalcu postaviti zelo jasna in direktna vprašanja o samomoru (Tekavčič Grad & Topolovec, 2003), kot so:

- »Ali razmišljate o samomoru?«,
- »Ali že veste, kako bi ga naredili?«,
- »Ali imate že kaj pripravljeno?«,
- »Ali imate v mislih že kak datum, ko bi ga naredili?«,
- »Ali ste ga kdaj že poskušali?«,
- »Kaj vam je do sedaj pomagalo, da ste se lahko premagali, da tega niste storili?«

To so vprašanja, ki si jih svetovalci včasih skoraj ne upamo vprašati, posebej pri klicalcih, ki ne govorijo direktno o samomoru. Včasih je svetovalca strah, da bo klicalca s temi vprašanji celo napeljal na misel na samomor, vendar je ta strah popolnoma odveč, saj nikogar ne moremo napeljati na te misli, če niso bile že prej prisotne. Običajno klicalcem ob teh vprašanjih odleže, saj dobijo »zeleno luč«, da o tem govorijo in na ta način sprostijo napetost. Seveda, če svetovalec oceni, da je klicalec samomorilno ogrožen in se tudi s pogovorom ta pritisk ni zmanjšal, mora ukrepati in o tem odkrito spregovoriti s klicalcem. Kadar je klicalec hudo samomorilno ogrožen, se je potrebno takoj dogovoriti z njegovimi svojci, če so dosegljivi, ali pa z urgentno zdravstveno službo. Kadar pa se je klicalec razbremenil in je pritisk popustil, lahko z njim sklenemo »antisuicidalni pakt« in ga povabimo, da pokliče kasneje, morda čez nekaj ur, da ponovno ocenimo njegovo samomorilno ogroženost.

Svetovalci

Pod besedo svetovalec si običajno predstavljamo nekoga, ki nam bo dal čim bolj direkten in konkreten nasvet, morda kar »recept«. Svetovalec Klica v duševni stiski ne daje nasvetov, čeprav bi klicalci včasih to žeeli. (Včasih sprašujejo: »Povejte mi, ali naj grem od doma,« ali pa, »Kaj bi vi naredili?«) Svetovalec Klica poskuša klicalca aktivno poslušati, sprejeti, razbremeniti in ga morda ob koncu pogovora napotiti k strokovnjaku, kjer bo nadaljeval z reševanjem svoje stiske. Tudi svetovalcu se je včasih težko zadržati, da ne ponudi svojega videnja in rešitve za svetovalčeve stiske (še posebej takrat, ko se nam zdi, da točno vemo, kaj bi moral klicalec spremeniti v svojem življenju). Ampak kot smo si različni ljudje, tako se razlikujejo tudi naše lastne definicije stiske. Naj citiram C. Varaha, ustanovitelja angleških samarijanov, ki je rekel, da je svetovalec lahko le »tisti, ki sebe ne vidi nič bolj pomembnega od tistega posameznika, ki naj bi mu pomagal« (Varah, 1985). Nekatere lastnosti so nujno potrebne za delo svetovalca (Tekavčič Grad, 2003), kot denimo:

- empatija,
- človeška toplina in pristnost,
- toleranca in razumevanje vsega človeškega,
- zrelost in potrpežljivost,
- občutljivost za težave drugih,
- čustvena stabilnost,
- občutek odgovornosti.

Za delo svetovalca na liniji je zelo pomembna lastnost, da zmore in zna klicalca zelo tenkočutno in aktivno poslušati. Svetovalec mora znati zadržati svoja čustva ob klicalčevi stiski. Svetovalec nikoli ne sme ocenjevati, še manj pa vrednotiti ljudi, ki kličejo, ne dejanj, zaradi katerih kličejo. Zelo težko bi delali na liniji ljudje, ki misijo, da vse zmorejo in znajo, saj bi hitro pregoreli. Popolnoma neprimerne lastnosti za delo svetovalca na liniji Klic v duševni stiski pa so (Tekavčič Grad, 2003):

- egocentričnost,
- impulzivnost,
- razdražljivost,
- tekmovalnost,
- agresivnost.

Delo svetovalca je zelo naporno, saj svetovalci poslušajo in delijo s klicalci zelo težke zgodbe, včasih že skoraj na meji verjetnega. Za delo se niti ne morejo vnaprej pripraviti, saj je razpon stisk skoraj neomejen in popolnoma nepredvidljiv. Svetovalec ob pogovorih doživlja lastne stiske in strahove, ki ga lahko močno hromijo. Posebno težko in naporno je takrat, kadar zgodba klicalca, v čem spominja na zgodbo iz svetovalčevega življenja ali okolja. Svetovalci se srečujejo tudi s t. i. slepimi pegami (vsak od nas jih ima), ki če jih ne prepoznamo pri sebi, zelo otežujejo delo. Nujno potrebna za delo svetovalca je redna supervizija, med katero s pomočjo supervisorjev dela na sebi in prepoznavata svoje »slepe pege«. Supervizija svetovalca razbremenjuje, hkrati pa svetovalca nudi potrditev. Pomembno za svetovalce je tudi, da na superviziji lahko delijo svoje občutke in strahove z drugimi svetovalci, ki sami zelo dobro poznajo te občutke.

Zaključek

Linija Klic v duševni stiski kot služba Psihiatrične klinike opravlja svoje poslanstvo že vse od 3. 1. 1980. Takrat je to bila prva tovrstna služba za pomoč ljudem v naši takratni skupni

domovini. V skoraj štirih desetletjih delovanja je bilo opravljenega ogromno svetovalnega dela, na tisoče in tisoče pogоворов. Svetovalci verjamemo, da smo številnim klicalcem, ki so z nami delili svoje življenjske zgodbe, preizkušnje in stiske, pomagali iskati in poiskati pot iz bolečih občutij in doživljanj. Predvsem pa smo bili z njimi, ko jim je bilo najtežje, vsako noč med 19. in 7. uro, vse dni v letu.

Literatura

- Tekavčič Grad, O. & Topolovec, D., 2003: Suicidalni klicalec in Tekavčič Grad, O., ed. *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah*. Ljubljana: Psihiatrična klinika: Slovensko združenje za preprečevanje samomora, pp. 53–59.
- Tekavčič Grad, O., 2003. Svetovalci. In Tekavčič Grad, O., ed. *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah*. Ljubljana: Psihiatrična klinika: Slovensko združenje za preprečevanje samomora, pp. 225–230.
- Varah, C., 1985. *The Samaritans: Befriending the Suicidal*. London: Constable.

PREKOMERNA UPORABA IN ZASVOJENOST S SPLETOM TER DIGITALNIMI TEHNOLOGIJAMI

Excessive internet use and internet addiction

Špela Reš, univ. dipl. psih.

Zala Janežič, univ. dipl. psih.

Zavod Nora – Center sodobnih zasvojenosti

Email: spela.res@logout.si

Izvleček

Digitalne tehnologije, povezane v splet (računalnik, pametni telefoni, tablice ipd.), vse bolj vstopajo v naša življenja. Tako doma kot v šoli ali na delovnih mestih se soočamo z izzivom učenja zdrave in varne uporabe naprav. Uporaba spletnih aktivnosti nam med drugim predstavlja vir informacij, zabave in druženja. Splet lahko zaradi svojih lastnosti delovanja hitro postane preganjalec dolgčasa, sredstvo za izboljšanje lastne samopodobe, sredstvo za pomiritev, razbremenitev čustvenih stisk, sredstvo za navidezno druženje in socializacijo. Vse več raziskav potrjuje različne varovalne dejavnike in dejavnike tveganja za razvoj težav na področju uporabe spletta, tudi zasvojenosti. Zasvojenost s spletnimi aktivnostimi se kaže v obliki številnih, dalj časa trajajočih simptomov in pomembnih škodljivih posledic. Poznavanje simptomov, varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja nam lahko pomaga pri zgodnjem prepoznavanju težav in pri učinkovitem preprečevanju bodisi nastanka bodisi poglabljanja težav na področju uporabe spletta. Osebe, ki potrebujejo strokovno pomoč pri preprečevanju ali zmanjševanju težav s prekomerno uporabo spletta, se lahko med drugim po pomoč obrnejo na organizacijo LOGOUT, kjer posameznikom in družinam ne le svetujojo pri soočanju s prekomerno uporabo spletta in zasvojenostjo, ampak delujejo tudi preventivno, s priporočili staršem, otrokom, mladostnikom, odraslim, partnerjem in strokovnjakom.

Ključne besede: digitalne tehnologije, splet, zasvojenost s spletom, prekomerna uporaba spletta, raziskave zasvojenosti s spletom

Abstract

Digital technologies, connected to the web (computers, smartphones, tablets, etc.) are more and more present our lives. We are faced with challenges of healthy learning and safe use of digital technology. Use of online activities is an important source of learning, communication and leisure. At the same time online activities can quickly become a means of improving one's own self-image, a means of reconciliation, a relief of emotional distress, a means of virtual socializing and socialization. Psychological researches confirm the correlation of many prevention factors and risk factors for developing problematic internet use or even internet addiction. Internet addiction is recognised when one deals with significant symptoms and consequences during a longer period of time. Early recognition of risk factors and problematic internet usage is important for planning adequate steps in treatment and prevention. Professional help for preventing and treating problematic internet usage and internet addiction is held in counselling programmes LOGOUT for children, adolescents, their parents, adults and others.

Key words: digital technology, internet, internet addiction, excessive internet use, internet addiction research, preventive recommendation and help with internet addiction

Uvod

Digitalne tehnologije, povezane v splet (računalnik, pametni telefoni, tablice ipd.), vse bolj vstopajo v naša življenja. Na tem mestu se nam zastavlja več vprašanj: Kakšna je meja med uravnoteženo in prekomerno ter kompulzivno uporabo spleta? Zakaj je splet sploh tako privlačen? Ali obstaja tip osebnosti, ki je bolj odprt za razvoj zasvojenosti s spletom? Kaj so rizični dejavniki, kaj varovalni dejavniki? Kako lahko preventivno vplivamo na razvoj uravnotežene in odgovorne uporabe spleta? Na taka in številna druga vprašanja odgovarjamо v Centru pomoči pri prekomerni uporabi interneta – LOGOUT. V prispevku bomo predstavili vzroke, simptome in rizične dejavnike za razvoj zasvojenosti s spletom ter nekaj osnovnih preventivnih priporočil.

Zakaj je splet »zasvojлив«?

Splet je medij, ki zaradi svojih lastnosti delovanja, lahko hitro postane preganjalec dolgčasa, sredstvo za izboljšanje lastne samopodobe, sredstvo za pomiritev, razbremenitev čustvenih stisk, sredstvo za navidezno druženje in socializacijo. Je enostaven za uporabo, relativno poceni, omogoča »ugodje takoj«. S hitro dostopnostjo nam iz »udobja naslonjača« ponuja mnogo vsebin, ki vplivajo na zadovoljevanje naših potreb, med drugim potrebo po razumevanju in sprejetosti (družbena omrežja, forumi), intelektualnih izzivih (strateške spletne igre, informativne vsebine) in pozitivni samopodobi (uspešnost v določenih spletnih vsebinah). Obstajajo vsebine, ki imajo večji potencial, da posameznika zasvojijo. To so predvsem spletne igre, igre na srečo, pornografske vsebine in spletno nakupovanje, prav tako pa nas lahko zasvojijo družbena omrežja, če začnemo svojo vrednost povezovati s številom ogledov naših slik, všečkov in komentarjev s strani drugih uporabnikov.

Ali zasvojenost s spletom sploh obstaja?

Začetki raziskovanj simptomatike na področju uporabe interneta segajo v sredino 90. let, ko so strokovnjaki v Združenih državah Amerike začeli opažati simptome odvisnosti, povezane s kompulzivno uporabo spleta (Young, 2015). Young (1998) je prva natančneje definirala simptome težav na področju uporabe spleta, in sicer tako, da je na podlagi Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj DSM-IV (kratica za angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, v nadaljevanju DSM) uporabila 8 kriterijev za patološko igranje iger na srečo, ki naj bi ustrezali opisu simptomatike odvisnosti od spleta. Kasneje je vse več raziskovalcev skušalo opredeliti težave na področju uporabe spleta, še danes pa si med seboj niso enotni o obstoju in definiciji konstrukta odvisnosti oz. zasvojenosti s spletom. Tako nekateri govorijo o t. i. kompulzivni uporabi spleta (Van den Eijnden, et al., 2008), drugi o odvisnosti oz. zasvojenosti s spletom (Young, 1998; Wang, et al., 2011), tretji spet o problematični uporabi spleta (Caplan, 2002; Davis, 2001). Ne glede na različna poimenovanja in nekoliko različna opisovanja simptomatike na področju uporabe spleta pa so večini opredeljenih konstruktov skupni dovolj podobni opisi simptomatike, ki nam lahko pomagajo pri prepoznavanju težav pri strokovnem delu z otroki, mladostniki, njihovimi starši in odraslimi.

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organisation, 2018) bo v letošnjem letu izdala posodobljeno verzijo mednarodne klasifikacije bolezni ICD-11. V osnutku ICD-11 med novo opredeljenimi boleznimi in motnjami najdemo tudi zasvojenost z igranjem videoiger (igre na spletu, računalnikih, konzolah, mobilnih telefonih in drugih napravah). Zasvojenost z igranjem videoiger se lahko po kriterijih ICD-11 diagnosticira, ko so simptomi vidni in

dolgotrajni (vsaj 12 mesecev). V nadaljevanju bomo predstavili kriterije za prepoznavnje prekomerne uporabe spleta in zasvojenosti s spletnimi vsebinami, skladne s strokovnimi kriteriji različnih strokovnjakov (Caplan, 2002; Davis, 2001; Young, 1998).

Kot že omenjeno, zgoraj so različni strokovnjaki po celiem svetu z raziskavami opozorili in izpostavili zaskrbljujoče negativne učinke prekomerne uporabe spleta in digitalnih tehnologij na zdravje posameznika ter na potrebo po programih za zdravljenje. S tem so spodbudili Svetovno zdravstveno organizacijo – Oddelek za duševno zdravje in odvisnosti, da je leta 2014 začela izvajati različne aktivnosti v sklopu javnega zdravstva in namenila pozornost reševanju te problematike vključno s pobudo, da se zasvojenost z videoigrami vključi v ICD-11 (WHO, 2018). Še pred tem je Ameriška psihiatrična zveza izdala posodobljen Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj DSM-V, kjer so napovedali možnost uradne vključitve zasvojenosti z igranjem videoiger v naslednjo izdajo priročnika. V Centru pomoči pri prekomerni uporabi interneta in digitalnih tehnologij LOGOUT smo že pričakovali umestitev zasvojenosti z igranjem videoiger v ICD-11, saj je v zadnjih letih povečan interes raziskovanja omenjene problematike in tudi v Sloveniji vse več ljudi prihaja po pomoč zaradi omenjenih težav.

Kako prepoznati simptome zasvojenosti?

V splošnem ločimo uravnoteženo uporabo spleta, prekomerno uporabo spleta in zasvojenost s spletnimi vsebinami. Uravnotežena uporaba spleta je vezana na uravnoteženost raznolikih aktivnosti v vsakdanu posameznika (delo/učenje, druženje v živo, hob, športna oz. telesna aktivnost, sprostitev – tudi sprostitev za napravo). Prekomerna uporaba spleta je večkrat posledica neustrezno strukturiranega časa posameznika, motiv v ozadju je dolgčas, pomeni pa največkrat preveč časa, ki ga oseba preživi za napravo. Oseba, ki prekomerno uporablja splet je do neke mere še sposobna kontrolirati uspešnost in delo na drugih področjih, kot so šola ali zaposlitev, socialna mreža, odnosi znotraj družine ipd. Ko govorimo o zasvojenosti, te kontrole ni več. Oseba na spletu preživi veliko časa, ob tem pa začne opuščati delo ali učenje, socialne stike, aktivnosti, ki so bile nekdaj pomembne, in ji ne uspeva vzdrževati funkcionalnih medosebnih odnosov. V praksi opažamo, da je motivacija za uporabo spleta navadno razbremenitev ali odprava čustvenih stisk in frustracij, ki izhajajo z drugih področij človekovega delovanja. Splet torej postane strategija soočanja s stresom, anksioznostjo, depresivnim razpoloženjem ipd.

Simptomi, ki opozarjajo na težave, so izguba kontrole nad uporabo naprav, kar se kaže v tem, da oseba uporablja naprave tudi, ko tega ni želela ali načrtovala. Poskusi zmanjševanja uporabe ali popolne abstinence niso uspešni. Čas uporabe naprav postaja vse daljši, spremeni se občutek za čas preživet za napravami, saj več ur lahko mine kot 15 minut. Ko oseba s težavami na področju uporabe spleta nima dostopa do spletnih vsebin, postane obremenjena z mislimi o spletnih vsebinah in nestrnno pričakuje čas, ko bo lahko uporabila naprave. V primeru prekinitev internetne povezave ali odvzema naprav osebe s težavami reagirajo impulzivno, z besom in agresivnim vedenjem. Odtegnitev od naprav jim predstavlja stisko, ki se med posamezniki razlikuje, največkrat pa jo občutijo v obliki tesnobe, depresivnega razpoloženja, razdražljivosti in hrepnenja po ponovni uporabi. Na račun uporabe spleta se zmanjša skrb za osnovne telesne potrebe, kot so npr. prehranjevanje in spanje. Pogosto je izpuščanje obrokov, prehranjevanje ob napravah in neprespanost zaradi večernega oz. nočnega brskanja po spletnih straneh, pregledovanja socialnih omrežij, igranja iger ali pisanja sporočil. Posledice vedno pogosteje uporabe spletnih vsebin se začnejo kazati na več ravneh vsakdanjega življenja: v odnosih z drugimi (prepiri, umikanje iz odnosov), pri šolski in

delovni učinkovitosti (izrazit upad šolske in delovne uspešnosti, izguba delovnega mesta ali izpad iz rednega šolanja) in na ravni prostočasnih dejavnosti (izguba zanimanja za socialne in interesne aktivnosti). Uporaba spletja postane način spoprijemanja s stresom in stiskami, ki se sčasoma poglabljajo. Osebe s težavami le-te največkrat racionalizirajo in zanikajo, zaradi česar težko sprejmejo odločitev, da poiščejo pomoč. Vse zgoraj naštete simptome in vedenjske vzorce opažamo v praksi, o njih pa poročajo svetovanci sami ali njihovi svojci.

Dejavniki tveganja za razvoj zasvojenosti s spletom

Zasvojenost s spletnimi vsebinami postaja aktualna tema raziskovanj na področju psihologije in drugih sorodnih ved. Strokovnjaki opažajo več značilnosti, ki se dovolj dosledno pojavljajo v številnih primerih oseb s težavami zasvojenosti s spletnimi vsebinami in ki jih več raziskav potrjuje kot statistično pomembne dejavnike tveganja za težave spletne zasvojenosti. Raziskave potrjujejo povezanost osebnostnih lastnosti in težav na področju uporabe spletja; med dejavnike tveganja se tako uvršča visoka izraženost osebnostne dimenzije nevroticizma (ali čustvena labilnost) (Wu, et al., 2015), visoka impulzivnost (Tsai, et al., 2009; Blinka, et al., 2015), visoka odprtost za izkušnje (Servidio, 2014), nizka izraženost prijetnosti, visoka introvertiranost in nizka izraženost poteze vestnosti (Kuss, et al., 2013). Raziskave kažejo, da so osebe, ki so osebnostno bolj introvertirane in zadržane v socialnih stikih, bolj rizične za razvoj neuravnovežene uporabe spletja, saj jim internet olajša komunikacijo z drugimi ljudmi. Le-to lahko dobro nadzirajo, ustrezajo pa jim tudi individualne aktivnosti na spletu, ki ne zahtevajo veliko komunikacije (Leung, 2007 cited in Young, 2015; Witte, et al., 2007 cited in Young, 2015). Pogost razlog za intenzivno uporabo spletja je tudi osamljenost oseb, ki s komunikacijo na spletu kompenzirajo pomanjkanje osebnih stikov in zadovoljivih medosebnih odnosov v vsakdanjem življenju (Hardie & Tee, 2007 cited in Young, 2015; Morahan-Martin, 1999 cited in Young, 2015). Nezadovoljni medosebni odnosi so tako pogosto pomemben motivacijski dejavnik za pogosto uporabo spletja, predvsem klepetalnic, družbenih omrežij in timskih spletnih iger. Med pomembne dejavnike tveganja za razvoj zasvojenosti s spletom spadajo različne duševne težave, zlasti depresija, anksiozne motnje, motnja pozornosti s hiperaktivnostjo ADHD (Yen, et al., 2007; Tsai, et al., 2009; Wu, et al., 2015). Pomemben dejavnik tveganja za razvoj težav z uporabo spletja predstavlja več dejavnikov znotraj družine, kot so medosebni konflikti, pomanjkanje zaupanja, pomanjkanje strukture časa in kvalitetnih prostočasnih dejavnosti, neustrezni vzgojni slogi, ločitev ali razveza staršev (Li, et al., 2013).

Dejavniki tveganja zasvojenosti z različnimi spletnimi vsebinami

Različne spletne vsebine lahko privlačijo različne skupine ljudi. *Igranje spletnih iger* privlači predvsem moške, še posebej mlajše odrasle in mladostnike, ki na ta način zadovoljujejo različne potrebe, kot so zabava, miselna stimulacija, tekmovanost (Andreassen, et al., 2016). Nekateri raziskovalci (Andreassen, et al., 2016) so ugotovili, da so k *zasvojenosti z uporabo družbenih omrežij* nagnjene bolj mlajše, samske ženske s pridruženimi različnimi psihološkimi dejavniki tveganja. Prav tako ugotavljajo, da več žensk kot moških razvije zasvojenost s pošiljanjem sporočil prek različnih komunikacijskih kanalov. V zadnjem obdobju strokovnjaki govorijo tudi o anksioznosti, vezani na strah pred zamujanjem aktivnosti in novosti na spletu, zlasti družbenih omrežijih (angl. Fear of Missing Out – FoMO), ki se povezuje z zasvojenostjo z družbenimi omrežji (Vaidya, et al., 2015). Pri *težavah zasvojenosti s spletnim nakupovanjem* nekateri avtorji govorijo o različnih motivih kompulzivnih kupcev, in sicer materialnih želj na eni strani in lajšanje stisk z nakupovanjem na drugi (Mueller, et al., 2011). Težave na področju kompulzivnega nakupovanja na spletu

ima več žensk kot moških (Mueller, et al., 2011; Andreassen, et al., 2016), splet pa je bolj privlačen za nakupovanje zaradi takojšnjega ugodja, široke ponudbe in neomejenega čas nakupovanja (Duroy, et al., 2014).

Zasvojenost z igrami na srečo se pogosto odvija na spletu, v različnih spletnih igralnicah, športnih stavah na spletu in igranju pokra na spletu. Dodatna tveganja, vezana na splet, so možnost negotovinskega plačevanja, anonimnost, neomejen dostop, izguba stika z ljudmi in lažen občutek nadzora vedenja (Tonioni, 2013). Raziskave kažejo, da so moški bolj rizični za razvoj zasvojenosti z igrami na srečo kot ženske (Andreassen, et al., 2016).

Z internetnim dostopom se je dosegljivost do pornografskih vsebin povečala, kajti do njih lahko dostopamo na pametnih telefonih in računalnikih. Tveganja zasvojenosti s pornografijo so podobna kot pri drugih spletnih zasvojenostih, ker nam omogočajo anonimnost ter hiter in neomejen dostop do vsebin. Zasvojenost s pornografijo je bolj prisotna pri moških kot ženskah, ter po nekaterih raziskavah (Weir, 2014) pri posameznikih, ki so bolj nagnjeni k nevroticizmu, impulzivnosti, kažejo pa tudi značilnosti vestnosti in obsesivnega vedenja. Zaradi dosegljivosti pornografskih vsebin se je starostna meja, kdaj pridejo mladostniki v kontakt s takšno vsebino, zelo spustila.

Kakšna so priporočila?

Ni splošnih smernic, kako naj družine sklepajo dogovore o uporabi naprav, saj mora vsaka družina najti način, ki je realen in funkcionalen za njen življenjski stil. V nadaljevanju predstavljam nekaj priporočil, ki staršem lahko pomagajo pri vzpostavljanju zdrave uporabe naprav njihovih otrok, temeljijo pa tako na smernicah Akademije ameriških pediatrov, izdane leta 2016 na podlagi številnih strokovnih raziskav, kot tudi na podlagi številnih izkušenj iz prakse programov LOGOUT.

Spalnice in otroške sobe naj bodo prostor brez digitalnih naprav, vsaj uro pred spanjem pa se uporabo naprav odvsetuje (Council on communications and media, 2016). Tako bo spanec bolj kvaliteten, počutje boljše. Izkušnje z mnogimi starši in otroki, vključenimi v programe LOGOUT, kažejo, da je lahko sklepanje in upoštevanje dogоворov o uporabi naprav med starši in otroki oteženo v primeru, da otroci sami kupujejo naprave z lastnimi prihranki ali pa ko dobijo naprave za darilo od kakšnega od družinskih članov. Nakup naprave naj bo raje odločitev celotne družine, pred katerim se družina dogovori glede osnovnih pravil uporabe. Starši naj poskrbijo, da imajo otroci čez dan več časa, ki ga preživijo brez naprav, da starši s svojim zgledom in spodbudami usmerjajo otroke h kvalitetnemu preživljjanju prostega časa (igra, hobiji), da ima družina skupen čas brez naprav (obroki, skupne aktivnosti) ter da poskrbijo tudi za odgovorno opravljanje obveznosti (šolsko delo, hišna opravila ipd.). V LOGOUT-u priporočamo tudi t. i. digitalni post, ko družina ali posameznik izklopi, če se le da, vse naprave in si vzame čas za pogovor ter kvalitetno preživljjanje prostega časa. Zaupanje, toplina, izražanje čustev ter postavljanje ustreznih mej so nekateri od ključnih varovalnih dejavnikov, ki jih lahko starši krepijo. Starši naj izražajo odprtost do spletnih vsebin, ki otroka in mladostnika zanimajo, na način, da si jih skupaj ogledajo in da se o vsebinah pogovarjajo. Otroke naj spodbujajo k čim bolj ustvarjalnim in poučnim načinom uporabe spletu. Pomembna je tudi komunikacija o temah varnosti in zlorab na spletu, spletnem nasilju in o različnih načinih ukrepanja v primeru zlorab (Council on communications and media, 2016).

Kam po pomoč?

V Centru pomoči pri prekomerni rabi interneta – LOGOUT izvajamo psihološka svetovanja za starše, otroke, mladostnike in odrasle, ki potrebujejo oporo pri vzpostavljanju bolj zdrave, zmerne in ustvarjalne uporabe spletja ter naprav, oz. podporo pri obvladovanju prekomerne uporabe in zasvojenosti s spletom. Nudimo individualne, družinske in skupinske obravnave ter anonimno svetovanje prek telefona in spletja. Izvajamo različne preventivne dejavnosti (delavnice, predavanja, izobraževanja, osveščanje javnosti). Sodelujemo in izobražujemo tudi strokovnjake iz drugih institucij in organizacij, kot so šole, zdravniki, centri za socialno delo, nevladni programi ipd. Programi so sofinancirani s strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstva za zdravje, Mestne občine Ljubljana in Mestne občine Koper. Spodaj so navedeni kontakti Svetovalnic LOGOUT v Sloveniji:

- Svetovalnica LOGOUT v Ljubljani, Metelkova ul. 15, tel.: 041 233 474
- Svetovalnica LOGOUT v Izoli; Ljubljanska ul. 22, tel.: 064 236 516;
- Svetovalnica LOGOUT v Celju; Ulica XIV. divizije 14, tel: 031 832 646
- info@logout.si, www.logout.si

Zaključek

Zdrava in zmerna uporaba spletja ter digitalnih naprav predstavlja sodoben izziv za celotno družbo, starše in njihove otroke, delodajalce in delavce. Mnogi posamezniki, družine in organizacije potrebujejo oporo strokovnjakov pri vzpostavljanju dogоворов, smernic in mej pri uporabi digitalnih naprav. Skladno z naraščanjem uporabe digitalnih naprav znotraj celotne populacije narašča z leti tudi zanimanje različnih strokovnjakov (psihiatri, psihologi, nevrologi, pedagoški delavci idr.) in akademskih raziskovalcev za preučevanje vpliva uporabe spletja na razvoj otrok in mladostnikov ter na življenje in delo odraslih oseb. Najverjetnejše lahko pričakujemo porast študij, ki bodo le še podkrepile znanstveno podlago za uvajanje specifičnih strokovnih programov pomoči na eni strani ter usmerjenih preventivnih ukrepov na drugi strani. Pomembno je dosledno izobraževanje strokovnjakov in širše javnosti ter strokovno povezovanje za zgodnjo preprečevanje težav in zagotavljanje ustreznih ter uspešnih obravnav.

Literatura

- Andreassen, C.S., Billieux, J., Griffiths, M. & Pallesen, S., 2016. The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), pp. 252–262.
- Blinka, L., Škařupová, K., Ševčíková, A., Wölfling, K., Müller, K. W. & Dreider, M., 2015. Excessive internet use in European adolescents: What determines differences in severity? *International Journal of Public Health*, 60(2), pp. 249–256
- Caplan, S. E., 2002. Problematic internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in human behaviour*, 18(5), pp. 553–575.
- Davis, R. A., 2001. A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in human behavior*, 17(2), pp. 187–195.
- Dreider, M., Tzavela, E., Wölfling, K., Mavromati, F., Duven, E., K, Karakitsou, C., et al., 2013. The development of adaptive and maladaptive patterns of internet use among european adolescents at risk for internet addictive behaviors: a grounded theory inquiry.

- European Psychiatry*, 28(1). Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76643-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76643-4) [15.5.2018].
- Duroy, D., Gorse, P. & Lejoyeux, M., 2014. Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addictive Behaviors*, 39(12), pp. 1827–1830.
- Kuss, D.J., Van Rooij, A.J., Shorter, G.W., Griffiths, M.D. & van de Mheen, D., 2013. Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), pp. 1987–1996.
- Li, W., Garland, E.L. & Howard, M.O., 2013. Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior*, 31, pp. 393–411.
- Council on communications and media, 2016. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*, 138(5), p. e20162592.
- Mueller, A., Mitchell, J.E., Peterson, L.A., Faber, R.J., Steffen, K.J., Crosby, R.D. et al., 2011. Depression, materialism, and excessive Internet use in relation to compulsive buying. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), pp. 420–424.
- Servidio, R., 2014. Exploring the effects of demographic factors, Internet usage and personality traits on Internet addiction in a sample of Italian university students. *Computers in Human Behavior*, 35, pp. 85–92.
- Tonioni, F., 2013. *Ko internet postane droga*. ZD Osnovno varstvo Nova Gorica.
- Tsai, H.F., Cheng, S.H., Yeh, T.L., Shih, C.C., Chen, K.C. & Yang, Y.C., 2009. The risk factors of Internet addiction - a survey of university freshmen. *Psychiatry Res.*, 167, pp 294–299.
- Vaidya, N., Jaiganesh, S. & Krishnan, J., 2015. Prevalence of Internet addiction and its impact on the physiological balance of mental health. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 6(1), pp. 97–100.
- Van den Eijnden, R.J.J.M., Meerkerk, G.J., Spijkerman, R. & Engels, R.C.M.E., 2008. Online communication, compulsive internet use and social well-being among adolescents: A longitudinal study. *Developmental psychology*, 44(3), pp. 655–665.
- Wang, H., Zhou, X., Li, C., Wu, J. & Hong, L. D., 2011. Problematic internet use in high school students in Guangdong Province, China. *PLoS ONE*, 6(5): e19660. doi:10.1371/journal.pone.0019660.
- Wu, C.Y., Lee, M.B., Liao, S.C. & Chang, L.R., 2015. Risk Factors of Internet Addiction among Internet Users: An Online Questionnaire Survey. *PLoS ONE* 10(10): e0137506. doi:10.1371/journal.pone.0137506.
- Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., Wu, H.Y. & Yang, M.J., 2007. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41, pp. 93–98.
- Young, K., 1998. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and behavior*, 1, pp. 237–244.
- Young, K., 2015. The Evolution of Internet Addiction Disorder. V: Montag, C. and Reuter, M. (eds.), *Internet Addiction: Neuroscientific approaches and Therapeutical Interventions*. Berlin, Heidelberg, Germany: Springer International Publishing, pp. 3–17.
- Weir, K., 2014. Is pornography addictive? *American Psychological Association*, 45 (4), p. 46.
- WHO, 2018. Management of substance abuse. Public health implications of excessive use of the Internet and other communication and gaming platforms. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/activities/gaming_disorders/en/ [15.5.2018].



Zastavimo si višje cilje pri zdravljenju shizofrenije.

Breme shizofrenije

Bolezen uničajoče vpliva na življenje bolnikov in njihovih skrbnikov, negativno pa vpliva tudi na družbo kot celoto.



Do 92 % oseb s shizofrenijo je brezposelnih.^{1,2}



Ljudje s shizofrenijo redko vzpostavijo intimne medosebne odnose.³



75 % skrbnikov je nenehno v hudem čustvenem stresu, več kot 60 % jih trdi, da se je zaradi skrbi za osebo s shizofrenijo poslabšalo tudi njihovo zdravje.⁴



Zaradi nesodelovanja pri zdravljenju se poveča tveganje za relaps, poslabša se bolnikovo funkcioniranje in poveča obremenitev zdravstva.⁵

**V podjetju Janssen smo prepričani,
da je treba tudi ljudem s shizofrenijo
omogočiti polno življenje.**

Pri razvoju zdravil si prizadevamo za:

- zmanjšanje pogostosti odmerjanja
- dolgotrajno učinkovitost
- predvidljivo varnost
- prikladnosti za bolnike, skrbnike in zdravstvene delavce

1. Marwaha S. Br J Psychiatry 2007; 191: 30–37. 2. Bevan S et al. Working with schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusion. UK: The Work Foundation, Part of Lancaster University. 2013. 3. Millier A et al. J Psych Res 2014; 54: 85–93. 4. American Psychiatric Association. Available at: <https://www.psychiatry.org/newsroom/apa-blogs/apa-blog/2016/03/family-caregivers-face-many-challenges>. 5. Higashi K et al. Ther Adv Psychopharmacol 2013; 3(4): 200–218.