

SUICID KAO PROBLEM U ZDRAVSTVENOJ NEZI



Ass. dr sc. med. Dejan Živanović,
spec. kliničke nege

Uvod

- **Suicid** ili samoubistvo (lat. *sui*, sebe i *caedere*, ubistvo) je autoagresivni čin sa fatalnim ishodom, pri čemu je težnja za sopstvenim usmrćenjem bila očigledna okolini. Kod parasuicida ili tentamena (pokušaja) suicida, takva težnja postoji, očigledna je, ali nije dovršena
- Motivi za suicid mogu biti različiti, a ako nisu prouzrokovani psihijatrijskim oboljenjem, mogu se donekle definisati kao autonomna odluka osobe da više ne želi da živi pod uslovima koji su u apsolutnom neskladu sa njenim sistemom vrednosti, ili usled nemogućnosti prihvatanja nepodnošljive životne situacije. Od svih oblika ljudske patnje, samo se mali broj može porediti sa bolom koji pojedine osobe navede da počine samoubistvo kao način da olakšaju sopstvenu patnju
- Suicid je čin u kojem se težnja za smrću isprepliće sa pozivom okolini za pomoć i željom za boljim i dostojanstvenim životom. U trenutku kada jedna osoba počne da razmišlja o samoubistvu, emocionalni ili fizički bol je bacio toliku senku na njen život, da je smrt počela da deluje primamljivo

Definicija i epidemiologija

- Prema definiciji SZO, **termin suicid koristimo za sve slučajeve smrti koji su direktna ili indirektna posledica pozitivnog ili negativnog čina same žrtve, koja pritom zna kakva će biti posledica tog čina**
- Prema nekim statističkim procenama, dnevno se u svetu ubije oko 1000 osoba, a još najmanje pet do deset puta toliko pokuša izvršenje suicida; po novijim procenama, godišnje se u svetu registruje oko milion izvršenih i oko 10 do 20 miliona pokušanih samoubistva. Drugačije rečeno, **svakih 40 sekundi neka osoba u svetu izvrši samoubistvo, a svake tri sekunde neko pokuša suicid**
- SRBIJA - 15 suicida na 100 000 stanovnika (izvor: *Institut za javno zdravlje RS, 2007*)

Faktori rizika

- **Suicid se najbolje može sagledati kao multideterminisani akt autoagresije**
- Faktori rizika za suicid su:
 1. postojanje psihijatrijskog oboljenja
 2. socijalni faktori
 3. psihološki faktori
 4. biološki faktori
 5. genetski faktori i
 6. prisustvo somatskog oboljenja



Psihijatrijska oboljenja kao faktor rizika za suicid

- Značajna saznanja o tome zbog čega dolazi do suicida su se dobila kroz psihološku autopsiju žrtava suicida. Prvo takvo istraživanje, koje se potvrdilo više puta, je obavljeno u Sent Luisu, gde su retroaktivno razmotrena 134 suicida. Utvrđeno je da se u 94% slučajeva radilo o osobama obolelim od psihijatrijskih bolesti. U slučaju psihijatrijske nozologije, u 68% slučajeva se radilo o jednom od dva psihijatrijska poremećaja, o afektivnom poremećaju (45%) ili o alkoholizmu (23%)
- Suicid i samopovređivanje, odnosno autoagresivno ponašanje, posebno je izraženo kod pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti. Jedan od kriterijuma za taj poremećaj je i sklonost ka samopovređivanju, i to je uz depresiju jedini poremećaj koji karakteriše samopovređujuće i suicidalno ponašanje. Čest je i komorbiditet, naročito s afektivnim poremećajima (poput depresije i bipolarnog poremećaja)

Depresivni poremećaji

- **Poremećaji raspoloženja** su od svih psihijatrijskih poremećaja najčešće povezani sa suicidom, stoga je i depresija sama po sebi najvažniji faktor rizika. Tako jedno istraživanje opšte populacije nalazi da je 45% žrtava suicida patilo od primarnog depresivnog poremećaja. Istraživanje iz 1994. godine Finskog istraživačkog Centra za suicid daje sledeće rezultate: veću učestalost uspešno izvršenog suicida kod muškaraca (63% od ispitivanog uzroka, n =71), prosečna starost osoba koje su počinile suicid je bila 50 godina, a u velikom broju slučajeva (85%) se radilo o komplikovanim slučajevima depresije sa komorbiditetom, dok je kod oko 75% slučajeva bio prisutan podatak o ranijem psihijatrijskom lečenju
- **Utvrđeno je da su najdepresivnije žrtve suicida bile bez terapije** - kod samo 3% analiziranih slučajeva su bili primenjeni antidepresivi u terapijskoj dozi, 7% slučajeva je bilo na jednonedeljnoj psihoterapiji, kod 3% je primenjena elektrokonvulzivna terapija. Kod ni jednog od 24 obolela od depresije sa psihotičnim karakteristikama nije primenjen adekvatan psihofarmakološki protokol. **Antidepresive je u suicidalne svrhe upotrebilo 8% osoba.**

Šizofrenija

- Blojler, psihijatar koji je prvi definisao šizofreniju, opisuje suicidalnu težnju “**kao najozbiljnijih od šizofrenih simptoma**”. Do suicida kod obolelih od šizofrenije može doći u toku akutne floridne psihotične epizode (bizaran suicid), prilikom prodroma psihoze, po spoznaji o postojanju teškog oboljenja, ili nakon pojave osećanja poput beznadežnosti. Relativno skore studije upućuju na to da je depresija uobičajena u toku šizofrene bolesti (Roy 1980, 1981)
- Postoje velike razlike između skala za proračun suicida šizofrenih bolesnika. Koristeći medicinsku dokumentaciju iz *Houston Veterans Administration Hospital*, Pokorni (Pokorny) je još 1964. godine izračunao da je godišnja stopa suicida za muškarce sa postavljenom dijagnozom šizofrenije čak 167 na 100 000 obolelih

Alkoholizam i zloupotreba psihoaktivnih supstanci

- **Istraživanja su pokazala da je rizik od suicida povišen kod alkoholičara**, sa suicidalnim rizikom tokom života koji se kreće i do 4%. Alkoholičari muškog pola češće počinjavaju suicid, a sam akt samoubistva se obično poćini nakon višegodišnjeg alkoholnog abuzusa; udruženost alkoholizma sa depresivnim poremećajem znaćajno povećava rizik od suicida kod ovih osoba
- **Rizik za suicid je povećan i kod osoba koje zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance** - stopa suicida je oko 20 puta veća kod heroinomana u odnosu na opštu populaciju. Mogućnost letalnog unosa supstance, intravenska upotreba psihoaktivnih supstanci, komorbiditet sa antisocijalnim poremećajem lićnosti, haotićan životni stil i impulsivnost, neki su od faktora koji povećavaju predispoziciju za suicid kod osobe zavisne od psihoaktivnih supstanci, naroćito ukoliko su udruženi sa disforijom, depresijom i hronićnom intoksikacijom

Ostali psihijatrijski poremećaji

- Proteklih decenija je ustanovljeno da je kod osoba sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti i antisocijalnog poremećaja ličnosti povećan rizik od suicida
- Prema podacima *National Institute of Mental Health* (NIMH) i *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) iz SAD, oko 20% obolelih od paničnog poremećaja je pokušalo suicid. Ova stopa je slična stopi kod major depresivnih pacijenata. Kada se posmatra grupa obolelih od paničnog poremećaja ali bez komorbiditeta, stopa suicida iznosi 7%

Socijalni faktori

- **POL** - muškarci češće počinu suicid od žena; takođe, muškarci koriste brutalnije metode, poput upucavanja, skakanja, vešanja, dok je kod ženskog pola češće utapanje ili predoziranje lekovima
- **BRAČNI STATUS** - stopa suicida kod osoba u braku je dva puta manja u odnosu na osobe koje nisu u braku, a četiri puta manja nego kod razvedenih osoba, dok je pet puta manja u odnosu na stopu kod osoba kojima je partner preminuo
- **ZAPOSLENOST** - radno mesto štiti od suicida. Nezaposlene osobe imaju više stope suicida, verovatno kao posledica socioekonomskih okolnosti, psihološke ranjivosti i stresnih životnih događaja
- Nizak socio-ekonomski status i niži nivo obrazovanja su udruženi sa suicidalnim ponašanjem

Psihološki faktori

- Frojd je istakao da suicid predstavlja agresiju projektovanu ka sebi i usmerenu protiv introjektivnog ambivalentno kateksiranog ljubavnog objekta. Poznati psihoanalitičar je ujedno postavio sumnju da do suicida nikada ne bi ni došlo da nema prisutne želje od ranije da se ubije neko drugi
- Savremeni suicidolozi ne zastupaju stav da postoji specifična psihodinamska ili personalna struktura povezana sa suicidom. Ipak, smatraju da se mnogo na temu psihodinamike kod suicidalnih osoba može saznati iz njihovih fantazija, poput one šta će se desiti i koje će biti posledice ako počine suicid. Smatra se da su suicidanti koji ispoljavaju ovakve fantazme pretrpeli gubitak ljubavi voljenog objekta, da su doživeli narcističnu povredu, ili da ih “mentalno prepravljaju” osećanja poput krivice i besa, ili se identifikuju sa nekom žrtvom suicida

Biološki faktori

- Utvrđeno je da umanjenje centralne serotononske akcije ima udela u suicidalnom ponašanju. S obzirom na široku rasprostranjenost serotonina u mozgu i više receptorskih subtipova, serotonin ima veliki uticaj na mnoge simptome povezane sa suicidalnošću
- Smanjenje serotoninske funkcije povezano je sa suicidalnim ponašanjem kod niza psihijatrijskih poremećaja, od šizofrenije, depresije, bolesti zavisnosti i poremećaja ličnosti

Genetski faktori

- Porodična predispozicija za pokušaj ili izvršenje suicida značajno povećava rizik za samoubistvo kod psihijatrijskog pacijenta. Najznačajaniji dokaz o mogućem udelu genetskih faktora potiče iz studija blizanaca, usvojene dece, kao i iz molekularno genetičkih istraživanja. Istraživanja upućuju na zaključak da je kod monozigotnih blizanaca značajno veća konkordantnost za suicid i pokušaj suicida, a što pak upućuje na jasan udeo genetskih faktora
- Ispitivanja sprovedena početkom 1990. godine su pokazala uzročnu vezu između niskog holesterola i neprirodne smrti, kao i niskog holesterola i ponavljanih suicidalnih pokušaja. Kod pacijenta koji su hospitalno lečeni nakon pokušaja suicida, takođe se detektuje nizak nivo holesterola. Nizak nivo holesterola se nalazi i kod paničnih poremećaja i anoreksije nervoze

Somatska oboljenja i suicid

- Postmortalna istraživanja suicidanata su dokazala prisustvo somatske bolesti u opsegu od 25-75%; procenjuje da je kod 10-50% slučajeva suicida prisustvo somatskog oboljenja bilo značajan kontributivni faktor
- Utvrđeno je da oko 50% osoba poćini suicid nakon postavljanja dijagnoze maligne bolesti; rak dojke ili genitalija bio je prisutan kod 70% slučajeva osoba ženskog pola koje su obolele od raka i poćinile suicid. Opisano je sedam oboljenja CNS-a koje povećavaju rizik za suicid: epilepsija, multipla skleroza, povrede glave, cerebrovaskularna bolest, Hantingtonova bolest, demencija i neurološke manifestacije Sindroma stećene imunodeficijencije (SIDA). Četiri patološka stanja u endokrinologiji su povezana sa povećanim suicidalnim rizikom: Kušingova bolest, anoreksija nervoza, Klinefelterov sindrom i porfirija. Dva gastrointestinalna oboljenja koja prati povećan rizik za suicid su peptićki ulkus i ciroza jetre, naroćito kod osoba koje zloupotrebljavaju alkohol. Kod pacijenata obolelih od oboljenja urogenitalnog trakta, naroćito se u pogledu suicidalnosti istiću bolesnici na dijalizi i oboleli od karcinoma prostate. Opisana stanja često mogu biti sama po sebi praćena poremećajem u emotivnoj sferi i doprineti razvoju depresije

Pokušaj samoubistva (tentamen suicidii)

- Pokušaj samoubistva (lat. ***Tentamen suicidii***) se definiše kao započeto, ali nedovršeno samoubistvo
- Kao i kod izvršenog suicida, pokušaj se započinje svesno i namerno, radi uništenja sopstvenog života, ali zbog raznih razloga ne dolazi do smrtnog ishoda - nepodobnost sredstva, neumešnost izvođenja, spasavanje od strane drugih lica, pravovremena i adekvatna medicinska pomoć i dr.
- Pre pokušaja suicida javljaju se suicidalne ideje, suicidalne želje, suicidalni planovi, a suicid se odvija nasilnim i nenasilnim metodama
- Po pravilu su pokušaji samoubistva mnogo češći u populaciji osoba ženskog pola, nego kod muškaraca

Samopovređivanje (parasuicid)

- U savremenoj suicidološkoj literaturi se za sve aktove samopovređivanja koristi termin ***parasuicid***, bez obzira na nameru osobe koja sebe povređuje
- Vrlo slično suicidalnom ponašanju, i parasuicidalno ponašanje uvek zavisi od sledećih faktora:
 - socijalno - demografskih,
 - biološko - psiholoških i
 - posebnih faktora koje se označavaju kao ***sui generis***

Procena individualnih suicidalnih faktora

- Elementi procene:
 1. Stresna situacija, gubitak
 2. Step en depresije ili „spektar depresije”
 3. Lični odnos prema uništenju ili samouništenju života
 4. Realna životna situacija
 5. Agitiranost
 6. Impulsivnost
 7. Zloupoteba psihoaktivnih supstanci: politoksikomanija
 8. Opšte zdravstveno stanje
 9. Odnos prema odgovornosti
 10. Porodična anamneza
 11. Religijsko uverenje (pripadnici hrišćanskih religija se najteže odlučuju na suicid)
 12. Bioetički poremećaji
 13. Siromaštvo, beda, ekonomski krah

Fenomenološki oblici i manifestacije suicidalnog ponašanja

1. Samoubistvo kao čin suštinski potpune negacije vrednosti ljudskog života
2. Samoubistvo kao vid osvete i fenomenologije narcističkog stava
3. Samoubistvo kao društveno svedočenje - umiranje za ideologiju, tradiciju, religiju
4. Samoubistvo kao posledica stvaralačkog životnog pada
5. Samoubistvo kao stil života kod bolesti zavisnosti ili fatalnosti boemije
6. Samoubistvo kao prikrivena želja za ubistvom (*Qui se ipsum, Homicida est*, Sv. Augustin)

Zdravstvena nega suicidalnog bolesnika

- Da bi zdravstvena nega suicidalnog bolesnika bila primerena njegovim stvarnim i aktuelnim potrebama, uz poznavanje simptoma depresije, neophodno je na osnovu procene trenutnog bolesnikovog stanja prepoznati potrebe za zdravstvenom negom, definisati probleme, planirati i sprovesti sestrinske intervencije, te pratiti njihovu efikasnost
- Intervencije zdravstvene nege su usmerene na pomoć bolesniku u svakodnevnom aktivnostima, ublažavanje simptoma, jačanje samopouzdanja, razvijanje veština potrebnih za aktivnosti dnevnog života, suočavanje sa stresom, učenje socijalnih veština, prepoznavanje protektivnih i rizičnih faktora, edukaciju bolesnika i porodice, a sve s ciljem oporavka, osnaživanja i povećanja kvaliteta života obolelog
- U svakodnevnom sestrinskom radu i nezi depresivnog bolesnika sestra treba da se fokusira na važnost svog empatijskog kapaciteta i sposobnost pružanja psihoterapijske podrške - bolesniku treba pomoći u jačanju osećanja sigurnosti, uspostaviti poverenje, slušati ga i razumeti.

Zdravstvena nega suicidalnog bolesnika

- **Svaki pokušaj samoubistva i pretnju treba shvatiti ozbiljno.**
- Zadaci medicinske sestre u radu sa suicidalnim bolesnikom uključuju:
 1. Pojačan nadzor (upadljivo)
 2. Praćenje kretanja, naročito noću i u ranim jutarnjim satima
 3. Uklanjanje svih opasnih i oštrih predmeta iz bolesnikove okoline
 4. Strog nadzor nad odeljenskom apotekom (držati zaključano)
 5. Kontrolu ličnih stvari, sadržaja noćnog ormarića
 6. Kontrolu uzimanja terapije
 7. Prepoznavanje fenomena disimulacije (umanjivanje i prikrivanje simptoma bolesti)
 8. Primenu terapijske komunikacije (empatski odnos sa bolesnikom) i stvaranje odnosa poverenja

Komunikacija sa suicidalnim bolesnikom

- Svetska zdravstvena organizacija (SZO) preporučuje sledeća pitanja za detekciju suicidalnih misli i namera:
- Da li se osećate tužno?
- Da li smatrate da o Vama niko ne brine?
- Da li osećate da biste mogli počiniti samoubistvo?
- Da li smatrate da Vaš život nema smisla?
- Drugi način koji se može upotrebiti je postavljanje pitanja o lepotama i radostima življenja koje im je život ranije donosio, kao i o eventualnim ranijim pokušajima suicida - proceniti da li se tada zaista radilo o pokušaju samoubistva ili samo „vapaju za pomoć“
- Ponekad je mnogo lakše podatke o suicidalnosti dobiti od bračnih partnera, roditelja, dece i drugih osoba bliskih bolesniku. Važno je da pacijentu ostavimo utisak se o njemu brine, da se sa njim saoseća i da ga razumemo

Sestrinske dijagnoze kod suicidalnog bolesnika

- Najčešće sestrinske dijagnoze kod suicidalnih pacijenata su:
 1. Visok suicidalni rizik
 2. Visok rizik za samopovređivanje

Dijagnoza: Visok suicidalni rizik

- **Definicija:** stanje u kom je pojedinac u opasnosti zbog postojanja rizika za izvršenje suicida
- **Faktori rizika:** suicidalne misli, raniji pokušaji suicida, depresija, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, agitiranost
- **Ciljevi:**
 - Bolesnik neće namerno nauditi sebi, niti oduzeti život
 - Bolesnik će prihvatiti pomoć osoblja i zajednice pri pojavi suicidalnih misli
 - Bolesnik će koristiti efikasne mehanizme suočavanja sa stresom i anksioznošću

Dijagnoza: Visok suicidalni rizik – sestrinske intervencije

1. Kontinuirano pratiti i procenjivati rizik za suicid
2. Osigurati kontinuirani nadzor tokom 24 sata, NA NAČIN KOJI JE I BOLESNIKU OČIGLEDAN
3. Osigurati okolinu za osobe koje su pod povećanim rizikom za suicid (ukloniti potencijalno opasne predmete, nadzirati bolesnika pri primeni terapije, pratiti unos hrane)
4. Podsticati bolesnika na verbalizaciju emocija (ljutnja, neprijateljstvo, strah)
5. Ohrabrivati bolesnika na verbalizovanje suicidalnih misli
6. Pružiti pomoć u prepoznavanju predisponirajućih faktora
7. Uključiti bolesnika u planiranje grupnog terapijskog procesa
8. Uputiti osobe s kojima je bolesnik blizak kako prepoznati povećani rizik za suicid (promene u ponašanju, verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, povlačenje, znakovi depresije)
9. Na vreme uočiti nagle promene u ponašanju bolesnika
10. Podsticati bolesnika na uključivanje u grupnu terapiju i uključiti porodicu u terapiju

Dijagnoza: visok rizik za samopovređivanje

- **Definicija:** situacija u kojoj pretil opasnost od namernog samopovređivanja koje prouzrokuje povrede tkiva s namerom izazivanja nesmrtonosnih povreda, a u cilju oslobođanja od napetosti ili načina komunikacije s osobljem / okolinom
- **Faktori rizika:** psihotična stanja s halucinacijama, istorija nasilja u porodici, samodestruktivno ponašanje, nizak nivo samopoštovanja, poremećaji ishrane, gubitak kontrole nad sopstvenim postupcima
- **Ciljevi:**
 - Bolesnik se neće namerno povrediti
 - Bolesnik će naučiti da prepozna i kontroliše rizično ponašanje (anksioznost, ljutnja, impulsivnost)
 - Bolesnik neće imati pristup predmetima kojima bi se mogao povrediti

Dijagnoza: visok rizik za samopovređivanje – sestrinske intervencije

1. Svakodnevno pratiti i procenjivati stepen ozbiljnosti bolesnikove namere
2. Ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove neposredne okoline
3. Voditi računa da bolesnik ne bude sam u sobi, NADZOR TREBA SPROVODITI NA NAČIN KOJI JE I BOLESNIKU OČIGLEDAN
4. Podsticati bolesnika da prepozna stresne situacije koje mogu prouzrokovati destruktivne misli
5. U saradnji sa lekarom i psihoterapeutom dogovoriti tretmane psihosocijalne podrške
6. Uključiti bolesnika u grupni terapijski proces
7. Pratiti bolesnikovo ponašanje, posebno izolaciju i anksioznost, kao i nagle promene u ponašanju
8. Omogućiti bolesniku uravnotežene periode spavanja, odmora i aktivnosti
9. Osigurati socijalnu podršku
10. Uključiti porodicu u celokupan proces lečenja i rehabilitacije

Primena antipsihotika kod suicidalnih bolesnika

- Stopa suicida u šizofreniji se nije znatno smanjila uvođenjem klasičnih antipsihotika 50-ih godina prošlog veka, uprkos njihovom povoljnom učinku na primarno pozitivne simptome bolesti
- Postoji više mogućih mehanizama kojima antipsihotici mogu povećati rizik od suicidalnog ponašanja. Klasični antipsihotici mogu indukovati i sindrom akintičke depresije koja takođe povećava suicidalni rizik. Isto tako, antipsihotici mogu podstaknuti nastanak velike depresivne epizode, koja može biti okidač suicidalnog ponašanja. Čak i uvođenjem novih antipsihotika došlo je tek do minimalnog smanjenja suicidalnog ponašanja u šizofreniji
- Postoji više istraživanja koja pokazuju da novi antipsihotici poput risperidona, olanzapina, kvetiapina, ziprasidona i iloperidona smanjuju rizik od suicida kod obolelih od šizofrenije

Primena antidepresiva kod suicidalnih bolesnika

- Antidepresivi i suicidalnost su jedna od najprisutnijih tema iz oblasti psihijatrije u naučnim krugovima poslednjih godina, konkretno efekat antidepresiva na suicidalnost i eventualno povećanje rizika od suicida tokom terapije antidepresivima
- Kod propisivanja nekih antidepresiva treba razmišljati o potencijalnom povećanju rizika za suicid u početku primene leka, naročito kod bolesnika sa prisutnom suicidalnošću. Nelečeni ili neadekvatno lečeni poremećaji raspoloženja čine glavni klinički segment suicidalnog ponašanja, zbog čega terapija antidepresivima treba da bude u potpunosti individualno prilagođena svakom bolesniku ponaosob

Primena psihostabilizatora kod suicidalnih bolesnika

- Stručnjaci smatraju da bi litijum trebao biti razmotren kao prvi stabilizator raspoloženja kod pacijenata s afektivnim poremećajem koji imaju elemente suicidalnog ponašanja, naglašavajući da psihijatri treba da budu posebno oprezni kod prekidanja lečenja litijumom ili kod menjanja litijuma drugim psihostabilizatorom. Ovaj stav istraživači pravdaju činjenicom da litijum i kod bolesnika kod kojih nije doprineo adekvatnoj remisiji afektivnih simptoma, svojim delovanjem štiti bolje od suicidalnog ponašanja u poređenju sa drugim stabilizatorima raspoloženja, a naglim ukidanjem leka se taj efekat gubi
- Litijum smanjuje impulsivnost i agresivnost i stabilizuje raspoloženje, što je veoma važno kod suicidalnih bolesnika
- Faktor impulsivnosti se intenzivno istražuje kao bitna dimenzija suicidalnosti, a savremena tumačenja označuju naglašenu impulsivnost kao crtu ličnosti koja u kombinaciji s nepovoljnim stresorima vodi u suicidalno ponašanje, nezavisno od dijagnoze. Litijum smanjuje suicidalnost i učinkom na depresiju, posebno kod bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem

Prevenција suicida

- U sprečavanju suicida važnu ulogu imaju:
 1. Efikasna zdravstvena zaštita osoba sa poremećajima mentalnog zdravlja, što uključuje primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju, bolju detekciju psihičkih poremećaja, efikasnije lečenje i praćenje stanja obolelih, kao i njihovu rehabilitaciju i resocijalizaciju
 2. Ograničavanje dostupnosti štetnim i opasnim psihoaktivnim supstancama
 3. Ograničavanje medijskog izveštavanja o suicidima, jer opis izvršenja suicida može podstaknuti suicidalnu osobu na takvo ponašanje (indukcija)
 4. Osnivanje centara za krizna stanja i tele-apel službi
 5. Edukacija porodice i šire društvene zajednice o prevenciji suicida

Literatura

- Marić J. Klinička psihijatrija. Beograd: Naša knjiga; 2005.
- Marčinko D. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
- Kekuš D. Psihijatrija sa negom: praktikum za studente visokih zdravstvenih škola. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija; 2015.
- Garand L, Mitchell AM, Dietrick A, Hijjawi SP, Pan D. Suicide in older adults: nursing assessment of suicide risk. Issues Ment Health Nurs. 2006;27(4):355-70.
- Sun FK, Long A, Boore J, Tsao LI. A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. J Adv Nurs. 2006;53(6):680-90.
- Ladely SJ, Puskar KR. Adolescent suicide: behaviors, risk factors, and psychiatric nursing interventions. Issues Ment Health Nurs. 1994;15(5):497-504.
- Sufrate-Sorzano T, Pérez J, Juárez-Vela R, Garrote-Cámara M, de Viñaspre RR, Molina-Luque F, Santolalla-Arnedo I. Umbrella review of nursing interventions NIC for the treatment and prevention of suicidal behavior. Int J Nurs Knowl. 2022 Aug 23.



kontakt:
zivanovic_dejan@yahoo.com