

Suicidalna ponašanja u adolescentnoj dobi

Rubin, Ena

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:480913>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Ena Rubin

SUICIDALNA PONAŠANJA U ADOLESCENTNOJ DOBI

Završni rad

Split, 2021.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Ena Rubin

SUICIDALNA PONAŠANJA U ADOLESCENTNOJ DOBI
SUICIDAL BEHAVIOUR IN ADOLESCENCE

Završni rad/Bachelor's Thesis

izv. prof. dr. Slavica Kozina, prof. psi.

Split, 2021.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: izv. prof. dr. Slavica Kozina, prof. psi.

SUICIDALNA PONAŠANJA U ADOLESCENTNOJ DOBI

Ena Rubin, 41492

Sažetak: Suicidalno ponašanje je smrtonosni čin samoozljeđivanja sa svrhom smrtnog ishoda te koje podrazumijeva niz autodestruktivnih ponašanja. Svakih 40 sekundi u svijetu netko počinu suicid što bi značilo da godišnje 700 000 ljudi umire jer izvrše samoubojstvo na svjetskoj razini. Zbog toga se suicid naziva „tihom epidemijom“ i predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem na globalnoj razini. U Republici Hrvatskoj također je zabilježen porast suicida među adolescentima između 15-19 godine. Razni društveni, psihološki i socijalni čimbenici utječu na pojavu suicidalnog ponašanja adolescenata. Velik dio adolescenata sa suicidalnim ponašanjem, njih 80%, ima u pozadini neke od psihijatrijskih poremećaja kao što je poremećaj raspoloženja, konzumiranje psihoaktivnih tvari te eksternalizirajući poremećaji. Ponekad suicidalno ponašanje adolescenta nema u cilju smrtni ishod nego samo želju za osjećajem olakšanja. Prevencija suicidalnog ponašanja dijeli se na primarnu, sekundarnu i tercijarnu. Medicinska sestra djeluje kroz sve tri razine prevencije, prateći pacijenta te edukacijom obitelji i zajednice.

Ključne riječi: adolescenti, prevencija, suicidalnost, suicidalno ponašanje

Rad sadrži: 42stranica, 3slike, 34 literaturne reference

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Nursing

Scientific area: Biomedicine and health
Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: Assoc. Prof. Slavica Kozina, PhD

SUICIDAL BEHAVIOUR IN ADOLESCENCE

Ena Rubin, 414192

Summary: Suicidal behavior is a deadly act of self-harm with the purpose of death and which involves a series of self-destructive behaviors. Every 40 seconds someone in the world commits suicide which results in 700 000 deaths yearly on a global level. For that reason, suicide is being called a „silent epidemic“ and represents a major public health problem all around the world. Croatia also registred increase in suicide rates committed by adolescence between 15-19 years. On adolescence suicidal behaviour affects a lot of social, pshychological and biological risk factors. An 80% of adolescents with suicidal behaviour have a background of some kind of psychiatric disorders such as mood disorder, using psychoactiv substances or externalizing disorders. Sometimes the aim of adolescent suicidal behaviour is not death, but the sense of a relief. Prevention of suicidal behaviour is based on primary, secondary and tertiary prevention. The nurse is active in all three levels of prevention by monitoring the patient and educating patients family and whole community.

Keywords: adolescent, prevention, suicidality, suicidal behaviour

Thesis contains: 42pages, 3 figure, 34references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

SADRŽAJ.....	I
SUMMERY	II
SADRŽAJ.....	III
1. UVOD	1
1.1. ADOLESCENCIJA KAO ŽIVOTNO RAZDOBLJE	1
1.1.1. Faze adolescencije.....	4
1.2. BIOLOŠKE PROMJENE	6
1.3. PSIHOSOCIJALNI RAZVOJ.....	7
1.3.1. Stjecanje autonomije i razvoj identiteta	7
1.4. RIZIČNI FAKTORI ZA SUICIDALNO PONAŠANJE	8
1.4.1. Društveni rizični faktori.....	8
1.4.2. Psihološki rizični faktori	9
1.4.3. Biološki čimbenici	10
2. CILJ	12
3. RASPRAVA	13
3.1. TERMINOLOGIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA.....	13
3.1.1. Vrste suicidalnog ponašanja	13
3.1.1.1. Namjerno samoozljeđivanje	14
3.1.1.2. Suicidalne ideacije (aktivne, pasivne)	14
3.1.1.3. Nesuicidalno samoozljeđivanje	15
3.1.1.4. Pokušaj suicida.....	15
3.1.1.5. Suicid.....	16
3.2. SUICIDALNO PONAŠANJE KAO GLOBALNI PROBLEM.....	18
3.2.1. Epidemiologija u Republici Hrvatskoj	19
3.3. PREVENCIJA SUCIDALNOG PONAŠANJA.....	20

3.3.1. Program prevencije u Hrvatskoj.....	22
3.3.2. Mjerni instrumenti	22
3.3.2.1. Semi strukturirani klinički intervju za djecu i adolescente 6-18	23
3.3.2.2. STRES-D Skala stresnih životnih događaja	23
3.3.2.3. Samoizvješće za mlade od 11 do 18 godina	23
3.3.2.4. Skala procjene osobne podrške	23
3.3.3. Tretmani i intervencije.....	24
3.3.4. Podržavajuća (suportivna) terapija	24
3.3.5. Kako prepoznati znakove upozorenja	25
3.4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE.....	26
3.4.1. Trijaža adolescenta sa suicidalnim ponašanjem	27
3.4.2. Sestrinske dijagnoze i intervencije	28
4. ZAKLJUČAK	30
5. LITERATURA.....	32
6. ŽIVOTOPIS	35

1. UVOD

Suicid se smatra „tihom epidemijom“ i globalnim javnozdravstvenim problemom jer predstavlja jedan od vodećih uzroka smrti među adolescentima (1). Taj čin sastoji se od brojnih aspekata: biološkog, kulturološkog, socijalnog, odnosno, svjesnog i nesvjesnog (2). Osoba, adolescent, vidi suicid kao jedino rješenje na životni stres.

Adolescentni suicid potrebno je odvojiti od suicida odraslih jer se razlikuju po uzrocima, motivima, metodama i broju osoba koje su ga počinile. Smatra se da je suicidu adolescenata prethodio neki traumatičan događaj kao što je prekid ljubavne veze ili počinjeni antisocijalni čin koji u njima ostavlja osjećaj krivnje (2). Tri najčešće metode samoubojstva među adolescentima u Sjedinjenim Američkim Državama je pomoću vatrenog oružja, vješanje i trovanje (3). Samoubojstvo je u nekim državama češće čak deset do dvadeset puta od ubojstva. Stope samoubojstva kreću se otprilike preko 20 na 100 000 ljudi u Južnoj Koreji, istočnoj Europi, Zimbabveu, Surinamu i Gvajani, do manje od 5 na 100 000 na Bliskom Istoku, južnoj Africi, nekim zemljama na Mediteranu i u Indoneziji i Peruu (4). Najvišu stopu adolescenta od 15 do 19 godina koji su počinili samoubojstvo, ima Island 22 na 100 000 (2018.g.). U Hrvatskoj ta brojka iznosi 16,4 na 100 000 za 2019.godinu (5).

1.1. ADOLESCENCIJA KAO ŽIVOTNO RAZDOBLJE

Riječ adolescencija dolazi od latinske riječi *adolescere* što znači odrastati. To je posljednja faza u djetinjstvu na putu prema zrelosti. G.S.Hall je prvi autor koji je 1904. godine opisao adolescenciju kao posebnu razvojnu fazu te joj i dao naziv, rekavši da je ona razvojno razdoblje „pobune“, „bure i oluje“, „nemira“ (6). Adolescenti se tada suočavaju s mnogobrojnim novonastalim promjenama; fizičkim, psihološkim, socijalnim. Pred njih su

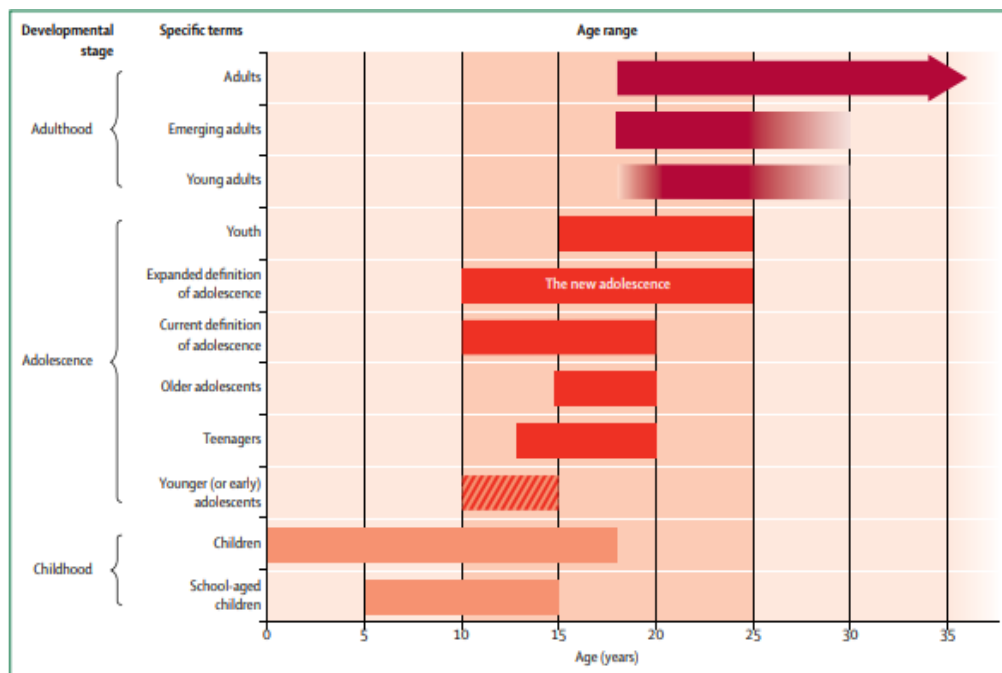
postavljeni razni zadaci te se od njih očekuje da preuzmu nove uloge s kojima do sada nisu bili upoznati. Istovremeno, suočavaju se s vlastitim očekivanjima, potrebama i željama, a s druge strane, očekivanja odraslih i vršnjaka. Prema UN-ovoj Konvenciji o pravima djeteta, adolescencija je definirana kao period od 10. do 19. godine života. Diljem svijeta ova definicija nailazi na čuđenje jer neki ipak smatraju da je desetogodišnjak dijete, a ne adolescent, a neki pak smatraju da je devetnaestogodišnjak već odrasla osoba. Adolescencija predstavlja presudno vrijeme u kojem osoba treba steći određenu razinu obrazovanja, socijalnih vještina koje će ga osnažiti i pripremiti za daljnje uloge u kojima se bude nalazio (6).

To je bitno razdoblje u životu svake osobe koje se počinje nazivati i središnjim životnim stadijem jer su se značajke adolescencije bitno promijenile u zadnjih desetak godina. Godine koje označavaju početak i kraj ovog razdoblja, dugo su predstavljale zagonetku jer su različite zemlje i kulture imale i različitu predodžbu o toj važnoj životnoj fazi.

Raniji ulazak u pubertet ubrzao je ulazak u razdoblje adolescencije u većini populacija, dok se krajnji završetak produžio do 20-ih godina (7). Usporedno s tim dolazi do zakašnjelih promjena uloga koje uključuju završetak obrazovanja, brak i roditeljstvo. Zbog toga se mijenja percepcija o tome kada zrelost nastupa.

Unatoč tome što faza adolescencije sada duže traje, potrebna je proširena i sveobuhvatna definicija adolescencije kako bi se na primjeren način mogli odrediti zakoni, socijalna politika, usluge sustava.

Jedini mogući problem kod proširenja dobnog opsega razdoblja adolescencije je da bi se adolescentne moglo smatrati nesposobne za preuzimanje potpune odgovornosti kao članovi društva. Zbog toga treba prihvatiti adolescenciju kao jedinstvenu fazu. Definicija koja navodi da razdoblje adolescencije traje od 10. do 25. godine, primjerenija je od prethodne u kojoj je faza trajala od 10. do 19. godine (6).



Slika 1. Prikaz uobičajenih dobnih definicija

Izvor: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30022-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30022-1/fulltext)

Iako adolescencija sada duže traje, zadaci adolescencije ostali su isti. Zadaci su oblikovanje zrele, autonomne, kompetentne osobe spremne za preuzimanje najzahtjevnijih životnih zadataka, uključujući roditeljstvo (6). Prema psihodinamskom stajalištu, glavne zadatke adolescencije predstavlja: nalaženje objekta ljubavi izvan obiteljskog kruga, formiranje spolnosti i ujedinjenje spolnosti i nježnih osjećaja (6).

Adolescencija nije linearan, ujednačen proces, već je njezin tijek ponekad ubrzaniji po potrebi usporeniji. Zbog toga u ovom razdoblju dolazi do neusklađenosti između vlastitih očekivanja te sposobnosti za preuzimanje odgovornost, kronološke dobi i neočekivanog regresivnog ponašanja odnosno potrebama za osjećajem nježnosti i potvrde od roditelja. Društvo u kojem se adolescent nalazi ima velik utjecaj s njegovom promjenom koju prolazi. U primitivnim kulturama, mladima je u ranoj dobi dana odgovornost i status, a njihov je pubertet svečano i prikladno obilježen (8). Dok u današnjem društvu, koje postavlja razna pravila i zahtjeve, dolazi do odgađanja priznavanja adolescenata kao odrasle

osobe čime se ometa njihova potreba za većim stupnjem neovisnosti i samostalnosti što rezultira frustracijom biološki spolno zrele osobe.

1.1.1. Faze adolescencije

Adolescencija se najčešće dijeli na ranu, srednju i kasnu adolescenciju (6). Potrebno je naglasiti da kronološka dob predstavlja tek grubu granicu jer se navedene faze mogu preciznije definirati prema njihovim karakteristikama.

Rana adolescencija obuhvaća dob od 10. do 14. godine života i u tom razdoblju su najizrazitije raznolikosti među adolescentima. Djevojčice u adolescenciju ulaze sa 10,5 godina, a dječaci s 12,5 godina. S obzirom na to da se djevojčice u ranijoj dobi moraju prilagoditi krupnim tjelesnim, psihičkim i socijalnim promjenama, kod nekih može doći do psihopatološkog odstupanja kao što su preuranjena seksualnost, poremećaji prehrane i zlouporaba droga (6). Djeca uočavaju značajne fizičke promjene, ali doživljavaju i bujicu osjećaja s kojima se do sad nisu susreli. Počinju razmišljati o kompleksnim temama; o prolaznosti, smrti, religiji i općenito o smislu života. Stoga sve bolje razumiju složene apstraktne procese (6). Roditelji, koji su do sada bili njihov stup, osobe koje su idealizirali, započinju propitkivati i uspoređivati s drugim odraslim osobama što naposljetku mijenja njihovu dosadašnju dinamiku odnosa. Adolescenti više ne prihvaćaju stvari „zdravo za gotovo“ jer imaju sposobnost većeg upravljanja svojim mislima te je za njih karakteristična pojava povećane introspekcije, svjesnosti o sebi i intelektualiziranja (9).

Srednja adolescencija predstavlja razdoblje od 15 do 18 godina. Glavna značajka ove faze je snažna potreba za osjećajem pripadnosti i povezanosti s vršnjacima, na primjer, škola, različite umjetničko – kulturne, sportske, tehničke, društveno angažirana društva i udruge (4). Sve više postaje važan osjećaj pripadnosti željenoj vršnjačkoj grupi koja ima slične interese. To se odražava slušanjem iste glazbe, bavljenjem istim sportovima ili nošenjem slične odjeće. U srednjoj fazi razvija se idealni ili zamišljeni pojam o sebi, a

teškoće nastupaju kada je velika razlika između „stvarnog ja“ i „idealnog ja“ (7). Da bi se adolescent bolje upoznao sa sobom, svojim emocijama i načinima vladanja njima, adolescenti moraju preuzeti inicijativu umjesto svojih roditelja i okrenuti se sebi i onima koje smatraju sebi najslabijima (vršnjaci) (6). Tipično je za srednje adolescente da istovremeno ne toleriraju odrasle i dive im se. To najviše iskuse roditelji jer su na meti njihovih kritika, dok slušaju divljenje namijenjeno drugim odraslim osobama. Separacijom od roditelja povećava se njihov osjećaj usamljenosti i izoliranosti, ali to je zapravo psihički proces žalovanja koji je ujedno i u podlozi mrzovolje, koja je specifična za adolescente u srednjoj fazi adolescencije (10). Dok su se u ranoj adolescenciji družili samo s istospolnim vršnjacima, u srednjoj fazi adolescencije pobuđuje se zanimanje i za suprotni spol čime se širi njihova socijalna mreža. Mnogi u ovoj fazi počinju iskusiti zaljubljuvanje koje im koristi jer time stječu iskustvo u stvaranju, održavanju i njegovanju bliskog međuljudskog odnosa, ali naposljetku se najčešće susretnu sa separacijom i osjećajem gubitka (6).

Kasna adolescencija je razdoblje koje je poprilično teško procijeniti, a smatra se da je to faza između 19. i 22. godine (neki pak smatraju da traje do 25. godine života). Ključni trenutak razvoja u kasnoj adolescenciji je povećana mogućnost za razumijevanje i sakupljanje različitih podražaja (11). U ovoj fazi adolescenti se vide kao kompletne osobe. Intenzivnije razmišljaju kakve osobe žele biti, koji odrasli im predstavljaju uzor te se po njihovim osobinama oblikuju. Žele upoznati i zbližiti se s osobama kojima se dive, a pogotovo biti od njih prihvaćeni. To je sastavni dio procesa kojim sebe žele promatrati odraslima (6). Najvažniji zadatak ovog razdoblja je steći dobru percepciju o sebi, o svom fizičkom stanju, ali nutarnjem emocionalnom poimanju sebe kako bi se prilagodio svakodnevicu u kojoj se nalazi (12).

Završetak razvojne faze adolescentnog doba, nije lako odrediti budući da je razvoj najčešće neujednačen i samom adolescentu i onima koji ga okružuju. Također, materijalna zavisnost o roditeljima koja može biti do kasnih dvadesetih godina, dovodi do toga da postaju pasivni konzumenti hedonistički orijentirane zabavne industrije. Time se dodatno usporava dostizanje konačne zrelosti (13). Bez obzira na to, uobičajeno je da adolescent u raznim aspektima života pokazuje drugačije faze odraslosti i zrelosti.

1.2. BIOLOŠKE PROMJENE

Kod oba spola, početak adolescencije najuočljiviji je po fizičkim promjenama koje se odražavaju na sva područja života. Tjelesne promjene imaju bitan utjecaj na njegov doživljaja vlastitog sebe odnosno na stvaranje slike o sebi. S obzirom na današnje nametnute vrijednosne standarde koji se promiču putem medija i kulture, nije neuobičajeno da se kod adolescenata javlja osjećaj ne prihvaćanja svoga tijela kao vlastitog. Nekada se fizičko sazrijevanje dešava brže od emocionalnog i obrnuto (6). S promjenom fizičkog izgleda, adolescent ubrzo postaje biološki zrela osoba sposobna za reprodukciju i seksualne odnose. S. Freud prvi je opisao tri zadatka adolescencije, a to je: “formiranje spolnog identiteta, ponovno nalaženje objekta ljubavi izvan obitelji i ujedinjavanje dviju sastavnica seksualnosti, senzualnost i nježnost” (14). Danas se sve češće koristi izraz rodni identitet, a on se odnosi na” subjektivni osjećaj pripadnosti ili nepripadnosti jednom od rodova i koji se nužno ne zasniva na spolu ili spolnoj orijentaciji” (14).

Pubertet se sa stoji od niza različitih, ali međusobno povezanih hormonalnih kaskada koje se sastoje od adrenahe koja započinje aktivacijom hormona stresa nadbubrežne žlijezde između 6. i 9. godine života i godanarhe (7). Te pubertetske promjene, vođene adrenalnim žlijezdama i gonadama, mijenjaju emocionalne, kognitivne i motivacijske procese, koji uzrokuju bitne funkcionalne i strukturalne promjena u mozgu (15). “Mozgovne promjene povezane su uz ponašajne fluktuacije kao što je pojačano traženje uzbuđenja te se pažnja i motivacija preusmjeravaju prema vršnjacima, socijalnoj usporedbi, postizanju statusa kao i seksualnim i romantičnim interesima” (16). Neka istraživanja navode kako bi se adolescencija trebala konceptualizirati kao faza rasta mozga koja započinje prije vidljivih znakova adolescencije (oko 6.–8. godine) i nastavlja se još dva desetljeća (7).

1.3. PSIHOSOCIJALNI RAZVOJ

Put adolescenata do odrasle dobi se produžio te je popraćen promjenama u socijalnom okruženju u kojem adolescenti sazrijevaju. Svijet je danas urbaniziraniji, globalno povezaniji i mobilniji no ikad. No bez obzira na navedene blagodati, adolescentima je novo razdoblje obilježeno konfuzijom. Njihovo ponašanje je nepredvidivo baš zbog toga što im je sve novo i nepoznato, ali je zbunjenost, jednostavno u toj fazi neizbježna. U primitivnim kulturama je lakše jer postoje zakoni i rituali koji ograničavaju i definiraju „odrastanje“ dok u današnjem vremenu, mladoj osobi je samo rečeno da se od nje očekuje da „odraste“, bez ikakvih uputa i smjernica (8). Ako za mladu osobu, adolescenta, zahtjevi okoline i razvojni zahtjevi postanu preveliki odnosno ukoliko dođe do preopterećenja, moguć je nastanak psihičkih poteškoća ili intenziviranje poremećaja koji su već prisutni te to vodi do vrhunca prisutnosti simptoma određenog poremećaja kao što je: depresija, autoagresivno ponašanje, poremećaji prehrane, delinkventno i antisocijalno ponašanje, konzumacija alkoholnih napitaka i ostalih supstanci (6). Određeni autori navode kako kod otprilike 20% svih adolescenata dolazi do pretjerane opterećenosti zahtjevima koji dolaze s adolescencijom što uzrokuje najčešće manifestaciju psihičkih problema (17).

1.3.1. Stjecanje autonomije i razvoj identiteta

Do razdoblja adolescencije, roditelji su bili najveći autoritet i oslonac u njihovom životu, ali razvojem kognitivnih sposobnosti i zbog velike želje za razvijanjem autonomije, može doći do promjene osjećaja i stavova prema roditeljima. To dodatno produbljuje osjećaj zbunjenosti i dezorijentiranosti u novim okolnostima.

Od pouzdanih utočišta i kompetentnih uzora, roditelji postaju obični ljudi s mnoštvom mana. Istodobno, radi novog pogleda na roditelje te radi pojave osjećaja koje do sada nisu iskusili, adolescenti su izloženi frustracijama, što može nepovoljno utjecati na tijek komunikacije unutar obitelji (6).

Roditelji su često uplašeni dok gledaju odrastanje vlastitog djeteta, nadajući da će postati bolji i sretniji odrasli ljudi. Neki se ne žele suočiti s činjenicom da će njihovo dijete prestati biti ovisno o njima, a kod nekih prevladava strah od neuspjeha koje njihovo dijete može doživjeti.

1.4. RIZIČNI FAKTORI ZA SUICIDALNO PONAŠANJE

Suicidalno ponašanje se rijetko javlja izolirano. Naprotiv, najčešće se javlja udruženo s drugim zdravstvenim rizicima ponašanja kao što je prejedanje, prekomjerni unos alkohola, korištenje štetnih supstanci ili upuštanje u nezaštićene spolne odnose. Zajednički čimbenici za ovakva ponašanja su loš odnos između roditelja i djeteta, smanjena zainteresiranost djeteta za školu, nedovoljan roditeljski nadzor te pripadnost adolescenta vršnjačkoj skupini devijantnog ponašanja (18).

1.4.1. Društveni rizični faktori

Na psihofizički razvoj djeteta i adolescenta bitno utječe kvaliteta i obilježje roditeljskog stila. Jasno je dokazano mnogobrojnim studijama da način na koji roditelji odgajaju djecu utječe kao rizični čimbenik na nastanak raznih psihopatoloških poremećaja, na primjer, suicidalno ponašanje, poremećaji prehrane, rizično seksualno ponašanje, poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, zlouporaba psihoaktivnih tvari (1).

S neurobiološke perspektive, adolescentski mozak koji se još razvija, može ih izložiti rizicima zlouporabe štetnih supstanci jer su adolescenti impulzivni te zanemaruju moguće ishode (1). Zlouporaba supstanci, alkohola, nikotina značajno povećava rizik za suicidalno ponašanje. Korištenje alkohola, pogotovo u razdoblju prije adolescencije, bitan je rizični faktor za razvoj suicidalnih ideja i pokušaja suicida kod oba spola (1). Nadalje, adolescenti koji su potišteni ili depresivni, konzumacijom alkohola mogu potaknuti pojavu suicidalnog

ponašanja koje prije nije bilo prisutno. U Sjedinjenim Američkim Državama u prosjeku pola milijuna adolescenta u dobi od 12 do 17 konzumira alkohol te jednak broj koristi kanabis što rezultira porastom stope osjećaja tuge ili beznada i suicidalnog ponašanja kod takvih adolescenata (19).

Za adolescenta kojem je najvredniji cilj biti prihvaćen od strane društva odnosno vršnjaka, zlostavljanje ili neprihvatanje od te skupine može biti iznimno traumatično iskustvo koje može ubrzano dovesti do pojave suicidalnog ponašanja. Adolescenti koji proživljavaju vršnjačko nasilje znatno su skloniji depresiji i pojavi suicidalnih misli (1).

Podmukli cyberbullyng predstavlja novi izazov jer je sveprisutan te ga je teže spriječiti s obzirom na rasprostranjenost i dostupnost interneta i društvenih mreža među djecom i adolescentima. Nedavna istraživanja pokazuju kako su žrtve cyberbullynga i školskog nasilja više izložena riziku za razvoj mentalnih tegoba (pogotovo djevojčice), suicidalnih misli, planova i pokušaja suicida za razliku od vršnjaka koji se nisu susreli s takvim oblicima nasilja (1). Također, osobe koje su izložene internetskom zlostavljanju sklonije su suicidalnim mislima više od vršnjaka koji proživljavaju tradicionalno nasilje.

1.4.2. Psihološki rizični faktori

Podloga za razvoj suicidalnog ponašanja vezana je s nastankom dubokih i ranih trauma koje se skupljaju od samoga djetinjstva, problema između roditelja i trauma koje imaju utjecaj na cijelu obitelj. Utjecaj imaju i internalizirajući i eksternalizirajući problem koji muče adolescent, a to se odnosi na bilo kakav oblik zlostavljanja (emocionalno, seksualno, tjelesno) zanemarivanje te rani gubitak bliskih članova obitelji (separacija, smrt roditelja)(6). Adolescenti koji pokazuju znakove suicidalnog ponašanja, zapravo intenzivnije proživljavaju svoje emocije, ali ih nažalost ne znaju izraziti niti opisati stoga vide samoozljeđivanje kao sredstvo pomoći kako bi ublažili zadržane osjećaje.

U psihološke čimbenike rizika osim depresije i anksioznosti koje tijekom života snažno pridonose pojavi suicidalnog ponašanja, istraživanja pokazuju da su interpersonalni

odnosi, agresivno i impulzivno ponašanje, antisocijalno ponašanje te poremećaji u ponašanju, bitniji faktori za pojavu suicidalnog ponašanja kod adolescenata i mlađe populacije, dok su poremećaji raspoloženja vezani za porast životne dobi (3).

Kod kognitivnih karakteristika suicidalnih adolescenata uočena je smanjena sposobnost u donošenju odluka kod onih koji se trenutno samoozljeđuju, ali ne i kod mladih koji su to prije prakticirali (20). Kada osoba s poremećajem raspoloženja ima i druge poremećaje koji potenciraju visoku razinu anksioznosti kao što su panični poremećaj, posttraumatski poremećaj ili oblik poremećaja koji utječe na njihovu fleksibilnost i otpornost u adaptacijskim potencijalima (poremećaj ponašanja, konzumiranje nedozvoljenih supstanci te poremećaj osobnosti) tada će se javiti najviši rizik za suicidalno ponašanje (20).

Osobine poput impulzivnosti i agresivnosti su iznimno povezane sa suicidalnim ponašanjem kod adolescenata. Viša razina impulzivne agresije ima značajnu ulogu u samoubojstvu među mlađom populacijom sa sve manjim značajem s povećanjem dobi. Agresivnost utječe na pogoršanje drugih faktora rizika za suicidalno ponašanje i potencijalni pokušaj suicida.

Može se zaključiti kako agresija i impulzivnost imaju glavnu ulogu na putu prema suicidu kao prethodnici suicidalnog ponašanja te kao mogući posrednici između drugih poremećaja i suicidalnosti (20).

Dodatni potencijalni faktor rizika za razvoj suicidalnog ponašanja kod adolescenata su druge rano istančane osobine kao što je temperamentnost i emocionalna regulacija.

1.4.3. Biološki čimbenici

Utvrđeno je kako suicidalno ponašanje ima svoju podlogu u neurobiološkim poremećajima, ali nije razjašnjeno na koji način se nasljeđuje. Istraživanja koja se bave biološkim osnovama suicidalnosti do sada su najviše proučavali promjene različitih

neuroendokrinih i neurotransitorskih sustava, genetske čimbenike i ulogu kolesterola. Cilj novijih istraživanja je otkrivanje određenih biomarkera koji bi upozoravao na suicidalnost ili neki od njenih oblika jer je zapaženo kako su biološki faktori suicidalnosti više povezani s određenim psihičkim simptomima i sindromima (kao što je impulzivnost ili beznade), nego s klasičnom psihijatrijskom dijagnozom (23). To saznanje bi pružilo jasnije razumijevanje pojave suicidalnog ponašanja kod osoba koje nemaju psihijatrijsku dijagnozu.

Povećana učestalost za suicid je u obiteljima koje imaju ili su imali članove koji su pokušali ili počinili suicid, a to dokazuju i brojne studije (23). Ta se učestalost vidi i kod monozigotnih blizanaca koji imaju utvrđenu veću podudarnost za počinjenje suicida od dizigotnih blizanaca (24). Utvrđeno je i da je nasljednost suicidalnog ponašanja (suicidalne misli, planovi i pokušaji) oko 30-55% te da je neovisno o nasljeđivanju psihičkih poremećaja.

Poprilično je dobro dokazana povezanost snižene koncentracije kolesterola s nasilnim ponašanje odnosno s autoagresivnošću i heteroagresivnošću, uključujući suicidalnost (25).

Kolesterol je sastavni dio stanične membrane koji ima bitnu ulogu u središnjem živčanom sustavu pa njegov nedostatak ima utjecaj na funkcioniranje i ekspresiju mnogobrojnih neurotransitorskih sustava, posebno serotonin energičnog. On ima bitnu ulogu u inhibiciji agresije, agitacije, anksioznosti i impulzivnosti te o formiranju slike o sebi, o svijetu oko sebe i o samoj budućnosti (26) Ako dođe do sniženja serotoninске funkcije, zbog pojačane razgradnje, smanjenje sinteze, poremećaja transporta te ako dođe do nedovoljne aktivacije receptora, čvrsto surađuje sa razvojem suicidalnog ponašanja, tjeskobe i agresivnosti(25).

2. CILJ

Cilj završnog rada je prikazati aktivnosti uslijed kojih dolazi do suicidalnog ponašanja obzirom na njihove potencijalno nepovoljne ishode te načine prevencije i liječenja ovakvog ponašanja u adolescentnoj dobi.

3. RASPRAVA

3.1. TERMINOLOGIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Suicidalno ponašanje je definirano kao smrtonosni čin samoozljeđivanja s namjerom smrtnog ishoda (25). Takvo ponašanje se može manifestirati na različite načine; pojavom suicidalnih misli (ideje i/ili misli o smrti), korištenjem suicidalne komunikacije (verbalne i ne verbalne), namjernim samoozljeđivanjem, nesuicidalnim samoozljeđivanjem te suicidom. S obzirom da suicidalno ponašanje utječe na povećanje rizika za izvršenje suicida, znanstvenici koji se bave ovom problematikom i “Svjetska zdravstvena organizacija”, tvrde da je bilo koji oblik samoozljeđujućeg ponašanja, suicidalno ponašanje (6).

3.1.1. Vrste suicidalnog ponašanja

Suicidalno ponašanje može se manifestirati na različite načine; od namjernog ozljeđivanja, pripremnih radnji nasuprot neposrednom suicidalnom ponašanju, suicidalne ideacije (aktivne i pasivne), nesuicidalnog samoozljeđivanja do pokušaja suicida te suicida. Jedan od bitnijih karakteristika suicidalnog ponašanja je njegova „zaraznost“ s adolescenta koji se aktivno samoozljeđuje na druge adolescente bez obzira radi li se o posebnim rizičnim skupinama ili o općoj populaciji (6). Takav model može imati identifikacijski predznak odnosno karakteristike imitacije te može postati način na koji se adolescent nosi s negativnim emocijama (6). Unatoč tome da se kod nekih adolescenta radi samo o imitaciji, to ne umanjuje rizik od mogućeg fatalnog ishoda.

3.1.1.1. Namjerno samoozljeđivanje

Bilo kakav način suicidalnog ponašanja koji podrazumijeva suicidalni pokušaj i nesuicidalni pokušaj (3). Najčešći načini samoozljeđivanja su razni načini zarezivanja kože, udaranja samoga sebe ili udaranje o tvrde predmete i nanošenje opekline (1). Također, na namjerno samoozljeđivanje u adolescenata utječe konzumacija alkohola i drugih štetnih psihoaktivnih tvari, a kod adolescentica dodatno utječu problemi u funkcioniranju unutar obitelji i među vršnjacima. Pojava namjernog samoozljeđivanja naglo se povećava nakon dvanaeste godine života, pogotovo kod adolescentica (6).

Namjerno samoozljeđivanje ima visok adiktivni potencija, u jednakoj mjeri na opisanoj ponašajnoj razini, kao i na neurofiziološkoj (ovisnost o endorfinima). Ako samoozljeđivanje kod adolescenata traje duži period te se često ponavlja, ono će tada najčešće imati ulogu mehanizma emocionalne regulacije pa postoji mogućnost otežanog prestajanja (6). Kod takvih adolescenata prisutan je skup emocionalno disfunkcionalnih okolnosti, kao što je: emocionalna ranjivost, neefikasna emocionalna regulacija te emocionalno neadekvatna okolina (6).

3.1.1.2. Suicidalne ideacije (aktivne, pasivne)

Suicidalne ideje odnose se na misli o samoozljeđivanju ili o samoubojstvu. Što su suicidalne misli ozbiljnije i sveprisutnije, to će biti veća mogućnost da će se takva ideja i ostvariti (18). Ako tijekom doba adolescencije postoji prisutnost suicidalnih misli, to će značajno povećati rizik za pojavu psihičkih poremećaja u odrasloj dobi, a također postaje temelj za pokušaje samoubojstva i izvršenja samog čina samoubojstva (6).

Adolescent koji ima aktivne suicidalne misli, razmišljat će o načinu prekida života, o metodi, postojanju plana i nakani za izvršenjem. Ako su prisutne pasivne ideje, adolescent ima želju za smrću, ali ne poduzima akcije (3). Na intenzivniju pojavu suicidalnih ideja utječe zlouporaba alkohola ili štetnih supstanci.

3.1.1.3. Nesuicidalno samoozljeđivanje

To je vrsta samoozljeđivanja koja nema namjeru prekinuti život (3). Bitno obilježje nesuicidalnog ponašanja je učestalo nanošenje plitkih, ali bolnih povreda po površini tijela (6). Nesuicidalno ponašanje u većini slučajeva započinje u ranim tinejdžerskim godinama s ciljem smanjivanja negativnih emocija, kao što su tjeskoba, strah, napetost ili kako bi se riješila interpersonalna teškoća. Adolescenti koji prakticiraju nesuicidalno samoozljeđivanje često navode osjećaj olakšanja neposredno nakon provedenog čina.

Razlika između suicidalnog i nesuicidalnog ponašanja je sam cilj odnosno motivacija tog ponašanja. Kod suicidalnog ponašanja javlja se želja za smrću dok je kod nesuicidalnog ponašanja cilj osjećaj olakšanja.

Iako nesuicidalno samoozljeđivanje nema visok rizik za suicid kada se prvi put manifestira, postaje posebno opasan način samoozljeđivanja. Također, istraživanja pokazuju kako je nesuicidalno samoozljeđivanje prediktor upotrebe odnosno zloupotrebe psihoaktivnih tvari (4).

3.1.1.4. Pokušaj suicida

Potencijalno suicidalno ponašanje povezano je s barem nekom mogućnosti namjere (6). Mit je da adolescenti koji pokušaju suicid zapravo žele umrijeti. Njihov glavni cilj je bijeg od boli, problema i patnje koju osjećaju. Tim činom, vapajem, žele usmjeriti pozornost na sebe unatoč saznanju da takvi postupci mogu završiti kobno.

Bez obzira na medicinsku skrb nakon pokušaja suicida, 7% adolescenata ipak ponovno pokuša izvršiti taj čin. Oni koji su počinili dva ili više pokušaja suicida, njih 24% ponovno će pokušati.

3.1.1.5. Suicid

Suicid je fenomen kojeg je teško definirati. To je aktivnost oduzimanja vlastitog života kao reakcija na životne stresore odnosno to je svjestan čin visoko uznemirene osobe (2). Suicid predstavlja jedan od najvećih izazova s kojom se psihijatri susreću u svojoj karijeri (6).

Tablica 1. Terminologija i definicija suicidalnog ponašanja

Suicid	Fatalno samoozljeđujuće ponašanje s dokazanom namjerom
Pokušaj suicida	Potencijalno samoozljeđujuće ponašanje povezano s barem nekom mogućnosti namjere Katkad osobe navode da im nije bila nakana ubiti se, nego pobjeći od neke teške situacije, svratiti pozornost na sebe ili manifestirati zlovolju i hostilnost. Ipak, mnogi će navesti da znaju kako njihovo ponašanje može dovesti do smrti.
Suicidalne ideacije – aktivne	Misli o poduzimanju akcije za prekid života uključujući misli o metodi, postojanju plana i nakane za izvršenjem
Suicidalne ideacije – pasivne	Misli o smrti i umiranju; želja za smrću bez poduzimanja akcija. Npr., želja da osobe nema, da se ujutro ne probudi, da oboli od teške bolesti, da doživi neku fatalnu nesreću i sl.
Nesuicidalno samoozljeđivanje	Samoozljeđivanje bez namjere za prekid života. Razlika prema suicidalnom pokušaju jest u motivaciji, obiteljskom nasljeđu, godinama starosti, psihopatologiji i funkcionalnim oštećenjima. Najčešće se radi o paljenju kože, rezanju, ubadanju. Glavna motivacija jest pokušaj postizanja olakšanja distresa, pokušaj da se „nešto osjeti“, samokažnjavanje, zadobivanje pažnje ili pokušaj izbjegavanja neugodne situacije
Pripremne radnje nasuprot neposrednom suicidalnom ponašanju	Poduzimanje akcija pripreme za samoozljeđivanje, ali su suicidalne radnje prekinute samoinicijativno ili zaustavljene od drugih
Namjerno samoozljeđivanje	Bilo koja vrsta samoozljeđivajućeg ponašanja uključujući suicidalni pokušaj i nesuicidalni pokušaj. Kombinacija suicidalnog i nesuicidalnoga samoozljeđujućeg ponašanja upućuje na njihov visoki komorbiditet, dijeljenje dijateze, kao i činjenicu da je nesuicidalno samoozljeđivanje jak prediktor eventualnih suicidalnih pokušaja.

Izvor: Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. Medicus [Internet]. 2017 [pristupljeno 28.09.2021.];26(2 Psihijatrija danas):173-183. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189043>

3.2. SUICIDALNO PONAŠANJE KAO GLOBALNI PROBLEM

Od suicida godišnje u svijetu umire 700 000 ljudi, što bi značilo da svakih 40 sekundi jedna osoba u svijetu si odluči oduzeti život. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, najveća stopa samoubojstava je u Litvi, Bjelorusiji, Rusiji, Kazahstanu (26).

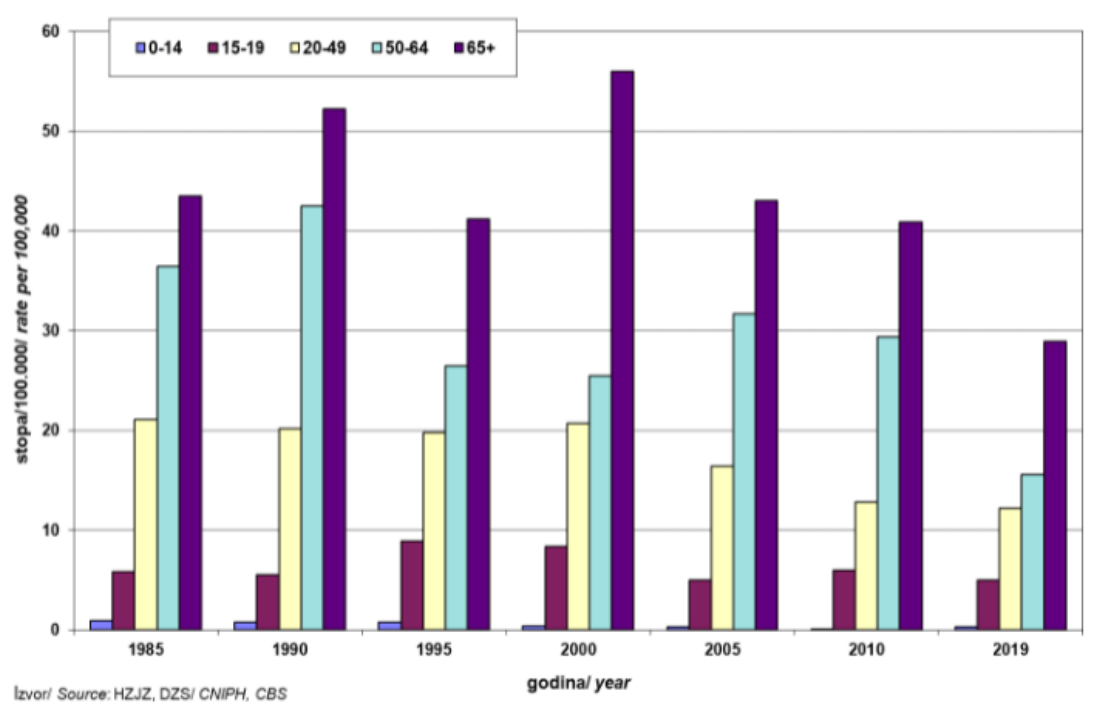
Autodestruktivno odnosno autoagresivno ponašanje se najčešće jasno ne prepoznaje, mladi ga spretno skrivaju od okoline stoga su rezultati prevalencije i incidencije nepouzdana. Jedno od najvažnijih istraživanja koje je obuhvaćalo nekoliko Europskih država i u kojem je prisustvovalo skoro 3000 adolescenata u dobi između 15 i 16 godina, proučavalo je suicidalno ponašanje kod adolescentske školske populacije te je pokazalo povezanost simptoma anksioznosti, depresije, pojave stresnih događaja i impulzivnosti sa suicidalnim ponašanjem (6).

U 2019. godini, suicid je bio 4. uzrok smrti kod mladih u svijetu između 15. i 19. Godine života kod oba spola, nakon smrti uzrokovanim prometnim nesrećama, tuberkuloze i međuljudskog nasilja (26). Čak 88% adolescenata koji su počinili suicid potječu iz zemalja s niskim i srednjim prihodima gdje živi 90% adolescenata. Istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama koje se provodilo na adolescentima u privatnim i javnim školama u 50 država, pokazalo je kako je u 2019. Godini svaki peti adolescent (18,8%) ozbiljno razmišljao o pokušaju samoubojstva, svaki šesti (15,7%) napravio plan o samoubojstvu, jedan od 11 (8,9%) je pokušao suicid dok je jedan od 40 (2,5) pokušao suicid zahtijevajući liječnički tretman (27).

Institut forenzičke medicine u Poljskoj došao je do zaključka da je skoro polovica adolescenata koji su počinili suicid oboljela od neke vrste mentalnog poremećaja; najčešće od depresije ili ovisnosti (28). Depresija ima negativni utjecaj na sva polja u životu čovjeka, tako onemogućuje osobni rast i razvoj mlade osobe, sputava ih u održavanju zdravih odnosa s roditeljima i vršnjacima, te im škola predstavlja izniman teret.

3.2.1. Epidemiologija u Republici Hrvatskoj

Registar počinjenih samoubojstava u Hrvatskoj osnovan je 1986. godine u sklopu Hrvatskoj zavoda za javno zdravstvo. Registar je zadužen za praćenje i registriranje podataka o izvršenim samoubojstvima. “Kroz godine se bilježe oscilacije u broju izvršenih suicida kao i u broju izvršenih suicida na prema broju stanovnika (stopa/100 000)” (29). “Najveći broj samoubojstava registriran je 1987. (1.153 slučajeve, stopa 24,1/100.000) i 1992. (1.156 slučajeve, stopa 24,2/100.000) dok je 1995. Najmanje ljudi je počinilo samoubojstvo (930 slučajeve, stopa 19,4/100 000) te u razdoblju od 2000 do 2019. Godine (926 slučajeve, stopa 20,9 2000. godine; 582 slučajeve, stopa 14,3/100.000 2019. Godine)” (29). U Hrvatskoj, kao i u mnogim zemljama, zabilježen je porast počinjenih suicida među adolescentima između 15-19 godine, od 145 pokušaja samoubojstva, njih 30 je preminulo (30).



Slika 2. Dobno-specifične stope smrtnosti zbog samoubojstava u Hrvatskoj 1985., 1990., 1995., 2000., 2005., 2010. i 2019. godine

Izvor: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvrшена-samoubojstva-u-hrvatskoj-2020/>

Rana adolescencija je optimalno razdoblje za prepoznavanje rizičnih faktora za suicidalno ponašanje. Stoga je provedeno istraživanje na području Kaštela, Solina i Splita koje je obuhvaćalo 840 adolescenata koji su pohađali šesti razred osnovne škole. Rezultati su pokazali kako 17,6% mladih učestalo ima suicidalna promišljanja, s tim da nije uočena spola razlika te nije pronađena poveznica između suicidalnog ponašanja i obiteljske financijske situacije. Zanimljivo je da dječaci sa suicidalnim idejama imaju češće roditelje koji su sudjelovali u Domovinskom ratu dok djevojčice s takvim mislima stvaraju sliku o odnosu s roditeljima i njihovu povezanost, slabijima (6). Također, adolescentice su sklonije samoozljeđivanju najčešće oštrijim predmetima te uzimanju lijekova bez nadzora. Adolescenti su skloniji autoagresivnom ponašanju uz visok suicidalni rizik u odnosu na adolescentice. Najveći broj adolescenata sa suicidalnim ponašanjem ima narušene obiteljske odnose, u najvećoj mjeri s ocem (6).

U studiji koja je provedena u Osijeku, a u kojem je sudjelovalo 286 adolescenata (99 muških, 187 ženskih, između 14 i 18 godina) koji idu u srednju školu, utvrđen je zabrinjavajući podatak; depresivnost je bila prisutna kod 17,83% adolescenata, a suicidalnost kod njih čak 21% (6). Među adolescentima koji ispoljavaju znakove suicidalnog ponašanja, depresija je prisutna od 41% do 58%. Također, otprilike 80% adolescenata sa suicidalnim ponašanjem imaju nekih od psihijatrijskih poremećaja (eksternalizirajući poremećaji, poremećaji raspoloženja te uzimanje psihoaktivnih tvari) (6).

3.3. PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Preventivne aktivnosti obuhvaćaju stvaranje antisuicidalne klime u zajednici odnosno tu spadaju aktivnosti kojima bi se stvorili takvi razvojni i životni uvjeti koji će spriječiti mogućnost nastanka rizičnih grupa i situacija, liječenje osoba koje su žrtve suicidalnog ponašanja, ali i osoba koje su pokušala suicid te obitelji onih koji su suicid i počinili. Preventivne aktivnosti se dijele na primarnu, sekundarnu i tercijarnu.

Primarna prevencija bazirat će se aktivnosti koje će smanjiti učestalost suicidalnog ponašanja među adolescentima. Takve aktivnosti se primjenjuju na cijelo društvo kako do toga ne bi ni došlo. Cilj primarne prevencije je demitologizirati i destigmatizirati fenomen suicidalnog ponašanja te samog čina samoubojstva (2). Baš radi toga, programi primarne prevencije na suicidalno ponašanje gledaju kao na reakciju na nagomilani stres, a ne kao na mentalni poremećaj. Kada bi se suicidalno ponašanje uvijek predstavljalo tako da je prisutno samo kod mentalno poremećene osobe, to bi mladu osobu odvratilo od nakane da potraži potrebnu pomoć. Zadnje desetljeće učestalo se ponavlja kako je potrebna bolje identifikacija i liječenje suicidalnog ponašanja. To se najviše odnosi na rano prepoznavanje znakova konzumacije alkohola, štetnih supstanci, na probiranje djece i adolescenata koji dolaze iz obitelji u kojoj je netko počinio suicid, otkriti razloge mogućih poteškoća u školi i među vršnjacima. Taj oblik prevencije moga bi krenuti od školske razine, pa je potrebno dodatno educirati profesore za rizične faktore koji potiču nastanak suicidalnog ponašanja. Isto tako učenike treba uputiti kome se mogu obrati ako osjete poriv za bilo kakvim oblik suicidalnog ponašanja jer mladi često smatraju da nikoga ne zanima kako se oni osjećaju pa ih vlastite emocije počinju gušiti. To dokazuje i podatak da svega 10-15% adolescenata iz opće populacije potraži pomoć zbog suicidalnog ponašanja u bolnicama i to najčešće zbog predoziranja, a učestalije se javljaju adolescentice (6). Ovaj podatak nažalost ukazuje na tužnu činjenicu postojanja velikog broja neotkrivenih adolescenata koji nečujno pate pod utjecajem psihičkih tegoba od kojih neke mogu biti ozbiljna psihijatrijska stanja.

Sekundarna prevencija obuhvaća osobe kod kojih je suicidalno ponašanje prisutno i učestalo. Ova prevencija se provodi u specijaliziranim centrima u kojima rade educirani profesionalci (2). Također postoje aktivni su i Centri za krizne intervencije koji su 24 sata dostupni za pružanje psihosocijalne pomoći.

Tercijarna prevencija podrazumijeva liječenje i rehabilitaciju osoba koje su si suicidalnim ponašanje nanijeli manje ili veće ozljede (2). Cilj tercijarne prevencije je poboljšanje kvalitete tretmana kao i poboljšanje života adolescentima sa suicidalnim ponašanje, ali i njihovim obiteljima te smanjenje invaliditeta i psihičkih posljedica nakon tretmana.

3.3.1. Program prevencije u Hrvatskoj

Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi navodi kako: „Promocija duševnog zdravlja stvara uvjete za optimalni psihofizički razvoj čovjeka, pa je i temeljni preduvjet prevencije i smanjenja rizika od suicidalnog ponašanja. Sastavni je dio suvremenih strategija i programa društvenog razvoja, javno-zdravstvenog i odgojno-obrazovnog djelovanja, a predstavlja interdisciplinarni i sociokulturni pothvat usmjeren ostvarenju uvjeta koji će povećati dobrobit pojedinaca, grupa i zajednica.“ (30). S obzirom na njihovu konstataciju, nije jasno zbog čega je zadnji nacionalni preventivni program „Program prevencije samoubojstva kod djece i mladih od 2011. do 2013.“ donesen samo za to razdoblje, a nije obnovljen za godine koje nastupaju s obzirom na porast samoubojstava među adolescentima u Republici Hrvatskoj.

Također su za adolescente kojima je potrebna pomoć, dostupni su besplatni telefonski brojevi Centara za krizna stanja i prevenciju suicida, kao i brojevi raznih udruga koje su tu da pomognu adolescentima suicidalnog ponašanja. Osim toga, Svjetski dan prevencije samoubojstava obilježava se 10.rujna sa svrhom širenja znanja i informacija te kako bi se smanjila stigmatizacija tih osoba.

3.3.2. Mjerni instrumenti

Kako bi se dobio uvid u cjelovito psihičko stanje osobe pa tako i adolescenta, uz obavezan intervju koriste se razne skale procjene i upitnici koji su objektivni i ekonomični način prikupljanja potrebnih informacija. Upitnike i skale procjene ispunjava dijete odnosno adolescent te roditelji ili skrbnici. U nastavku su navedeni samo neki mjerni instrumenti koji se koriste za procjenu stanja adolescenta.

3.3.2.1. Semi strukturirani klinički intervju za djecu i adolescente 6-18

“Intervju provodi psihijatar, a ovakav tip intervju uključuje 6 skala bodovanja (agresivno ponašanje, kršenje pravila, anksioznost, depresivnost, problemi pažnje, jezični i motorički problemi, problemi samokontrole, tjelesni problemi i povlačenje te internalizirajući i eksternalizirajući problem”.

3.3.2.2. STRES-D Skala stresnih životnih događaja

Skala samoprocjene u kojoj adolescent navodi u kojoj je mjeri bio izložen stresnim situacijama u zadnjih 6 mjeseci ili tijekom života te kako je to utjecalo na njega.

3.3.2.3. Samoizvješće za mlade od 11 do 18 godina

Ovaj tip upitnika se sastoji od dva dijela kojeg popunjavaju adolescent. Prvi dio se odnosi na podatke o osobnom, školskom i socijalnom funkcioniranju adolescenta. Drugi dio upitnika ima 112 tvrdnji koje se procjenjuju s 0-nije točno, 1-donekle točno, 2-tvrdnja je često točna. Zbrojevi pojedinih čestica se oblikuju u 8 sindromskih skala.

3.3.2.4. Skala procjene osobne podrške

Ova ljestvica procjenjuje percipiranu emocionalnu podršku. Ispitanici trebaju navesti spol i inicijale od 3 važne osobe u njihovom životu iz tri kategorije; članovi obitelji, odrasli koji nisu obitelj i prijatelji. Nakon toga odgovaraju na pitanja Koliko često razgovarate s njima o osobnim brigama? Imate li blizak odnos s navedenim osobama? Jeste li zadovoljni s pruženom pomoći i podrškom? I posljednje pitanje Koliko često navedene osobe pričaju o

svojim problemima? Na pitanja ispitanici odgovaraju korištenjem ljestvice od nikad do često.

3.3.3. Tretmani i intervencije

Praćenje stanja i funkcioniranja adolescenta sa suicidalnim ponašanjem je iznimno zahtjevno radi nepredvidivih i brzih promjena u ponašanju, motivaciji te načinima samoozljeđivanja. Ne smije se nikako zanemariti uvijek postojeći rizik za fatalni ishod po impulzivnom tipu odnosno radi krive procjene posljedica određenog suicidalnog ponašanja (4).

3.3.4. Podržavajuća (suportivna) terapija

Ovakva vrsta psihoterapije iznimno je korisna adolescentima da bi se što bolje suočavali s emocionalnim previranjima potaknutim kriznom situacijom (31). Ako je uzrok problema u vanjskoj okolini, ona se pokušava izmijeniti odnosno utjecati na nju kako bi se smanjio stresni pritisak. Tako se poboljšava napredak u socijalnom funkcioniranju.

Vršnjaci imaju bitnu ulogu u životu adolescenta, stoga mogu biti od velike pomoći prilikom liječenja mladih kod kojih je prisutno suicidalno ponašanje. Vršnjačka podrška specifičan je i subjektivan odnos koji se temelji na proživljenom iskustvu, dijeljenju sličnih životnih događaja, okolnosti, situacija i vrijednosti (32). Smatra se još da takav oblik podrške funkcionira kao „sustav pružanja i primanja pomoći utemeljen na ključnim načelima poštivanja, zajedničke odgovornosti i zajedničkog dogovora na koji način si pomoći.“ (32).

Ovo zajedničko iskustvo, potiče duboko i cjelovito razumijevanje gdje su mladi slobodni biti svoji, bez hijerarhijskih ograničenja kao što je u odnosu stručnjak-pacijent. Kroz zajedničko iskustvo psihičke i emocionalne boli, međusobno se mogu usredotočiti na empatično razumijevanje tuđe situacije, a to svakako pomaže i u oporavku.

Programi vršnjačke potpore pokazali su se učinkoviti u smanjenju simptoma tugovanja, poboljšanju psihosocijalnih ishoda i kod ishoda povezanih sa suicidom te potiču osobni rast i razvoj osoba koje su pokušale počiniti suicid. Nekoliko kvalitativnih studija pružaju uvid u to kako vršnjačka podrška može pozitivno utjecati na oporavak od pokušaja suicida putem međusobnog razumijevanja, prihvaćanja, interakcije, podrške i sve to bez ikakve osude upućene adolescentu sa suicidalnim ponašanjem (32).

Općenito su liječnici primarne zdravstvene skrbi dosta detaljni, ali nisu dovoljno osjetljivi za detekciju psihosocijalnih poteškoća. U istraživanju koje je obuhvatilo liječnike primarne zdravstvene zaštite, njih 77% se izjasnilo kako ne rade screening za prisutnost suicidalnog ponašanja kod adolescenata te za njihove čimbenike rizika iako se dosta liječnika u visokom postotku od 47%, susrela s adolescentima koji su pokušali samoubojstvo (3). Zbog toga je bitno prepoznavanje poznatih obrazaca ponašanja, pogledati raniju anamnezu suicidalnog ponašanja i dobiti informacije od treće osobe vezano za bilo kakvu promjenu u ponašanju, raspoloženju te o izloženosti stresu (6).

Jedna od metoda u borbi protiv suicidalnog ponašanja je ugovor između adolescenta i liječnika ili roditelja odnosno Antisuicidalni ugovor. U ugovoru najčešće piše da ako osoba bude imala poriv za bilo kakav oblik suicidalnog ponašanja, kontaktirat će roditelja i/ili psihijatra ili pozvati hitnu pomoć. U ugovoru je zapisana dogovorena metoda nošenja sa suicidalnim ponašanjem. Ugovor može biti pisan ili verbalno dogovoren.

U obzir treba uzeti i farmakološke pristupe koji pogađaju agresivnu i emocionalnu disregulaciju kao što je litij. Uz litij ističe se i klopazin. Uvođenjem novih antipsihotika došlo je do minimalne promjene odnosno do smanjenja suicidalnog ponašanja u odnosu na primjenu klasičnih antipsihotika. Zbog toga je od iznimne važnosti i psihoterapija. Ovaj način liječenja je pogodan pogotovo kod mladih s ponavljajućim suicidalnim ponašanjem.

3.3.5. Kako prepoznati znakove upozorenja

Razni su znakovi i vrste ponašanja koje osobe sa suicidalnim ponašanjem pokazuju, ali ljudi nikad ne smatraju da bi neko njihov najmiliji ili bliska osoba počinila takav čin. Realnost je da se nikad ne zna što osoba razmišlja, kakvo je njezino psihičko stanje. Adolescent sa suicidalnim ponašanje može dolaziti svaki dan u školu ili na druženje s prijateljima nasmijan i druželjubiliv pa će život te osobe izvana ljudima izgledati sasvim normalno i sretno, a zapravo se osoba psihički raspada. Stoga je bitno ne osuđivati nikoga te obratiti pažnju na ono što osoba govori te na koji način izražava osjećaje.

Mnogi adolescenti će zapravo i dosta pričati o samoozljeđivanju, o samoubojstvu ili će reći kako bi najradije bili mrtvi te govore pozitivno o tom činu. Ako mlada osoba to učestalo spominje, dobro je upitati zbog čega se javljaju takve misli i osjećaji, potaknuti ti ju da se više otvori. Potrebno je i obratiti pažnju na simptome depresije, pogotovo roditelji koji često zanemaruju takve znakove misleći da njihovo dijete nema razloga od toga bolovati. Ako se osoba odjednom počela rano buditi ili pretjerano spavati, ako je hiperaktivna, gubi zanimanje za aktivnosti koje su je prije radovali ili poduzima nepotrebni pretjerani rizik (predoziranje opojnim supstancama, bavljenje ekstremnim sportovima, zanemarivanje vlastitog zdravlja, promiskuitet), sve su to neki od znakova koji moraju upaliti „alarm“ kod njihovih najbližih, prijatelja, nastavnika ili djelatnicima primarne zdravstvene zaštite.

3.4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Medicinska sestra često ostvaruje prvi kontakt s adolescentom s prisutnim suicidalnim ponašanjem. To može biti patronažna sestra, medicinska sestra hitne medicinske službe, u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu, javnozdravstvena sestra ili medicinska sestra u ordinaciji liječnika opće medicine

Svaku vrstu suicidalnom ponašanja treba shvatiti ozbiljno te oprezno pristupiti rješavanju tog problema. Važno je da se iskaže empatija i pokuša saznati uzrok problema. Adolescenti nemaju dovoljno iskustva sa suočavanjem sa stresnim situacijama i bujicama misli koje im se javljaju pa je potrebno da ih medicinska sestra pozorno sasluša i postavlja

jasna i razumljiva pitanja kako bi ih mogla što bolje i preciznije savjetovati te uputiti da zatraže stručnu pomoć. Adolescenti svoju bol i beznade mogu iskazivati na druge ne verbalne načine poput, davanja osobnih stvari, devijantnog ponašanja, upornog konzumiranja štetnih supstanci, somatskih boli poput glavobolje ili bolova u trbuhu. Nikako nije poželjno stvaranje umjetne vesele atmosfere niti nuditi lažna obećanja kako će s vremenom sve biti bolje. Ranjivom adolescentu bit će dovoljno da ih se samo sasluša bez optuživanja i predrasuda kako bi uvidjeli da nisu sami.

3.4.1. Trijaža adolescenta sa suicidalnim ponašanjem

Bitno je da medicinska sestra dobro procijeni pacijentovo psihičko stanje, te ako su prisutne suicidalne misli, osoba nipošto ne smije biti ostavljena sama bez nadzora. Potrebno je ukloniti sve opasne predmete, lijekove ili neka druga sredstva koja predstavljaju opasnost za adolescenta u takvom stanju. Kada adolescent dođe u Objedinjeni hitni bolnički prijem, pregled započinje procjenom psihičkog stanja koje se temelji na procjeni izgleda pacijenta, emocionalnog stanja, raspoloženja i ponašanja (33). Potrebno je uzeti u obzir faktore rizika bilo da se radi o samoozljeđivanju ili ozljeđivanju drugih osoba. Visok rizik prisutan je kod osoba sa psihičkim tegobama i akutno nastalim psihičkim smetnjama (33). Nakon što medicinska sestra na trijaži utvrdi glavnu tegobu, započinje se s primarnim pregledom pacijenta pa tek onda kreće procjena psihičkog zdravlja pacijenta. Pri radu sa psihičkim oboljelim osobama, ne smije se zaboraviti na vlastitu sigurnost i na sigurnost drugih.

Prvo se primjećuje izgled osobe (je li zapuštena, uredna, nosi li odjeću prikladnu vremenskim uvjetima, ima li ozljeda po tijelu, je li pod utjecajem droge ili alkohola...). Nakon toga se provjerava emocionalno stanje adolescenta koji može biti uznemiren, napet, agresivan ili možda plače, hiperventilira ili se pak smije. Kada medicinska sestra prikupi potrebne podatke, tek tada može odrediti je li prisutan rizik za samoubojstvo.

3.4.2. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Nakon pravilne procjene bolesnikovog trenutnog stanja, medicinska sestra mora znati prepoznati potrebe za zdravstvenom njegom, definirati probleme, planirati i provoditi sestrinske intervencije i naposljetku ih evaluirati. Sestrinske dijagnoze se definiraju nakon osnovne procjene bolesnika, dok se intervencije provode prema prioritetu.

Intervencije medicinske sestre za adolescenta sa suicidalnim ponašanjem trebale bi biti usmjerene na ublažavanje simptoma, razvijanje vještina za lakše nošenje sa stresom i emocijama, učenje socijalnih vještina, ublažavanje prisutnih simptoma, prepoznavanje rizičnih čimbenika koji dovode do suicidalnog ponašanja te na edukaciju adolescenta i obitelji. Cilj je oporavak i poboljšanje kvalitete života.

Sestrinske dijagnoze koje se najučestalije koriste kod adolescenta sa suicidalnim ponašanjem su visok rizik za samoozljeđivanje, visok rizik za samoubojstvo, anksioznost, bespomoćnost, beznade, poremećaj spavanja.

Visok rizik za samoozljeđivanje se prema NANDA ne izdvaja od dijagnoze Visokog rizika za samoubojstvo. "To je stanje u kojem pojedinac pokazuje naznake da će sam sebe ozlijediti" (34). Potrebno je da medicinska sestra izgradi odnos povjerenja, pokaže pacijentu razumijevanje bez osuđivanja, potakne pacijenta na razgovor i na izražavanje svojih osjećaja, omogućiti pacijentu osjećaj sigurnosti, potakne pacijenta na korištenje metoda relaksacije, educira obitelj o znakovima samoozljeđivanja.

"Visok rizik za samoubojstvo predstavlja ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom" (34). To je hitno stanje u psihijatriji. Odmah je potrebno ukloniti sve potencijalno opasne predmete i osigurati okolinu za pacijenta. Biti uz pacijenta koliko god je moguće. Bitno je držati se načela terapijske komunikacije te izbjegavati, osuđivanje, moraliziranje, naređivanje. Pacijenta treba potaknuti na verbalizaciju negativnih misli i osjećaja.

"Anksioznost je nejasan osjećaj nelagode ili straha praćen psihomotornom napetošću, tjeskobom, panikom, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može nositi" (34). Intervencije medicinske sestre trebaju biti usmjerene na stvaranje profesionalno

empatijskog odnosa, opažanje neverbalnih izraza anksioznosti, educirati pacijenta da prepozna čimbenike koje mu izazivaju anksioznost.

Bespomoćnost je naziv za stanje nezadovoljnog odnosa s okolinom (34). Plan zdravstvene njege sadržavat će intervencije poput pružanja podrške, edukacije pacijenta o tehnikama suočavanju sa stresom, edukacije o komunikacijskim vještinama.

“Beznađe je emotivno stanje u kojem pojedinac ne pronalazi način donošenja odluka kako bi riješio problem ili postigao željeni cilj” (34). U tom slučaju, medicinska sestra treba omogućiti pacijentu da verbalizira svoje osjećaje, potaknuti pacijenta da prepozna vlastite sposobnosti i snagu, omogućiti pacijentu sudjelovanje u grupama podrške.

Poremećaj spavanja je nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe spavanja i odmora (34). Plan zdravstvene njege sadržavat će intervencije kao što je ukloniti čimbenike koje negativno utječu na usnivanje, dogovoriti s pacijentom vođenje dnevnika spavanja, omogućiti pacijentu da izrazi brige koje mu otežavaju spavanje, podučavati pacijenta tehnikama relaksacije.

4. ZAKLJUČAK

Suicidalno ponašanje u adolescentnoj dobi značajan je problem kojem se treba ozbiljno pristupiti. Takvo ponašanje se dijeli na pojavu suicidalnih ideacija, namjerno samoozljeđivanjem, nesuicidalno samoozljeđivanje, pokušaj suicida i suicid. Suicid se nalazi visoko na ljestvici uzroka smrti među adolescentima, zauzimajući 4.mjesto, odmah nakon smrti uzrokovane prometnim nesrećama i tuberkulozom i međuljudskim nasiljem. U Hrvatskoj je najviše suicida počinjeno 1987. i 1992. godine.

Kao i u svijetu i Hrvatska prati trend porasta stope suicida među adolescentima od 15 do 19.godine. Sam čin suicida je fenomen koji predstavlja najtežu kliničku situaciju. Adolescent koji je u stanju oduzeti se život to vidi kao jedino rješenje koje mu preostaje.

Razlika između nesuicidalnog i suicidalnog ponašanja je u motivaciji. Adolescenti koji su skloni nesuicidalnom samoozljeđivanju žele osjetiti olakšanje, dok se kod adolescenta sa suicidalnim ponašanjem javlja želja za smrću i to je bitna razlika.

Nesuicidalno ponašanje može predstavljati „poziv u pomoć“, sa željom da se pažnja usmjeri na sebe kako bi mogli iskazati kako se osjećaju i što ih muči.

Proširivanjem razumijevanja psiholoških aspekata suicidalnog ponašanja u adolescenciji bilo bi moguće planirati, razvijati i provoditi razne preventivne programe koji su za sada vrlo oskudni u Hrvatskoj. Ti bi programi također bili prilagođeni aktualnim okolnostima i situaciji.

Prevenciju je potrebno intenzivnije provoditi kroz školski sustav pomoću različitih radionica i predavanja koja bi podučila adolescente na koje čimbenike rizika treba obratiti pozornost, kako se nositi sa stresom i emocijama, ali i kako pomoći drugoj osobi koja pokazuje obilježja suicidalnog ponašanja.

Važnost medicinske sestre je iznimna budući da ona najčešće ostvaruje prvi kontakt s adolescentom sa suicidalnim ponašanjem. Bitno je da ga sasluša, uputi koristan savjet bez osuđivanja i predrasuda.

Medicinska sestra može djelovati u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji. Preventivni rad je vrsta osnovne zaštite koja se provodi na mjestu gdje ljudi žive, rade i školuju se. Edukacija pacijenata i njihovih obitelji jedan je od najvažnijih zadataka u prevenciji suicidalnog ponašanja u adolescenciji.

5. LITERATURA

1. McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. QJM. 2015 Oct;108(10):765-80
2. Lebedina-Manzoni M, Maglica T. Suicid adolescenata. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja [Internet]. 2004 [pristupljeno 26.09.2021.];40(1):139-148. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/11279>
3. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry. 2006 Mar-Apr;47(3-4):372-94
4. Hannah Ritchie, Max Roser and Esteban Ortiz-Ospina (2015) - "Suicide". Published online at OurWorldInData.org. Dostupno na: '<https://ourworldindata.org/suicide>'
5. Macrotrends: Croatia suicide rates 2000-2021 (mrežne stranice). Dostupno na: <https://www.macrotrends.net/countries/HRV/croatia/suicide-rate>
6. Tomac A. Psihopatološke specifičnosti adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem (disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015.
7. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health. 2018 03;2(3):223-8
8. TEICHER JD. Normal psychological changes in adolescence. Calif Med. 1956 Sep;85(3):171-6
9. Dalele EA. Razvojni izazovi (mrežne stranice). Zagreb: Hrvatski studij sveučilišta u Zagrebu, Odjel za psihologiju 2016. Dostupno na: http://www.ss-medicinske-vrapce-zg.skole.hr/strucno_vijece/razvojni_izazovi_u_adolescenciji.pdf
10. Blos P. On Adolescence. New York: Free Press, 1962.
11. Erikson E. Identity and the life cycle. Psychological Issues 1959;1:680-84.
12. Schafer R. Concepts of self and identity and the experience of separation individuation in adolescence. Psychoanalytic Quarterly 1973;42:42-59.
13. Côté JE. Mead - Freeman controversy in review. Journal of Youth and Adolescence 2000;29:5.
14. Freud S. The transformations of puberty. Standard Edition 1905;7:207-43

15. Dahl RE, Allen NB, Wilbrecht L, Suleiman AB. Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*. 2018 02 21;554(7693):441-50
16. Novak M, Ferić M, Kranželić V, Mihić J. KONCEPTUALNI PRISTUPI POZITIVNOM RAZVOJU ADOLESCENATA. *Ljetopis socijalnog rada* [Internet]. 2019 [pristupljeno 25.09.2021.];26(2):155-184. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v26i2.294>
17. Coleman JC, Hendry L. *The nature of adolescence*. London: Routledge, 1999.
18. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus* [Internet]. 2017 [pristupljeno 25.09.2021.];26(2 Psihijatrija danas):173-183. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189043>
19. Shlosberg D, Zalsman G, Shoval G. Emerging issues in the relationship between adolescent substance use and suicidal behavior. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2014;51(4):262-7
20. Bursztein C, Apter A. Adolescent suicide. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jan;22(1):1-6.
21. Pupovac ID, *Suicid kod osoba koje nemaju psihički poremećaj (magisteriji)*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017.
22. Voracek M, Loibl LM. Geneticsof suicide: a systematicreviewoftwinstudies. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(15-16):463-75
23. Marčinko D, i sur., ur. *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
24. Van Heeringen K, Audenaert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, Mertens J i sur. Prefrontal 5-HT2a receptor bindingpotential, hopelessnessandpersonalitycharacteristicsinattempted suicide. *J AffectDisord*. 2003;74:149- 58.
25. Turecki G, Brent DA. Suicide andsuicidalbehaviour. *Lancet*. 2016 Mar 19;387(10024):1227-39
26. WHO. *Suicide prevention: update 2019*. WHO; Geneva 2019.
27. Ivey-Stephenson AZ, Demissie Z, Crosby AE, et al. Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR Suppl* 2020;69(Suppl-1):47–55.

28. Dodig-Curković K, Curković M, Radić J, Degmečić D, Fileković P. Suicida l behavior and suicide among children and adolescents-risk factors and epidemiological characteristics. CollAntropol. 2010 Jun;34(2):771-7.
29. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2020. (mrežne stranice) Zagreb: Registar izvršenih samoubojstava Hrvatske 2020. Rujan, Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2020/>
30. Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi: Programprevencijesamoubojstava kod djece I mladih, zarazdooblje od 2011. do 2013. godine (mrežne stranice) Zagreb, 2011., siječanj. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/Programi%20i%20projekti%20-%20Ostali%20programi/prevencija%20samoubojstava%20kod%20djece%20i%20mladih.pdf>
31. Poljak M, Begić D. Anxiety disorders in children and adolescents. Socijalna psihijatrija [Internet]. 2016 [pristupljeno 25.09.2021.];44(4):310-329. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/174630>
32. Kerr DC, Preuss LJ, King CA. Suicidal adolescents' social support from family and peers: gender-specific associations with psychopathology. J Abnorm Child Psychol. 2006 Feb;34(1):103-14.
33. Ribić S. Uloga medicinske sestre u prevenciji suicidalnosti [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2017 [pristupljeno 25.09.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:804429>
34. Šimunec D. ur. Sestrinske dijagnoze 3 Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2015.

6. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci:

Ime i prezime: Ena Rubin

Datum i mjesto rođenja: 06.07.1998., Split

E-mail: enarubin9@gmail.com

Obrazovanje:

2005.-2013. Osnovna škola „Bijaći“ Kaštel Novi

2013.-2017. Opća gimnazija „Kaštela“ Kaštel Novi

2017.-2018. Veleučilište u Bjelovaru, smjer Sestrinstvo

2018.-2019. Sveučilište u Zadru, sveučilišni odjel zdravstvenih studija, smjer Sestrinstvo

2019.-2021. Sveučilište u Splitu, sveučilišni odjel zdravstvenih studija, smjer Sestrinstvo

Radno iskustvo:

Datum: 01.srpnja - 01.rujna.2015.

Zanimanje: bookerica za restoran

Datum: 15.srpnja – 01.rujna 2016.

Zanimanje: prodaja sladoleda

Datum: 01.kolovoz 2019. – 23.rujan 2021.

Zanimanje: tehničar za ugradnju trepavica

Osobne vještine i kompetencije:

Materinski jezik: hrvatski

Društvene vještine i kompetencije: strani jezik – engleski, talijanski i njemački u govornom i pisanom obliku

Računalne vještine i kompetencije: korištenje MS Office programa

Vozačka dozvola: B kategorija