

INTENZIVNO LIJEČENJE SUICIDALNIH BOLESNIKA

Bukara, Tanja

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:313030>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-14**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Tanja Bukara

INTENZIVNO LIJEČENJE SUICIDALNIH BOLESNIKA

Diplomski rad

Rijeka, 2015.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Tanja Bukara
INTENZIVNO LIJEČENJE SUICIDALNIH BOLESNIKA
Diplomski rad

Rijeka, 2015.

Mentor rada: Doc. dr. sc. Vlatka Sotošek Tokmadžić, dr. med.

Diplomski rad ocjenjen je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Rad sadrži 25 stranica, 8 slika, 2 tablice, 10 literaturnih navoda.

Zahvala:

Srdačno zahvaljujem svojoj dragoj mentorici doc. dr. sc. Vlatki Sotošek Tokmadžić, dr. med. na strpljenju, razumijevanju, stručnoj pomoći i vrijednim savjetima prilikom izrade ovog diplomskog rada. Također se zahvaljujem svim medicinskim sestrama i pomoćnom osoblju u Jedinici intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka, lokalitet Rijeka, i svim sestrama i pomoćnom osoblju Katedre za Anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje KBC-a Rijeka, lokalitet Sušak, na susretljivosti, ustupljenim materijalima, pomoći i strpljenju prilikom prikupljanja podataka. Zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na strpljenju, razumijevanju i podršci tijekom studiranja i prilikom izrade diplomskog rada.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Suicid.....	1
1.1.1. Kratki povijesni pregled.....	1
1.1.2. Podjela suicida.....	2
1.1.3. Metode izvršenja suicida	3
1.2. Prevalencija i epidemiološki pokazatelji suicidalnosti.....	3
1.3. Suicidalni bolesnici.....	5
1.3.1. Čimbenici rizika	5
1.4. Liječenje suicida	6
2. SVRHA RADA	8
3. ISPITANICI I POSTUPCI.....	9
3.1. Ispitanici.....	9
3.2. Postupci.....	9
4. REZULTATI.....	10
5. RASPRAVA.....	19
6. ZAKLJUČCI.....	21
7. SAŽETAK	22
8. SUMMARY	23
9. LITERATURA	24
10. ŽIVOTOPIS	25

1. UVOD

1.1. Suicid

Suicidalnost ili samoubilačko ponašanje je obrazac ponašanja gdje osoba ima samoubilačke misli i/ili pokuša odnosno uspije u pokušaju namjernog oduzimanja vlastitog života te je jedan od oblika samoozljeđivanja (1, 2, 3). Samoubojstvo je čin sa smrtnim ishodom gdje je pokojnik svjesno poduzeo mjere s očekivanim potencijalno smrtonosni ishod s ciljem oduzimanja vlastitog života. Pokušaj samoubojstva se definira kao neuspjeli pokušaj samoubojstva u osoba koje su imale ozbiljnu namjeru počinuti samoubojstvo. Parasuicid je je podvrsta pokušaja samoubojstva karakterizirana niskom razinom namjere da se samoubojstvo i poćini te predstavlja potrebu za pažnjom. Važno je napomenuti kako se pokušaj suicida i parasuicid međusobno isključuju (3). Samoubilačke ideje su pasivne misli u kojima osoba želi biti mrtva ili aktivne misli o ubijanju sebe (1).

Svako samoubojstvo je tragedija na osobnoj i globalnoj razini te čini veliki javnozdravstveni problem koji pogađa obitelji, zajednice i cijele zemlje te ima dugotrajne posljedice na ljude koji ostaju živjeti nakon osobe koja je poćinila samoubojstvo. Niti jedna poznata društvena zajednica nije poštećena suicidalnosti (1, 2). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je uvidjela veličinu javnozdravstvenog problema suicidalnosti te je prevencija suicidalnosti jedan od prioritetnih zadataka Svjetske zdravstvene organizacije (1).

1.1.1. Kratki povijesni pregled

Rijeć "suicid" izvedena je od latinske rijeći „sui“ (onaj koji se odnosi na samoga sebe, sam sebi) i „caedere“ (ubiti). Pretpostavlja se da je rijeć "suicid" prvi put upotrijebljena u 17. stoljeću oko 1651. godine dok su samoubojstva poznata od uvijek i vjerojatno postoje koliko i ćovječanstvo (2, 3). Percepcija samoubojstva tijekom povijesti se mijenjala i ovisila je o tome

kako se trenutno definira samoubojstvo. Tako je primjerice u doba antike i u Rimsko doba samoubojstvo bilo dopušteno, a ponekad se i preporučalo te je u Rimu bilo dopušteno samo za slobodno građanstvo, ako bi se rob ubio vlasnik je imao pravo na povrat novca. Prvi pomaci se pojavljuju zajedno sa kršćanstvom. Vijeće Kartage je prvo, 348. godine, osudilo dobrovoljnu smrt čime započinje era promatranja samoubojstva kao zločina i počinje se oštro osuđivati. Ponovnu prekretnicu u pogledu na samoubojstva potiču veliki mislioci poput Emila Durkheima i Sigmunda Freuda i do danas se pokušava postići konsenzus stajališta prema suicidu i definicija suicida (3).

1.1.2. Podjela suicida

Prema Durkheimanu samoubojstva se mogu podijeliti u 3 skupine. Prva su egoistična samoubojstva koja su najčešća u mirnodobskim uvjetima i obično su posljedica gubitka interesa za život odnosno socijalnog interesa ili neodgovarajuće integracije u društvu. Osobe koje čine samoubojstva iz ovih razloga su najčešće duševno ili fizički bolesne osobe. Druga skupina su altruistična samoubojstva u kojoj glavni značaj ima socijalna skupina i osobe čine samoubojstva u svrhu postizanja ciljeva takve jedne skupine. Ovakav oblik samoubojstava je čest u pojedinim kulturama i religijskim zajednicama gdje se i smatra časnim činom. Treću skupinu čine anomična samoubojstva koja se pojavljuju kada dolazi do naglih promjena uloge osobe u društvu ili u globalnom smislu u doba društvenih i gospodarskih promjena te razdobljima dezintegracije (2, 4).

Nadalje, samoubojstva se mogu podijeliti na izravna (aktivna) i neizravna (kronična ili pasivna) samoubojstva. Aktivna samoubojstva su akutne naravi i prisutne su samoubilačke misli, dok u pasivnog samoubojstva bolesnici najčešće nisu svjesni samoubilačkog nagona, ali dugoročnim nezdravim i rizičnim obrascima ponašanja nepovoljno utječu na svoj organizam (1, 2, 3). Samoubojstva također mogu biti planirana ili impulzivna. Planirana samoubojstva su ona koja

je osoba neko kraće ili duže vrijeme planirala ili je razmišljala o suicidu, dok su impulzivna samoubojstva ona koja se dogode u kraćem vremenskom razdoblju i iznenada (2). Samoubojstva možemo podijeliti na naprasna i polagana.

Samoubojstva još mogu biti podijeljena i obzirom na broj ljudi koji sudjeluje u suicidu pa tako razlikujemo pojedinačna, dvojna i višestruka samoubojstva (4).

1.1.3. Metode izvršenja suicida

Metode izvršenja suicida su raznolike. Ipak neke su metode češće nego druge. Procjenjuje se da je oko 30% samoubojstava u svijetu počinjeno samotovanjem pesticidima od kojih se većina javljaju u ruralnim poljoprivrednim područjima u nerazvijenim i srednje razvijenim zemljama (1). Učestalost pojedinih metoda varira između zemalja i pojedinih regija (5).

Suicidalan bolesnik u svojoj namjeri da si oduzme život pribjegava određenim metodama i sredstvima, a koju će metodu primijeniti ovisi o bolesniku samom, njegovoj okolini i dostupnosti sredstva. Metode samoubojstava u većini slučajeva su uobičajene i dobro poznate. Neke od najčešće primjenjivanih metoda su prije spomenuta samotovanja koja su pak najčešće izvršena pesticidima ili lijekovima u visokim dozama, te mnogim drugim sredstvima. Nadalje imamo vješanja, propucavanja vatrenim oružjem, udisanje ugljičnog monoksida, skok sa visine, izlaganje vozilu u pokretu (najčešće vlak). prerezivanje krvnih žila (najčešće na zapešćima), samoubojstva električnom strujom, gušenje, utapanje te mnoge druge. Metode ponekad znaju biti čak i bizarne (1, 5).

1.2. Prevalencija i epidemiološki pokazatelji suicidalnosti

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) svake godine više od 800 000 ljudi počinu samoubojstvo, a još je više onih koji pokušaju počinuti samoubojstvo (1).

Učestalost samoubojstava se izražava u stopama, odnosno kao broj izvršenih samoubojstava na 100 000 stanovnika godišnje. Samoubojstva su prisutna u svim zajednicama, ali se njihova stopa razlikuje među regijama, državama pa čak i unutar same države (1, 2). U svijetu se bilježi ukupna dobno spolna stopa suicida od 11,4 na 100.000 stanovnika, prema posljednjim dostupnim podacima iz 2014. godine, čineći samoubojstvo desetim vodećim uzrokom smrti u svijetu (1). Samoubojstva se događaju u gotovo svim dobnim skupinama te se rizik povećava sa dobi, međutim mlade odrasle osobe češće počine samoubojstva nego ostale odrasle osobe. Samoubojstva čine 17,6% svih smrtnih slučajeva osoba starosne dobi od 15 do 29 godina u razvijenijim zemljama, čime zauzima drugo mjesto u toj dobnj skupini odmah iza prometnih nesreća (1, 5). Na globalnoj razini samoubojstva čine udio od 8,5% smrti među mladima. Ukupno u svijetu najviše stope suicida su u ljudi u dobi od 70 godina i više. U razvijenim zemljama od samoubojstva umire više muškaraca nego žena i to u odnosu 3 naprema 1. Muškarci u dobi od 50 godina i više su posebno osjetljiva skupina (1). Međutim žene će tri puta češće pokušavaju suicid (1, 2, 5). Procijenjena stopa samoubojstava u Europi je nešto iznad globalnog prosjeka, te šest Europskih zemalja su u 20 zemalja s najvišom stopom samoubojstava (1). Ukupna stopa suicida u Republici hrvatskoj za 2012. godinu je bila 11,6 na 100 000 stanovnika, što je također nešto više od svjetskog prosjeka, no obzirom na razdoblje do 2009. godine kada je iznosila oko 19 na 100 000 stanovnika značajno je u padu (1, 2). Raspodjela prema spolu je nešto drugačija i iznosi 19,8 na 100 000 stanovnika za mušku populaciju i 4,5 na 100 000 stanovnika, što je nešto manje od 4.5 naprema 1 (1). Važno je napomenuti i kako je stopa samoubojstava u Hrvatskoj bila najviša u prve dvije poslijeratne godine i od tada je u laganom padu (2). Broj pokušaja samoubojstava su 20 puta češća nego samoubojstva (1).

Prema teoriji heteroagresivnosti i autoagresivnosti svaka osoba ima potrebu izražavanja agresije koja ima ulogu rasterećenja. Agresija može biti okrenuta prema van odnosno prema

nekome ili nečemu (heteroagresivnost). Ako je izražaj agresije prema van onemogućen onda se agresija izražava prema samome sebi (autoagresivnost) što bi moglo objasniti povećan broj samoubojstva. Lester navodi da u zemljama u kojima je manja stopa ubojstava povećana stopa samoubojstava i obratno (1, 2). Smatralo se da je prevalencija samoubojstava veća u razvijenim zemljama, međutim prema podacima SZO iz 2012. godine na globalnoj razini 75% samoubojstava događa se u nisko i srednje razvijenim zemljama (1).

1.3. Suicidalni bolesnici

Suicidalni bolesnici su bolesnici koji su u riziku da počine odnosno pokušaju počiniti samoubojstvo. Takve osobe se osjećaju beznadno, više ne vide smisao života. U svojim mislima i problemima su najčešće sami i nemaju potporu drugih, barem ne u mjeri i obliku koja je njima potrebna te potajno imaju želju za nečijom pozornošću (1, 2, 5, 6).

„Suicid najčešće nastaje kao posljedica dugo akumulirane agresivnosti, one koja ne nalazi put da se izrazi u okolini, prema nekome ili nečemu te se očituje unutar osobe autoagresijom, odnosno samoozljeđivanjem ili samoubojstvom.“ (2). Samoubojstvo se predstavljaju rješenje problema, ili način za postizanje određenog rezultata (3).

1.3.1. Čimbenici rizika

Postoji više čimbenika rizika koji mogu osobu učiniti suicidalnom, takozvani čimbenici suicidalnog rizika. Čimbenike rizika možemo podijeliti hijerarhijski u tri skupine, na primarne ili psihijatrijske čimbenike, zatim na sekundarne ili psihosocijalne čimbenike i na tercijarne ili demografske čimbenike. Možemo ih podijeliti i na predisponirajuće čimbenike i precipitirajuće čimbenike ili čimbenike okidače (stresore). Predisponirajući čimbenici su čimbenici koji čine osobu podložnijom za razvoj suicidalnosti, a to su dob, spol, neki genetski poremećaji te biološki poremećaji. Današnje studije istražuju povezanost abnormalnosti serotoninergičnog

sustava, niže razine lipida odnosno kolesterola, hiperaktivnost hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi sa suicidalnošću. Kliničkim studijama je dokazano da sobe koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu suicidalnog ponašanja su u većem riziku za suicid. To je posebno moguće uočiti kod jednojajčanih blizanaca (1, 2, 5). Obzirom na spol žene imaju veći čimbenik rizika za suicidalno ponašanje, međutim muškarci su u većem riziku od suicida, omjer varira od zemlje do zemlje, oko 2-5.1 naprema 1 (4). Gledajući dob, rizik globalno raste zajedno s dobi, međutim postoje odstupanja koja su vezana uz određene životne periode (1, 2). Precipitirajući čimbenici mogu biti postepeni ili nagli, tako bi prisutnost određenog mentalnog poremećaja, osjećaj izoliranosti, zlostavljanje, samački život i usamljenost, dugotrajna nezaposlenost, etno-kulturalni čimbenici predstavljali postepeni precipitirajući čimbenik. S druge strane su samoubojstva koja se događaju impulzivno kao rezultat na trenutak krize zbog neprilagođenosti situaciji i to su primjerice prekid veze, kronične boli i bolesti, sukobi, katastrofe, nasilje. Stope samoubojstava su visoke među skupinama koje doživljavaju diskriminaciju, kao što su primjerice izbjeglice i migranti ili osobe homoseksualnog opredjeljenja te zatvorenici. Mentalni poremećaji nisu uzrok suicida sami po sebi, ali u oko 90% samoubojstava u razvijenijim zemljama prisutni su psihički poremećaji. Depresija, bipolarni poremećaj, alkoholizam ili zloupotreba druge tvari, shizofrenija, poremećaj osobnosti i anksiozni poremećaji su mentalni poremećaji koji imaju najveći rizik za razvoj suicidalnosti. Najveći čimbenik rizika za samoubojstvo je raniji pokušaj samoubojstva (1, 2, 7).

1.4. Liječenje suicida

Vrlo je bitno rano prepoznavanje suicidalnih bolesnika i suicidalnog ponašanja kako bi se mogle poduzeti mjere prevencije koje su najvažniji i najučinkovitiji način liječenja suicida. Naime, liječenje samog suicida nije moguće, no moguće ga je spriječiti. Liječiti je moguće

samo pokušaje suicida odnosno suicidalnost ili čimbenike rizika kao primjerice psihičke poremećaje u svrhu sprečavanja ili umanjivanja rizika od suicida (1).

Bolesnici koji su pokušali izvršiti suicid, ali u toj namjeri nisu uspjeli najčešće su teški bolesnici koji zahtijevaju intenzivan nadzor i liječenje te potporu organizmu. Takvi se bolesnici najčešće zaprimaju u Jedinice intenzivnog liječenja do stabilizacije stanja. Liječenje se provodi ovisno o metodi i sredstvu pokušaja samoubojstva. Tako primjerice kod otrovanja možemo bolesniku dati antidote ako postoje. Nakon stabilizacije stanja bolesnici koji su pokušali suicid se na daljnje liječenje premještaju na odjel Psihijatrije, osim ako oporavak organizma nije potpun i zahtijeva liječenje na nekom drugom odjelu do potpune stabilizacije stanja (1, 6, 7).

2. SVRHA RADA

Svrha ovog istraživanja bila je:

- utvrditi ukupni broj bolesnika koji su pokušali učiniti suicid, a koji su zbog težine ozljeda liječeni u Jedinicu intenzivnog liječenja Kliničkoga bolničkog centra (KBC) Rijeka u razdoblju od 1. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine
- utvrditi dob i spol suicidalnih bolesnika koji su liječeni u Jedinici intenzivnog liječenja Kliničkoga bolničkog centra (KBC) Rijeka u razdoblju od 1. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. Godine
- utvrditi metode kojim su bolesnici pokušali učiniti suicid
- analizirati broj suicidalnih bolesnika koji su liječeni strojnom ventilacijom i odrediti trajanje strojne ventilacije
- prisutnost psihičkih poremećaja kao važnog čimbenika rizika
- utvrditi trajanje boravka u Jedinici intenzivnog liječenja
- ishod liječenja
- povezanost vrijednosti Glasgow koma skale(GCS, engl. Glasgow coma scale) pri primitku s ishodom liječenja suicidalnih bolesnika.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Ispitanici

Ovom retrospektivnom studijom obuhvaćeno je 139 bolesnika koji su pokušali učiniti suicida i koji su liječeni u Jedinicama intenzivnog liječenja Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje (KBC) Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine.

Za potrebe studije utvrđeni su opći podatci bolesnika, uključujući ime, prezime, spol i dob. Uključeni ispitanici su bili starosne dobi od 16 do 80 godina.

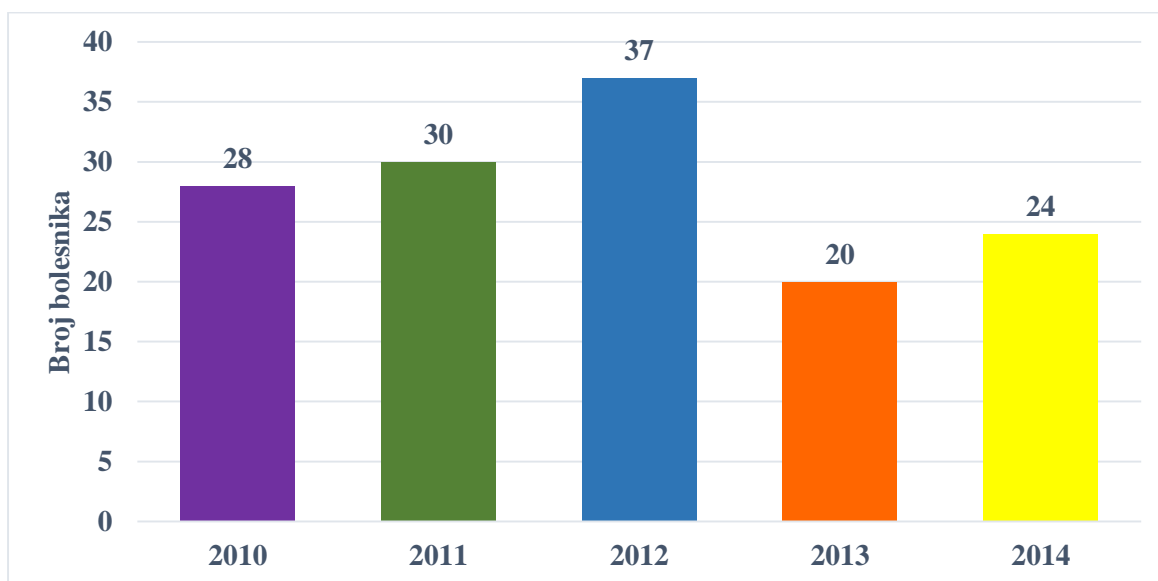
Prilikom prikupljanja podataka zaštićen je identitet ispitanika, te je očuvana njihova privatnost i poštovane su sve etičke i moralne norme.

3.2. Postupci

Svako bolesniku uključenome u studiju analizirali su se slijedeći podatci: način ozljeđivanja, trajanje liječenja u jedinicama intenzivnoga liječenja, trajanje strojne ventilacije, potreba za strojnom ventilacijom, pojava infekcije, ishod liječenja, postojanje psihijatrijske dijagnoze . Podaci su prikupljeni uvidom u medicinsku dokumentaciju ispitanika. Upisani su i obrađeni u računalnom programu Microsoft Excel. Za prikaz rezultata koristili smo deskriptivnu statistiku, a rezultati su prikazani u obliku tablica i grafikona s objašnjenjem rezultata.

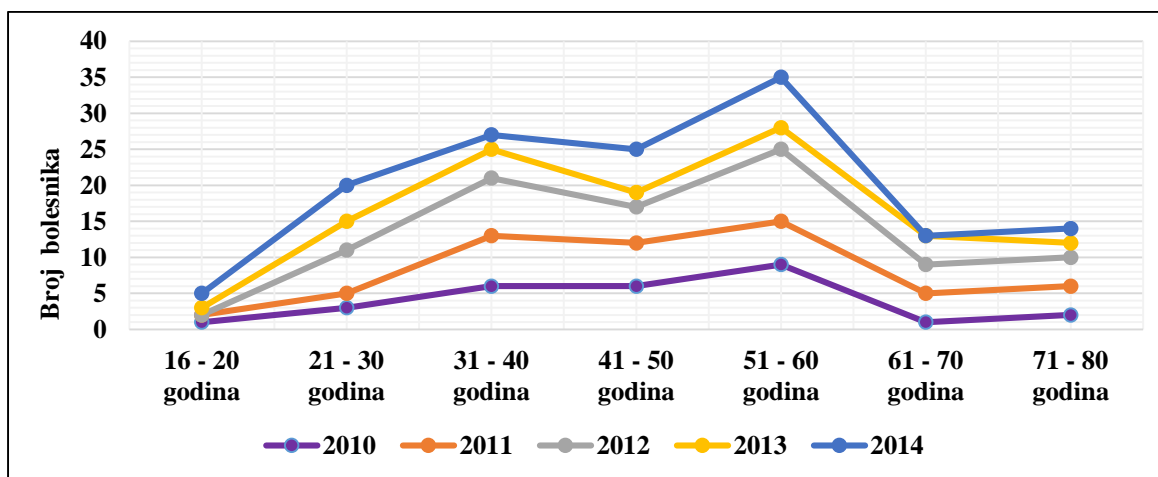
4. REZULTATI

U razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine u Jedinicu intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka liječeno je 139 bolesnika koji su pokušali suicid, od kojih je u 2010. godini liječeno 28 (20%) bolesnika, u 2011. godini 30 (22%) bolesnika, u 2012. godini 37 (27%) bolesnika, u 2013. godini 20 (14%) i u 2014. 24 (17%) bolesnika (Slika 1).



Slika 1. Distribucija broja bolesnika koji su pokušali suicid i koji su liječeni u Jedinici intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine po godinama.

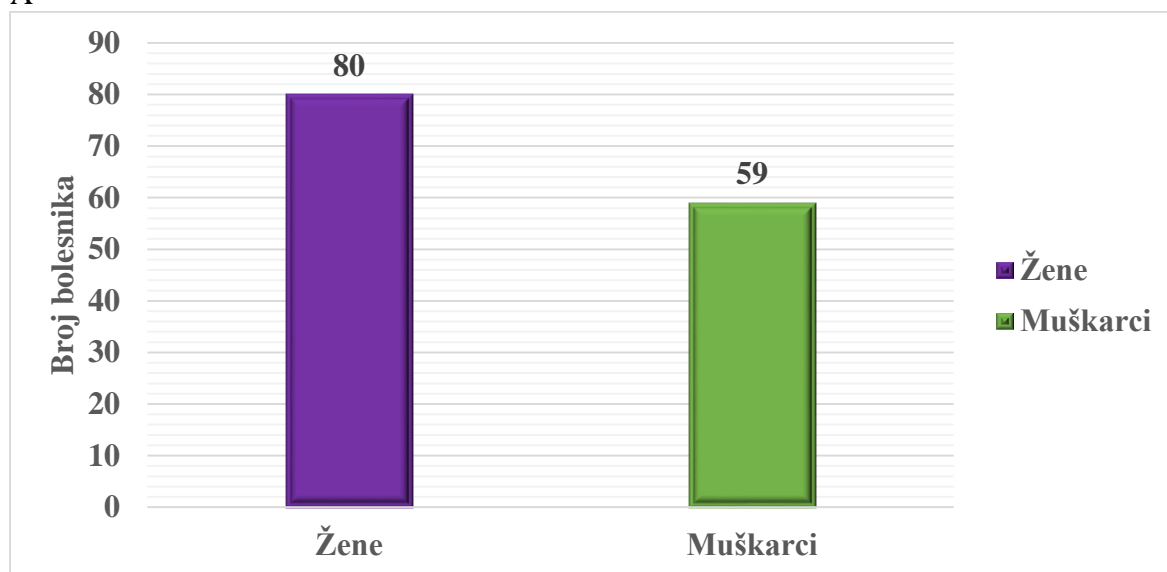
Od ukupno 139 bolesnika liječenih u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka, od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine zbog pokušaja suicida nije bilo bolesnika u dobi ispod 16 i iznad 80 godina. Primljeno je 5 bolesnika u dobi od 16 do 20 godina, 20 bolesnika u dobi od 21 do 30 godina, 27 bolesnika u dobi od 31 do 40 godina, 25 bolesnika u dobi od 41 do 50 godina, 35 bolesnika u dobi od 51 do 60 godina, 13 bolesnika u dobi od 61 do 70 godina i 14 bolesnika u dobi od 71 do 80 godina (Slika 2).



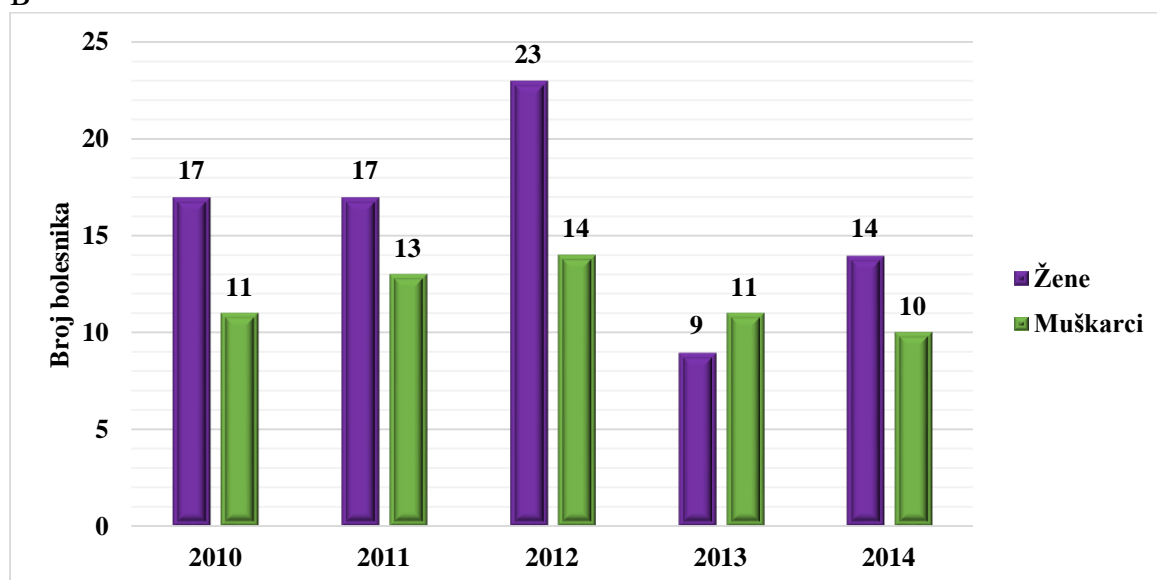
Slika 2. Distribucija broja bolesnika koji su pokušali učiniti suicid prema dobnim skupinama.

Od ukupnog broja bolesnika liječenih u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka, od 1. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine zbog pokušaja suicida 80 (58%) su bile žene, a 59 (42%) muškarci (Slika 3 - A). U 2010. godini bilo je 61% žena i 39% muškaraca, u 2011. godini bilo je 57% žena i 43% muškaraca, u 2012. godini bilo je 62% žena i 38% muškaraca, 2013. godini bilo je 45% žena i 55% muškaraca, a u 2014. godini je bilo 58% žena i 42% muškaraca (Slika 3 – B). Od ukupnog broja žena (80 bolesnica) zaprimljenih na liječenje u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka, od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine 17 (21%) je bilo u 2010. godini, 17 (21%) je bilo u 2011. godini, 23 (29%) je bilo u 2012. godini, 9 (18%) je bilo u 2013. godini i u 2014. godini je bilo 14 (18%) bolesnica. Od ukupnog broja muškaraca (59 bolesnika) zaprimljenih na liječenje u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka, od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine u 2010. godini je bilo 11 (19%), u 2011. godini je bilo 13 (22%), u 2012. godini je bilo 14 (24%), u 2013. godini je bilo 11 (19%) i u 2014. je bilo 10 (17%) bolesnika.

A



B



Slika 3. Prikaz bolesnika koji su liječeni u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine po spolu (A), zastupljenost spola po godinama (B).

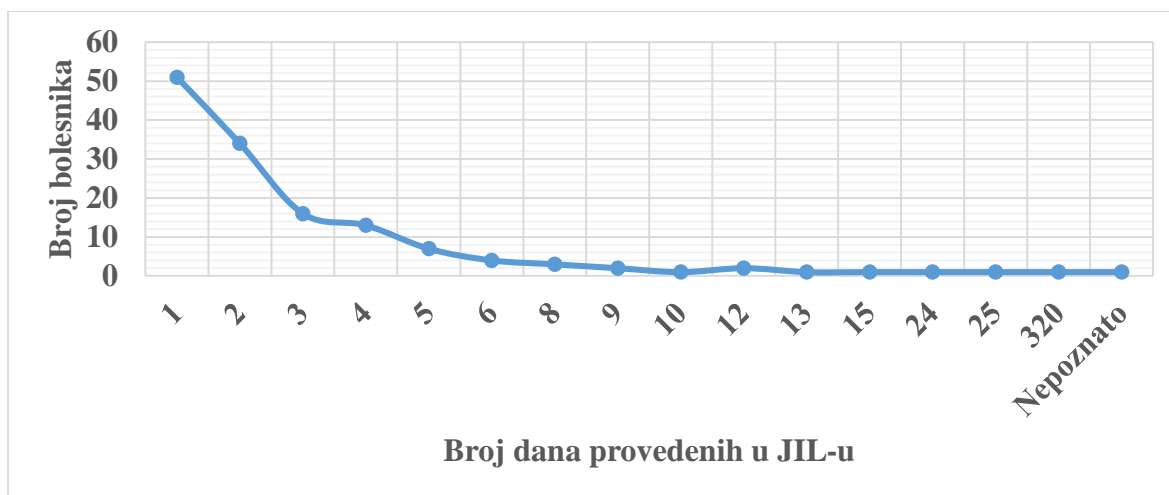
Bolesnici koji su liječeni u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine zbog pokušaja suicida, samoubojstvo su pokušali počinuti raznim metodama. Prema dobivenim podacima najzastupljenija metoda je

bila samootrovanje (114 bolesnika ili 82%), 8 (5,7%) bolesnika pokušalo učiniti samoubojstvo prostrijelim glave. Ostale metode su zastupljene rijetko (Tablica 1).

Tablica 1. Ukupna i spolna raspodjela bolesnika prema metodi kojom je izvršen pokušaj suicida.

Metode	Žene	Muškarci	Ukupno
Samootrovanje	73	41	114
Prostrijelna rana glave	0	8	8
Rezanje zapešća	0	1	1
Samootrivanje i samoinjiciranje sredstva	0	1	1
Penetrantna i perforanta rana abdomena	0	2	2
Samootrovanje i rezanje zapešća	1	0	1
Samootrovanje i višestruke rezne rane	0	1	1
Skok s visine	1	0	1
Samoinjiciranje	2	1	3
Samozapaljenje	0	1	1
Udarac tupim predmetom u glavu	0	1	1
Vješanje	2	0	2
Utapanje	1	0	1
Vješanje i samootrovanje	0	1	1
Ubodna rana prsišta	0	1	1
Ukupno	80	59	139

Od 139 bolesnika liječenih u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine zbog pokušaja suicida 121 (87%) bolesnik je bilo liječen 5 ili manje dana, a 17 (12%) bolesnika je bilo liječeno više od 5 dana. Za 1 (>1%) bolesnika nisu pronađeni podaci. Broj bolesnika po danima prikazan je na slici 4.



Slika 4. Trajanje liječenja suicidalnih bolesnika u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine

U Tablici 2 je prikazan odnos duljine boravka u JIL-u s metodom kojom je izvršen pokušaj samoubojstva.

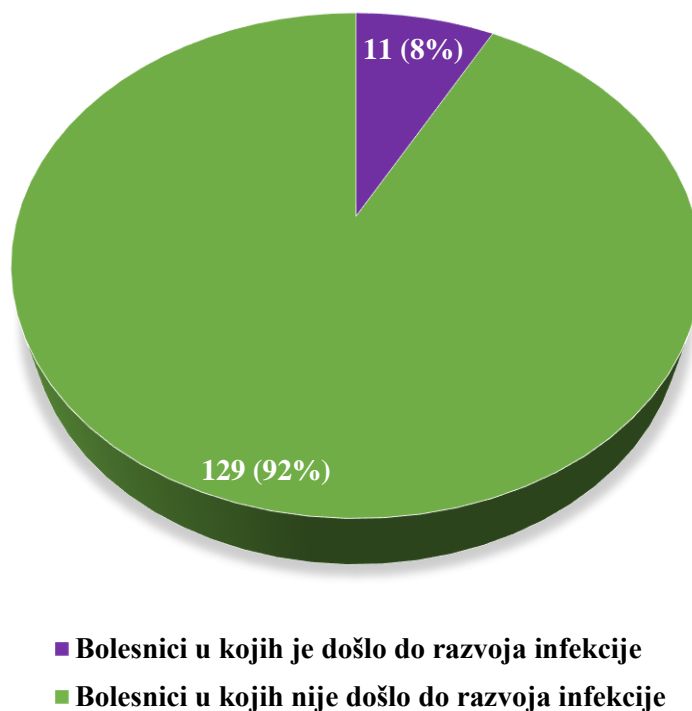
Tablica 2. Broj dana provedenih u Jedinici intenzivnoga liječenja povezanih s metodom pokušaja suicida.

Broj dana u JIL-u	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>	<u>15</u>	Ukupno
1	42	1	1		1	1	1		1	1		1			1	51
2	30	2			1			1								34
3	15			1												16
4	10	2											1			13
5	7															7
6	1	2									1					4
8	3															3
9	1													1		2
10	1															1
12	2															2
13	1															1
15	1															1
24		1														1
25									1							1
320												1				1
Nepoznato									1							1
Ukupno	114	8	1	1	2	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	139

1- Samootrovanje, 2- Prostrjelna rana glave, 3- Rezanje zapešća, 4- Samootrovanje i samoinjiciranje sredstva, 5- Penetrantna i perforantna rana abdomena, 6- Samootrovanje i rezanje zapešća, 7- Samootrovanje i

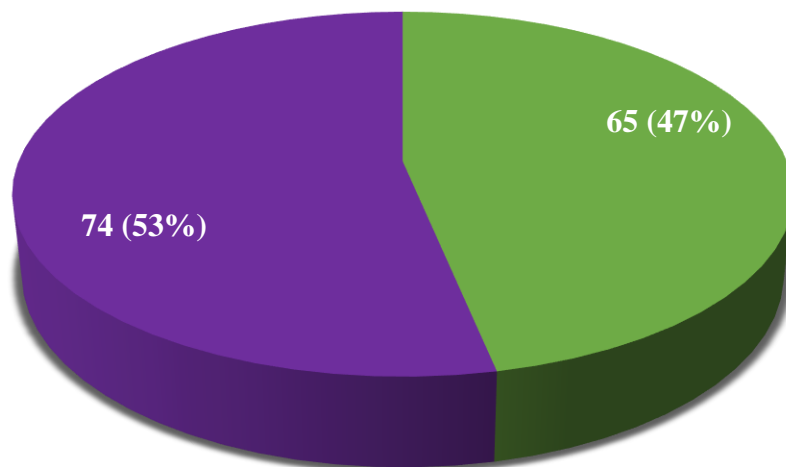
višestruke rezne rane, 8- Skok s visine, 9- Samoinjiciranje sredstva, 10- Samozapaljenje, 11- Udarac tupim predmetom u glavu, 12- Vješanje, 13- Utapanje, 14- Vješanje i samootrovanje, 15- Ubodna rana prsišta

Od ukupnog broja bolesnika liječenih u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine zbog pokušaja suicida u 11 (8%) bolesnika se razvila infekcija (Slika 5).



Slika 5. Prikaz broja bolesnika koji su pokušali učiniti suicid u kojih je došlo do razvoja infekcije tijekom liječenja u Jedinici intenzivnoga liječenja

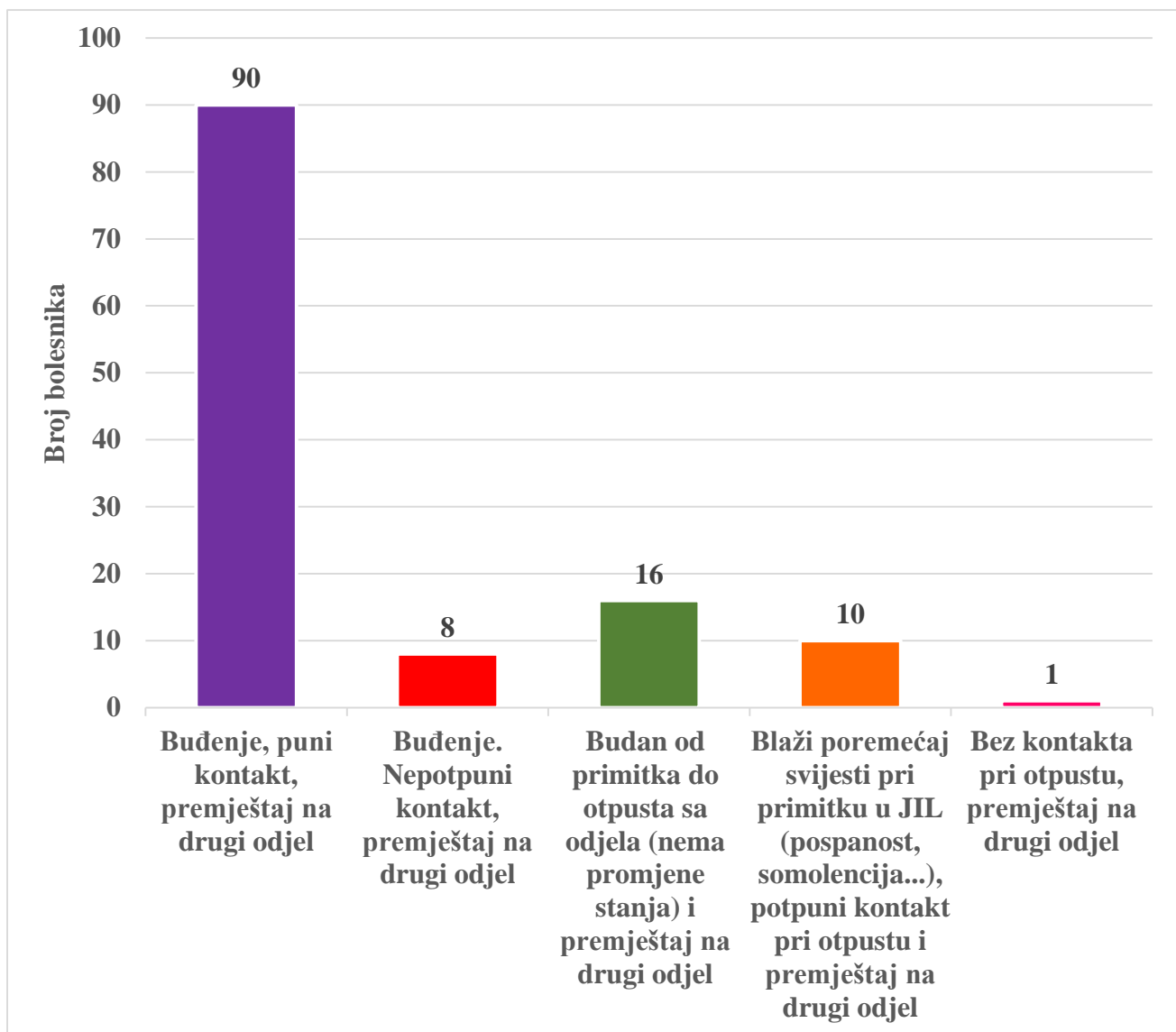
Šezdeset i pet bolesnika (47%) koji su bili liječeni u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine zbog pokušaja suicida bilo je strojno ventilirano, dok njih 74 (53%) nisu trebali ventilacijsku potporu (Slika 6).



■ Bolesnici koji su strojno ventilirani ■ Bolesnici koji nisu strojno ventilirani

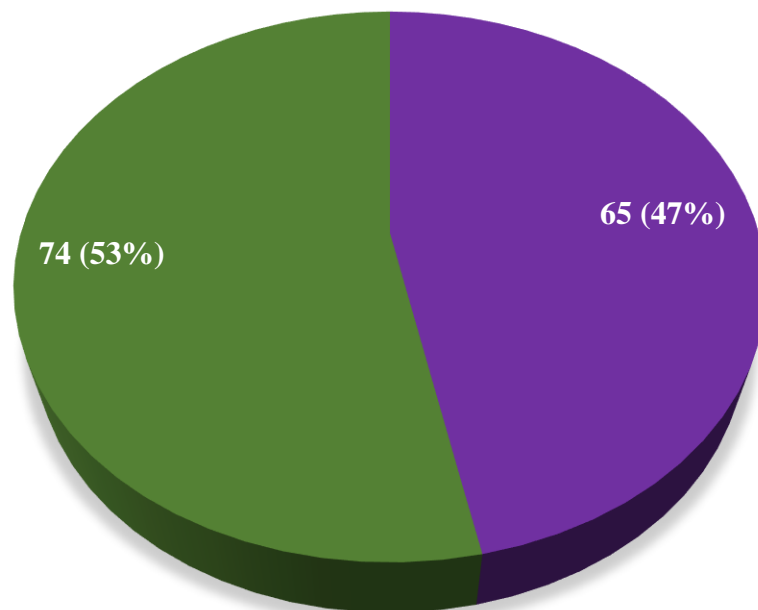
Slika 6. Prikaz broja bolesnika koji su pokušali učiniti suicid i liječeni u Jedinici intenzivnoga liječenja s obzirom na potrebu strojne ventilacije

Sto dvadeset i pet (90%) su pokušali učiniti suicid i liječeni u Jedinici intenzivnoga liječenja u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine je otpušeno na druge odjele, dok je 13 (9%) bolesnika umrlo. U jednoga bolesnika nije ishod liječenja nije poznat. Prilikom otpusta iz JIL-a pacijenti su bili različitog stupnja oporavka što je prikazano na slici 7.



Slika 7. Stupanj oporavka bolesnika prilikom otpusta iz Jedinici intenzivnoga liječenja

Postojanje jedne ili više psihijatrijskih dijagnoza utvrđeno je u 65 (47%) bolesnika dok u 74 (53%) nije bilo podataka koji govore u prilog postojanju psihijatrijskih bolesti (Slika 8). Od 65 bolesnika u kojih je potvrđeno postojanje psihijatrijske dijagnoze 57 (88%) imalo je jednu dijagnozu, dok je 8 (12%) bolesnika imalo kombinaciju dvije ili više dijagnoza istovremeno. Najzastupljeniji psihički poremećaj bila je depresija, potom shizofreni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj.



- Bolesnici koji su pokušali učiniti suicid u kojih je utvrđena dijagnoza psihijatrijske bolesti
- Bolesnici koji su pokušali učiniti suicid u kojih nije utvrđena dijagnoza psihijatrijske bolesti

Slika 8. Prisutnost psihijatrijske dijagnoze u bolesnika koji su liječeni u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine.

5. RASPRAVA

Samoubojstva vjerojatno postoje od kad je čovječanstva te prate čovječanstvo od razdoblja prije prvih civilizacija pa do dana današnjega. Tijekom povijesti status samoubojstava se mijenjao (3). Danas se samoubojstva uključujući i pokušaje samoubojstva smatraju velikim javnozdravstvenim problemom (1).

Ovo istraživanje ukupno je obuhvatilo 139 bolesnika u dobi od 16 do 80 godina koji su liječeni u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine zbog pokušaja suicida. Srednja dob bolesnika je 47,5 godina. Najmanje je bilo bolesnika u dobi od 16 do 20 godina, njih 5. Broj pokušaja suicida u početku polako raste s dobi i doseže vrhunac u dobi od 51 do 60 godina, a onda naglo pada. Svjetska istraživanja pokazuju tendenciju porasta broja pokušaja samoubojstva s dobi, no vrh pokazuju u dobi od 70 godina (1).

Tijekom ovog petogodišnjeg razdoblja koje je praćeno od ukupnog broja zaprimljenih bolesnika 58% (80 bolesnika) su bile žene, a 42% (59 bolesnika) muškarci. Ovaj podatak govori u prilog tome da žene češće pokušaju izvršiti samoubojstvo nego muškarci, ali ni približno 3 puta više od muškaraca kako navodi literatura (1, 8).

Tijekom ovog istraživanja utvrđeno je 15 različitih metoda pokušaja suicida. Najučestalija metoda pokušaj suicida, sa udjelom od čak 82%, je samootrovanje, a najučestalije sredstvo korišteno za samootrovanje su lijekovi. Ovaj podatak korelira sa svjetskom literaturom koja govori da osobe najčešće pokušaju izvršiti suicid zlouporabom lijekova (1, 5, 9, 10). Nakon samootrovanja najčešći pokušaji suicida izvedu su prostrijelom glave (1, 5, 9).

Trajanje liječenja suicidalnih bolesnika u jedinicama intenzivnoga liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. je u većini slučajeva bio kraći od 5 dana, a od toga 42% je trebalo jednodnevnu potporu. U 12% bolesnika liječenje je trajalo

više od 5 dana. Ventilacijska potpora bila je primijenjena u 47% bolesnika dok 53% bolesnika nisu trebali ventilacijsku potporu. Od 65 bolesnika koji su bili priključeni na strojnu ventilaciju 33 (51%) bolesnika trebalo je ventilacijsku potporu 1 dan ili manje. Iz ovih podataka bismo mogli zaključiti da je većina bolesnika akutno ugrožena, najviše radi zatajenja dišnog sustava no kada se stanje stabilizira dolazi do brzog oporavka.

Od 139 bolesnika liječenih u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Rijeka u razdoblju od 01. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine u 125 (90%) od došlo je do poboljšanja stanja te su ovisno o stupnju oporavka bili premješteni na drugi odjel radi nastavka liječenja. Smrtni ishod je zabilježen u 13 (9%) bolesnika.

Prisutnost psihijatrijskih dijagnoza utvrđena je u 47%, dok kod 53% nije bilo podataka koji govore u prilog postojanju psihijatrijske bolesti što se ne podudara sa svjetskim podacima, gdje udio psihijatrijske dijagnoze čini 90% (1, 2, 6). U 53% bolesnika u koji nije postojala potvrda o prisutnosti psihijatrijske dijagnoze, takva se dijagnoza ne može isključiti jer ovi bolesnici nisu prethodno obrađeni od strane psihijatra.

6. ZAKLJUČCI

- 139 bolesnika je liječeno u Jedinicu intenzivnog liječenja Kliničkoga bolničkog centra (KBC) Rijeka u razdoblju od 1. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine zbog pokušaja suicida
- Prosječna dob bolesnika je bila 47,5 godina, najviše bolesnika je bilo u dobi od 51 do 60 godina (25%), a najmanje je bilo bolesnika od 16 do 20 godina (3.6%).
- Ukupni udio dio žena je bio 58%, a udio muškaraca 42%.
- Najčešće metode suicida su bile samootrovanje (82%) i prostrijele glave (5,7%).
- Ventilacijska potpora dišnom sustavu bila je primijenjena u 47% bolesnika
- U 47% bolesnika utvrđena je prisutnost psihičkog poremećaja.
- Duljina liječenja u jedinicama intenzivnoga liječenja u 87% bolesnika bila je 5 ili manje dana, a 12% bolesnika je bilo liječeno više od 5 dana.
- 13 (9%) bolesnika je umrlo, a u 125 (90%) bolesnika je došlo poboljšanja stanja te su ovisno o stupnju oporavka bili premješteni na drugi odjel radi nastavka liječenja. U jednog bolesnika nije bilo moguće dobiti podatke o ishodu terapije.

7. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Utvrditi ukupni broj bolesnika koji su pokušali učiniti suicid i koji su liječeni u jedinicama intenzivnoga liječenja KBC Rijeka u razdoblju od 1. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine, odrediti distribuciju dobi i spola suicidalnih bolesnika, utvrditi metode kojim su bolesnici pokušali učiniti suicid, analizirati broj suicidalnih bolesnika koji su liječeni strojnom ventilacijom i odrediti trajanje strojne ventilacije, utvrditi trajanje boravka i ishod liječenja u Jedinici intenzivnog liječenja, ustanoviti prisutnost psihičkih poremećaja kao važnog čimbenika rizika.

Ispitanici i postupci: Ova petogodišnja studija obuhvatila je 139 bolesnika koji su pokušali učiniti suicida i koji su liječeni u Jedinicama intenzivnog liječenja KBC Rijeka. Podaci su prikupljeni uvidom u medicinsku dokumentaciju ispitanika. Upisani su i obrađeni u računalnom programu Microsoft Excel te su prikazani u obliku tablica i grafikona s objašnjenjem rezultata.

Rezultati: Prosječna dob bolesnika je bila 47,5 godina, četvrtina bolesnika bila je u dobi od 51 do 60 godina, bilo je 16% više žena nego muškaraca. Samootrovanje je bila najčešća metoda pokušaja samoubojstva s udjelom od 82%. Ventilacijska potpora primijenjena je u 47% bolesnika. Prisutnost psihičkog poremećaja utvrđena je u 47% bolesnika. 9% bolesnika je preminulo.

Zaključak: Bolesnici koji su pokušali suicid su akutno ugroženi bolesnici, ali uz pravodobno provedene mjere suvremenoga intenzivnoga liječenja 87% bolesnika se oporavi unutar 5 dana.

Ključne riječi: pokušaj suicida, jedinica intenzivnog liječenja; samootrovanje; samoozljeđivanje

8. SUMMARY

Aims: To establish the total number of patients who had tried to commit suicide and were treated in the ICU Hospital Rijeka in the period from January the 1st of 2010 to December the 31st of 2014, to determine the distribution of age and gender suicidal patients, to determine the method by which the patients tried to suicide, analyze the number of suicidal patients treated with mechanical ventilation and determine the duration of ventilation hardware, determine the duration of stay and treatment outcome in the Intensive Care Unit. To establish the presence of mental disorders as an important risk factor.

Material and Methods: This five-year study included 139 patients who attempt suicide and who were treated in the Intensive Care Unit of Hospital Rijeka. Data were collected by examining the medical records of patients. Subscribed and analyzed in a computer program Microsoft Excel, and they are presented in the form of tables and charts explaining the results.

Results: The average age of patients was 47.5 years, a quarter of the patients were aged from 51 to 60 years, there were 16% more women than men. Self poisoning was the most common method with a share of 82%. Ventilation support was applied in 47% of patients. The presence of mental disorder was found in 47% of patients. 9% of the patients died.

Conclusion: Patients who have attempted suicide are acutely severely compromised patients, with intensive treatment 87% of patients recover within 5 days.

Key words: suicide attempt, intensive care unit; poisoning; sefinjury

9. LITERATURA

1. World Health organization., službene stranice, Dostupno na: <http://www.who.int/en/>, Zadnji put pristupljeno 12.05.2015. godine
2. Frančišković T, Moro Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009., str. 369-77.
3. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study Crisis 2006;27(1):4-15.
4. <http://www.suicidi.info/> . Pristupljeno 14.06.2015. godine.
5. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M,i sur. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. Bulletin WHO 2008;86:726–32.
6. <http://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>
7. Isometsä E Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why? Can J Psychiatr 2014;59(3):120-30.
8. Hamilton E, Klimes-Dougan B. Gender Differences in Suicide Prevention Responses: Implications for Adolescents Based on an Illustrative Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health 2015;12:2359-72.
9. Spicer RS, Miller TR. Suicide Acts in 8 States: Incidence and Case Fatality Rates by Demographics and Method. Am J Pub Health 2000;90:1885-91.
10. Teo AI, Cooper JG. The epidemiology and management of adult poisonings admitted to the short-stay ward of a large Scottish emergency department. Scott Med J 2013;58(3):149-53.

10. ŽIVOTOPIS

Tanja Bukara rođena je 5. veljače 1991. godine u Zagrebu. Nešto prije navršene prve godine života sa obitelji se seli u Pulu gdje se školuje i odrasta. 1997. godine upisuje prvi razred Osnovne škole „Veruda“ u Puli, koju završava 2005. godine. Te iste godine upisuje Medicinsku školu u Puli, koju završava 2009. godine. Akademske godine 2009./2010. upisuje, kao redovni student, integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Medicine, u Rijeci. Sve obveze studija medicine obavlja u roku.