

Suicidalnost u starijoj životnoj dobi

Ličanin, Nikolina

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:342938>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Nikolina Ličanin

SUICIDALNOST U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA
DIPLOMSKI STUDIJ SOCIJALNOG RADA

Nikolina Ličanin

SUICIDALNOST U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

DIPLOMSKI RAD

Mentor: Prof. dr. sc. Ana Štambuk

Zagreb, 2022.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Pojam suicidalnosti.....	3
2.1. Teorijske definicije.....	3
2.2. Operativna definicija.....	4
2.3. Tipologija i klasifikacija	6
3. Teorije/modeli suicidalnosti	8
3.1. Durkheimova sociološka teorija.....	9
3.2. Teorija beznada	9
3.3. Teorija bijega	10
3.4. Teorija disregulacije emocija	10
3.5. Teorija psihološke boli (psihe).....	11
3.6. Interpersonalno-psihološka teorija suicida.....	11
3.7. Integrirani motivacijsko-voljni model suicidalnog ponašanja	12
3.8. Model stresne dijazeze.....	12
4. Uzroci (rizični faktori) suicidalnog ponašanja starijih osoba.....	13
4.1. Spol i suicidalno ponašanje starijih osoba	13
4.2. Dob i suicidalno ponašanje starijih	16
4.3. Mjesto stanovanja i suicidalno ponašanje starijih osoba.....	17
4.4. Fizičke (somatske) bolesti i suicidalno ponašanje starijih	19
4.5. Mentalne bolesti (duševne smetnje) i suicidalno ponašanje starijih	21
4.6. Socijalni faktori i suicidalno ponašanje starijih	23
4.7. Ostali značajni faktori za suicidalno ponašanje starijih	25
5. Osvrt na metodološku praksu (nedostatke) istraživanja.....	27

6. Socijalni rad i prevencija suicidalnog ponašanja starijih osoba	29
7. Zaključak	30
8. Literatura	32

Suicidalnost u starijoj životnoj dobi

Sažetak: Suicidalnost nije tako rijetka pojava u starijoj životnoj dobi i tema je mnogih istraživanja. Ovaj rad će predstaviti definicije suicida kao i klasifikacije suicidalnog ponašanja. Cilj ovog rada je napraviti pregled istraživanja koja su se bavila rizičnim faktorima za suicidalno ponašanje u starijoj životnoj dobi. Dakle, istraživanja koja su se bavila razlozima zbog kojih stariji razmišljaju o suicidu, zbog kojih dolazi do pokušaja suicida i naposljetku razlozi koji dovedu do počinjenja suicida u toj dobi. Takav pregled istraživanja može prvenstveno poslužiti javnosti za upoznavanje sa specifičnostima suicidalnosti u trećoj dobi. Nadalje, može koristiti za izradu preventivnih programa, ali i znanstvenicima u istražene ili neistražene podatke te njihovu konzistentnost. Istraživanjima se pokazalo kako su neki od rizičnih faktora za suicidalnost starijih: muški spol, stara starija dob, život u ruralnom području, razne fizičke i mentalne bolesti, usamljenost, financijski problemi, nedovoljna emocionalna podrška te pretrpljeno nasilje. U radu će se također predstaviti i ukratko opisati neke od ključnih teorija suicidalnosti: Durkheimova sociološka teorija, teorija beznađa, teorija bijega, teorija disregulacije emocija, teorija psihološke boli, interpersonalno-psihološka teorija, integrirani motivacijsko-voljni model te model stresne dijateze. Suicidalnost u starijoj dobi je ozbiljan društveni problem te je u ovom radu prepoznata uloga socijalnog rada u prevenciji ovoga problema.

Ključne riječi: suicidalnost, starija dob, rizični faktori, teorije suicidalnosti, socijalni rad

Suicidality in old age

Abstract: Suicidality is not such a rare occurrence in old age and as such is the subject of many studies. This paper will present definitions of suicide, as well as the classifications of suicidal behavior. The aim of this paper is to present the risk factors for suicidal behavior in older age through a review of research. Thus, research that explored the reasons why elderly think about suicide, why suicide attempts occur among the elderly and finally the reasons that lead to committing suicide at that age. Such an overview of research can primarily serve the public to familiarize them with the specifics of suicidality in the third age. Furthermore, we can use it as a basis for preventive planning as well as guidelines in further research. Studies have shown that some of the risk factors for elderly suicide are: male gender, old old age, living in a rural area, various physical and mental illnesses, loneliness, financial problems, insufficient emotional support and suffered violence. The paper will also present and briefly describe some of the key theories of suicidality: Durkheim's sociological theory, hopelessness theory, escape theory, emotion dysregulation theory, psychache theory, interpersonal-psychological theory, integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour and model of stress diathesis. Suicidality in old age is a serious social problem, and this paper recognizes the role of social work in the prevention of this problem.

Key words: suicidality, old age, risk factors, theories of suicidality, social work

Izjava o izvornosti

Ja, Nikolina Ličanin pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu

Nikolina Ličanin, v.r.

1. Uvod

Starije osobe predstavljaju uistinu jednu specifičnu i ranjivu skupinu čiji se broj ubrzano povećava i to zahvaljujući porastu općeg životnog standarda, unapređenju zdravstvene zaštite, ali i smanjenom prirodnom priraštaju (Vujović, 2017.). Kad se govori o starijoj životnoj dobi u zapadnim zemljama, ona je najčešće povezana sa 60 ili 65 godina i može se reći kako je udio starijih od 65 godina u cjelokupnoj populaciji sve veći (Rusac, 2006.). World Health Organization (WHO, 2002.) procjenjuje da će se do 2025. godine ukupna svjetska populacija starijih od 60 godina i više nego udvostručiti i to s 542 milijuna zabilježenih 1995. godine na otprilike 1,2 milijarde. Starija ili treća životna dob za sobom povlači mnoge promjene, od umirovljenja, dobivanja novih uloga (npr. uloga bake ili djeda), do udovištva, gubitka zdravlja, ekonomskog statusa te socijalnih kontakata. Moglo bi se reći kako je upravo iz tih razloga populacija starijih osoba sve većim interesom istraživača, a ističe se i tema suicidalnosti u starijoj dobi.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 2021.b) više od 700 000 ljudi godišnje počini suicid, a još je puno više onih koji pokušaju počiniti suicid. Globalna stopa suicida za 2019. godinu, prema WHO (2021.a) iznosi 9,2/100 000 stanovnika, najveća je na području Europe (12,8/100 000 stanovnika), a najniža na području istočnog Mediterana (5,9/100 000 stanovnika). Stopa suicida na području jugoistočne Azije iznosi 10,1/100 000 stanovnika, na trećem mjestu je područje Amerike (9,6/100 000 stanovnika), nadalje slijedi područje zapadnog Pacifika (8,7/100 000 stanovnika), dok je na području Afrike zabilježena stopa suicida od 6,9/100 000 stanovnika. Kada se gledaju stope samoubojstva prema dobi, globalno su zapravo najviše kod ljudi u dobi od 70 godina i starijih (Ritchie i sur., 2015.).

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ, 2021.) samoubojstvo se ističe kao jedan od vodećih uzroka smrti od ozljeda u Hrvatskoj. Također, ako se pogledaju podaci o dobno-specifičnim stopama smrtnosti zbog samoubojstva, vidi se da je kroz sve prikazane godine najveća stopa kod osoba starijih od 65 godina. Nadalje, podaci pokazuju da u Hrvatskoj muškarci češće čine samoubojstva, od žena (HZJZ, 2021.). Iako podaci za spol nisu prikazani po dobi, može se pretpostaviti kako je i u starijoj

dobi manje vjerojatno da će žene umrijeti od posljedica samoubojstva, za razliku od muškaraca koji su u znatno većem riziku.

Promatrajući navedene statističke podatke treba uzeti u obzir da je brojka osoba koje su pokušale počiniti samoubojstvo ili su razmišljale o istom, sigurno znatno veća od samog broja osoba koje su si oduzele život. Sve ukazuje na to da je suicidalnost zaista prisutna i može se prepoznati kao jedan ozbiljan društveni problem. Iako stoji da su pokušaji suicida češći u mlađih osoba i adolescenata, starije osobe u svim zemljama svijeta ipak imaju veću stopu počinjenog suicida, a kao neki od čimbenika rizika za suicidalno ponašanje u starosti prepoznaju se: narušeno tjelesno zdravlje, duševni i neurokognitivni poremećaji i socijalni aspekti života (Makarić i sur., 2019).

Nastavno na navedeno, upravo je cilj ovog rada napraviti sustavan prikaz istraživanja o uzrocima (rizičnim faktorima) suicidalnosti kod starijih osoba, dakle o razlozima zbog kojih starije osobe razmišljaju o suicidu, o razlozima zbog kojih dolazi do pokušaja samoubojstva u toj životnoj dobi te što ih to navede da naposljetku počine suicid. Ovako objedinjena istraživanja mogla bi poslužiti u praktične svrhe, prvenstveno javnosti da se upozna sa specifičnostima suicidalnosti kod osoba starije životne dobi, ali i da se ukaže na to da suicidalnost u toj dobi nije nerijetka pojava. Budući da se radi o pregledima istraživanja koji se baziraju na nekim uzrocima, odnosno rizičnim faktorima za suicidalnost, rad bi mogao poslužiti i praktičarima, koji rade sa starijim korisnicima, pri izradi preventivnih programa. Što se tiče znanstvene svrhe rada, ona se ogleda u tome da kroz ovaj rad istraživači mogu dobiti informaciju oko toga što je dobro istraženo o suicidalnosti u starijoj životnoj dobi te postoje li neki nekonzistentni podaci ili nešto što nije dovoljno istraženo. Prije glavnog dijela rada, odnosno pregleda istraživanja, objasnit će se sam pojam suicidalnosti, a predstaviti će se i određene teorije suicidalnog ponašanja, a zatim glavni dio koji se odnosi na uzroke/rizične faktore suicidalnosti. Nakon glavnog dijela, bit će riječi o metodološkoj praksi prikazanih istraživanja te naposljetku o socijalnom radu i prevenciji suicidalnog ponašanja u starijoj životnoj dobi.

2. Pojam suicidalnosti

2.1. Teorijske definicije

Kada se govori o definiciji suicidalnosti, moglo bi se reći da je to određeno ponašanje samopovređujućeg karaktera koje se odnosi na neke ponašajne i kognitivne karakteristike osobe, a za cilj ima vlastitu smrtnost (Sulejmanović, 2013.). Dalje Sulejmanović (2013.) navodi da se pojam suicidalnosti sastoji od nekoliko faza: suicidalnih ideja (misli o autodestruktivnom ponašanju, od nekih nejasnih pa sve do konkretnih planova za izvršenje samoubojstva), pripremnih radnji, pokušaja suicida te izvršenog suicida. O samom suicidalnom ponašanju i njegovoj tipologiji više će riječi biti u dijelu klasifikacija i tipologija suicidalnog ponašanja.

Za ovaj rad posebno se važnim čini definiranje koncepta suicid ili samoubojstvo te u nastavku slijede njegove definicije. Suicid ili samoubojstvo može se definirati kao smrt koja nastupa iz čina nad samim sobom s namjerom oduzimanja života (Kozarić-Kovačić i Jendričko, 2004). Sama riječ suicid potječe od latinske riječi *sui* – onaj koji se odnosi na sebe i riječi *cide* ili *cidum* – ubijanje ili ubojstvo, tako bi doslovan prijevod riječi *suicid* glasio sebe ubiti. Shneidman (1996., prema Marčinko i sur., 2011.) određuje samoubojstvo kao ljudski čin kojim pojedinac na vlastitu intenciju sam prouzroči smrt. Stengel (1973., prema Marčinko i sur., 2011.) govori o suicidu kao ljudskom činu samouništenja, odnosno namjernom oduzimanju vlastita života. Schneidman (1997., prema Marčinko i sur., 2011.) kaže da je suicid svjestan samouništavajući čin, a proizlazi iz brojnih slabosti koje pojedinac ne može razriješiti na neki drugi način. Marčinko i sur. (2011.) smatraju da je suicid čin povezan s poremećajem vitalnog nagona za samoodržanjem koji se smatram čovjekovim najjačim nagonom pa je sam suicid zapravo poremećaj osnovnog nagona. Za razliku od te psihijatrijske perspektive, sociološka perspektiva govori o suicidu kao posljedici gubitka nekog statusa ili ideala, obzirom da je prema toj perspektivi osnovni nagon u čovjeku onaj socijalni.

Svim navedenim definicijama suicida je zajedničko da se radi o ljudskom činu kojem je cilj povrijediti, uništiti, odnosno ubiti samoga sebe. Većina autora polazi od perspektive

da je suicid povezan sa samim osobama, a zanemaruju socijalne (okolinske) faktore koji također mogu pridonijeti takvom činu. Kada bi se objedinilo sve, definicija bi mogla zvučati i ovako: suicid je smrt koja nastupa kada si pojedinac s namjerom oduzme život zbog toga što postoje određeni problemi u njegovom životu za koje smatra da ih ne može razriješiti na neki drugi način, bilo da su ti problemi povezani sa samim osobama ili nekim okolinskim faktorima.

2.2. Operativna definicija

Sam koncept suicida mjeri se raznim statističkim podacima, dakle dostupni su podaci o broju osoba koje su počinile suicid te se tako može vidjeti koliko je samoubojstvo rasprostranjeno, ali za pojam suicidalnosti (ideje, misli, pripreme radnje) ne postoje statistički podaci. U tu svrhu, odnosno kako bi se čitateljima približio i pojasnio pojam suicidalnosti, koristit će se Beckova ljestvica suicidalnih ideja (*Scale for Suicide Ideation*; Beck, Kovacs i Wissman 1979.) koja služi za procjenu neposredne suicidalnosti, odnosno težine aktualnih suicidalnih misli i nagona za smrću (Tablica 2.1.). Skala se sastoji od 19 čestica, a svaka uključuje tri stupnjevine tvrdnje koje se boduju od 0 do 2 (Marčinko i sur., 2011.). Bitno je spomenuti kako prvih 5 čestica procjenjuje ispitanikove stavove i želje za životom i smrću, dok se ostale čestice odnose na učestalost i trajanje suicidalnih misli, sredstva i mogućnost počinjenja, povijest prethodnih pokušaja i drugo. (Marčinko i sur., 2011.). Faktorska analiza skale otkriva tri dimenzije, a to su: aktivna želja za suicidom, pasivna želja za suicidom te pripremanje suicida.

Tablica 2.1.

Beckova ljestvica suicidalnih ideja

1. Želja za životom 0. Umjerena do jaka 1. Slaba 2. Nikakva
2. Želja za smrću 0. Nikakva 1. Slaba 2. Jaka
3. Razlozi za življenje/umiranje 0. Želja za življenjem nadjačava želju za umiranjem 1. Otprilike jednaki 2. Želja za umiranjem nadjačava želju za življenjem
4. Želja za aktivnim pokušajem samoubojstva 0. Nikakva 1. Slaba 2. Umjerena do jaka
5. Pasivna želja za samoubojstvom 0. Poduzeo bih mjere opreza da spasim život 1. Prepustio bih život/smrt slučaju 2. izbjegao bih korake potrebne za spašavanje/održavanje života

6. Vremenska dimenzija: trajanje misli/želje za samoubojstvom 0. Kratka/prolazna razdoblja 1. Dulja razdoblja 2. Kontinuirano (kronično) ili gotovo kontinuirano
7. Vremenska dimenzija: Učestalost samoubojstva 0. Rijetka/povremena 1. Povremena 2. Trajna ili kontinuirana
8. Stav prema zamisli/želji 0. Odbijajući 1. Ambivalentan/ravnodušan 2. Prihvatljiv
9. Kontrola nad samoubilačkim djelovanjem/željom za djelovanjem 0. Ima osjećaj kontrole 1. Nesiguran u kontrolu 2. Nema osjećaj kontrole
10. Sprečavanje aktivnog pokušaja (npr. obitelj, vjera, nepovratnost) 0. Ne bih pokušao zbog odvrćanja 1. Neka zabrinutost zbog odvrćanja 2. Minimalna ili nikakva briga o odvrćanju
11. Razlog promišljenog pokušaja 0. Manipulirati okolinom; dobiti pažnju, osvetu 1. Kombinacija 0 i 2 2. Pobjeći, uspjeti, riješiti probleme
12. Metoda: Specifičnost/planiranje planiranog pokušaja 0. Ne uzima se u obzir 1. Razmatrano, ali detalji nisu razrađeni 2. Detalji razrađeni/dobro formulirani
13. Metoda: Dostupnost/prilika za planirani pokušaj 0. Metoda nije dostupna; nema prilike 1. Metoda bi zahtijevala vrijeme/napor; priliku nije lako dostupna 2a. Dostupna metoda i prilika 2b. Predviđena buduća prilika ili dostupnost metode
14. Osjećaj "sposobnosti" za izvođenje pokušaja 0. Nema hrabrosti, preslab, uplašen, nesposoban 1. Nesiguran u hrabrost, kompetentnost 2. Siguran u kompetentnost, hrabrost
15. Očekivanje/iščekivanje stvarnog pokušaja 0. Ne 1. Nesiguran, nisam siguran 2. Da
16. Stvarna priprema za promišljeni pokušaj 0. Nikakva 1. Djelomična (npr. početak skupljanja tableta) 2. Kompletna (npr. imao tablete, napunjen pištolj) 17. Oproštajno pismo 0. Nema ga 1. Započeto, ali nije dovršeno; samo razmišljao 2. Dovršeno
18. Završne radnje u očekivanju smrti (npr. osiguranje, oporuka) 0. Nikakve 1. Razmišljao ili napravio neke dogovore 2. Napravljeni određeni planovi ili dovršeni dogovori
19. Obmana/prikrivanje promišljenog samoubojstva 0. Otvoreno otkrivao ideje 1. Suzdržan od otkrivanja 2. Pokušaj obmane, prikrivanja, laganja dogovora

Izvor: *Scale for Suicide Ideation*; Beck, Kovacs i Wissman 1979.

Kada bi se usporedila potonja skala, odnosno operativna definicija s prije navedenim teorijskim definicijama, prvo je za uočiti da je ovakva definicija znatno duža i čitatelji zaista mogu vidjeti pitanja, odnosno čestice kojima se procjenjuje je li osoba suicidalna ili nije. Ono što se ne može vidjeti iz navedene ljestvice, kao ni iz teorijskih definicija su razlozi koji dovode do suicidalnog ponašanja, stoga će se ovaj rad upravo baviti time.

Uz spomenutu i analiziranu ljestvicu, postoje i druge ljestvice za procjenu suicidalnosti, od posrednih do direktivnih mjera suicidalnosti. U posredne mjere, u svojoj knjizi, Marčinko i suradnici (2011.) ubrajaju: Beckove inventare depresivnosti (Beck i sur., 1961., Beck i sur., 1996.), zatim Beckovu ljestvicu anksioznosti (Beck i sur., 1988.), Ljestvicu disfunkcionalnih stavova (Wissman i Beck, 1978.) te Beckovu ljestvicu beznadnosti (Beck i sur., 1974.). Isti autori, spomenutu i prikazanu Ljestvicu suicidalnih ideja i Ljestvicu suicidalnih namjera (Beck, Schuyler i Herman, 1974.) predstavljaju kao direktne mjere suicidalnosti.

2.3. Tipologija i klasifikacija

Najcitiranija klasifikacija suicidalnosti je ona O'Carrolla i suradnika (1996., prema Marčinko i sur., 2011.):

- samoubojstvo – dokazana samouzrokovana smrt
- pokušaj samoubojstva – samoozljeđujuće ponašanje gdje izostaje fatalan ishod, ali postoje dokazi da je osoba namjeravala posredno ili nesposredno dovesti do vlastite smrti
- prekinuti pokušaj samoubojstva – potencijalno samoozljeđujuće ponašanje, postoje dokazi da se osoba namjeravala ubiti, ali radnja je prekinuta prije nego što je došlo do tjelesnog oštećenja
- promišljanja o samoubojstvu (suicidalna ideja) – promišljanja da se skrivi vlastita smrt koja se mogu kretati od nesistematiziranih misli do ozbiljnih planova
- suicidalna namjera – subjektivna očekivanja i želje da svojevolumni samodestruktivni čin dovede do vlastite smrtnosti
- smrtnost samoubilačkog ponašanja – objektivna opasnost za vlastiti život povezana s metodom izbora
- namjerno samoozljeđivanje – svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi, no izostaje stvarna želja i nakana da se okonča vlastiti život.

Bitno je prikazati i klasifikaciju suicidalnosti po intenzitetu Mire Jakovljevića (1986., prema Marčinko i sur., 2011.), koja iznosi spektar suicidalnog ponašanja, od onog neizravnog do počinjenog suicida:

- neizravno samodestruktivno ponašanje i sklonost nesrećama - ne doživljava se kao samoubilačko, iako je vidljivo da takav način života označuje podsvjesnu težnju skraćivanja vlastitog života
- suicidalne misli - osoba razmišlja o mogućnosti samoubojstva, ali misli ostaju samo u njezinoj intimi
- suicidalne namjere - tendencija usmjerena protiv samoga sebe, koje se mogu prepoznati kroz ponašanje, ali se postupcima još ne ostvaruju
- parasuicidalna pauza - čin sličan pokušaju samoubojstva, osoba ga negira i prikazuje kao želju da povremeno umre i na taj način prekine tijekom mučne stvarnosti, uz pomoć toksične, ali ne smrtonosne doze nekog uspavljujućeg ili sličnog drugog sredstva
- prijetnja suicidom - osoba upozorava okolinu s namjerom da poćini samoubojstvo, ali pri tome ništa ne ćini
- parasuicidalni gest - neki ugrožavajući ćin okrenut protiv sebe samoga koji je zapravo prijetnja demonstrativnog karaktera
- namjerno samoozljeđivanje – impulzivna reakcija u subjektivno nesusnoj situaciji bez prave namjere da se poćini suicid
- pokušaj suicida - ćin obilježen svjesnom težnjom za samouništenjem iako ujedno mođe sadržavati i poziv upomoć.

Isti autor (Jakovljević 1986., prema Marćinko i sur., 2011.) nudi i podjelu s obzirom na cilj samoubilaćkog ponašanja koji mođe biti:

- poziv u pomoć

- samokažnjavanje kao izraz neizdrživa osjećaja krivnje,
- bijeg iz nepodnošljive situacije
- izazivanje osjećaja krivnje i kažnjavanje drugih
- ucjenjivanje okoline
- impulzivno rasterećenje od napetosti
- iskušavanje sudbine - igra sa sudbinom
- izraz doživljaja besmislenosti života
- izraz altruizma ili herojskog djela.

Iz navedenih klasifikacija vidljivo je što se sve može smatrati suicidalnim ponašanjem, a iz potonje i koji su razlozi takvog ponašanja. Zaključno se može reći da je ponekad teško razgraničiti suicidalno od nesuicidalnog ponašanja. Jedan od primjera je klasifikacija Jakovljevića (1986., prema Marčinko i sur., 2011.) u kojoj se spominje neizravno samodestruktivno ponašanje, odnosno sklonost nesrećama, pa tako se kod pojedinaca koji se vole baviti adrenalinskim sportovima ne mora nikada javiti promišljanje o suicidu, iako takve aktivnosti i život na rubu mogu dovesti do fatalnog ishoda. Zaključno, važno je zapamtiti da se u suicidalno ponašanje ubrajaju: suicidalne ideje, namjere, pokušaji suicida te krajnji događaj, odnosno sam suicid.

3. Teorije/modeli suicidalnosti

Iako teorije suicidalnosti nisu u fokusu ovog rada, neophodno je opisati nekoliko ključnih. Većina teorija koje će biti prikazane u nastavku preuzete su iz rada Stanleya i suradnika (2016.): Durkheimova sociološka teorija, teorija beznada, teorija bijega, teorija disregulacije emocija, teorija psihološke boli, interpersonalno - psihološka teorija suicida te integrirani motivacijsko – voljni model suicida. Autori su, zapravo, napravili pregled glavnih psiholoških i socioloških teorija samoubojstva ključnih za treću životnu dob.

Procjenjivali su temeljne konstrukcije, pretpostavke i znanstvenu korisnost svake teorije, a usmjerili su se i na nalaze kvantitativnih studija. Na kraju je naveden model stresne dijateze (Marčinko i sur., 2011.) kao suvremeni pristup suicidu.

3.1. Durkheimova sociološka teorija

Durkheimova teorija temelji se na uvjerenju da je samoubojstvo više rezultat društvenih i strukturalnih čimbenika, a manje onih individualnih (Stanley i sur., 2016.). Nadalje, kako pišu Stanley i sur. (2016.) Durkheimova teorija govori o dvama domenama: društvenoj integraciji (društvenim vezama koje netko ima s drugima) i moralnoj regulaciji (učincima društvenih pravila i normi na pojedince), a manifestacije na krajnostima tih dviju domena rezultiraju u četiri specifične vrste samoubojstva: altruistično, egoistično, anomično i fatalističko. Altruistično samoubojstvo događa se kada su pojedinci toliko integrirani u društvo da vjeruju da bi njihova smrt samoubojstvom bila društveni doprinos, a s druge pak strane je egoistično samoubojstvo koje se javlja kao rezultat nedostatka društvene integracije (nedostatak društvenih veza pojedinca s prijateljima i obitelji) (Stanley i sur., 2016.). Anomično samoubojstvo javlja se u situacijama kada društvo ne osigura odgovarajuću regulaciju (na primjer u vrijeme ekonomske krize kada je velika neizvjesnost u pogledu sadašnjih i budućih uloga pojedinaca u njihovom društvu), dok je fatalističko samoubojstvo rezultat pretjerane kontrole i opresivne discipline (Stanley i sur., 2016.). Važno je napomenuti kako je ovo jedna od prvih sveobuhvatnih teorija samoubojstva koja je postavila temelj za znanstveno istraživanje složenosti samoubojstva (Stanley i sur., 2016.).

3.2. Teorija beznađa

Teoriju beznađa iznijeli su Beck i suradnici 1985. godine, a govori o beznađu kao sveprisutnom negativnom i fatalističkom pogledu na budućnost te nemogućnošću mijenjanja situacije (Stanley i sur., 2016.). Jednostavno rečeno, beznađe je stanje kada osoba nema nadu da išta može promijeniti u svojoj situaciji, osoba ne vidi izlaz, kod osobe ne postoji tračak pozitivnog pogleda na bolju budućnost i u ovom se modelu predstavlja kao samostalan uzrok suicidalnosti. Kasnija verzija iste teorije, uključuje ideju modalne

obrade u kojoj je pet kognitivnih sustava (kognitivna, afektivna, motivacijska i bihevioralna, fiziološka i svjesna kontrola) uključeno u suicidalno ponašanje (Beck i sur., 1986., prema Stanley i sur., 2016.). Za bolje pojašnjenje daje se primjer toga kako misli o beznađu navodno aktiviraju kognitivni sustav, a ako se aktivira jedan sustav, dolazi do aktivacije ostalih sustava (npr. aktivacija afektivnog sustava očituje se u depresivnoj simptomatologiji), te se tako stvara toksično okruženje u kojem se mogu razviti suicidalne misli i ponašanja (Stanley i sur., 2016.).

3.3. Teorija bijega

Baumeister (1990., prema Stanley i sur., 2016.) je predložio teoriju bijega koja se sastoji od uzročnog lanca od šest glavnih koraka. Prvi korak predstavlja neispunjavanje standarda bilo zbog nerealnih očekivanja ili nedavnih problema, zatim slijede negativne unutarnje atribucije samooptuživanja i niskog samopoštovanja. Trećim korakom smatra se averzivno stanje visoke samosvijesti koje proizlazi iz usporedbe sebe s relevantnim standardima. Četvrti korak se odnosi na negativan učinak do kojeg dolazi nakon samosvijesti o nedostatku važnih standarda. Nakon toga dolazi do, kognitivne dekonstrukcije, takva da pojedinac pokušava pobjeći od negativnog utjecaja odbacivanjem i izbjegavanjem promišljanja te naposljetku posljedice dekonstrukcije, uključujući disinhibiciju (gubljenje samokontrole ponašanja), pasivnost, odsutnost emocija i iracionalne spoznaje (Baumeister, 1990., prema Stanley i sur., 2016.). Prema ovoj teoriji, kako joj i samo ime kaže, samoubojstvo je rezultat bijega od averzivne samosvijesti i intenzivno negativnih emocija, ali bi također prema ovom modelu, samoubojstvo trebala biti rijetka pojava, jer zahtijeva određeni skup odluka koji proizlaze iz svakog koraka navedenog kauzalnog lanca (Stanley i sur., 2016.).

3.4. Teorija disregulacije emocija

U ovoj teoriji koja je izvorno razvijena u kontekstu pacijenata s graničnim poremećajem osobnosti (BPD), Linehan (1993., prema Stanley i sur., 2016.) predlaže da je etiologija suicidalnog ponašanja u interakciji emocionalne disregulacije i emocionalne invalidnosti. Pretpostavlja se da je suicidalno ponašanje mehanizam odvratanja pažnje od negativnih i

jakih emocionalnih stanja, dakle emocionalne disregulacije i okruženja u kojem se odbacuju, ignoriraju ili zanemaruju čovjekove misli, osjećaji, odnosno emocionalne invalidnosti.

3.5. Teorija psihološke boli (psihe)

Sheidman (1993.) je tvorac teorije prema kojoj je psiha (*psychache*) glavni pokretač suicidalnosti. Pojam *psychache*, autor ove teorije opisuje kao psihološku bol, ozljedu ili tjeskobu koja obuzima um. Također napominje da je ova vrsta boli duboko emocionalna te ju može karakterizirati jak osjećaj krivnje, srama, straha, usamljenosti ili tjeskobe. Sheidman (1993.) zaključuje da će se samoubojstvo dogoditi kada pojedinci smatraju da je njihova psihička bol nepodnošljiva, odnosno samoubojstvo je način na koji pojedinci bježe od duboke psihičke boli. Za pružanje integriranog modela rizika od samoubojstva Sheidman (1987., prema Stanley i sur., 2016.) koristi tri primarne dimenzije: stupanj boli, stupanj stresa i stupanj uznemirenosti. Svaka od dimenzija ocjenjena je od 1 do 5, a autor tvrdi da kada pojedinac na svakoj od dimenzija ima najveću ocjenu, odnosno kada proživljava duboku psihološku bol koju smatra nepodnošljivom, uz veliki stres i uznemirenost, tada je pod povećanim rizikom od samoubojstva (Stanley i sur., 2016.).

3.6. Interpersonalno-psihološka teorija suicida

Interpersonalno-psihološka teorija samoubojstva (Joiner, 2005., Van Orden i sur., 2010., prema Stanley i sur., 2016.) govori o tome da će pojedinci umrijeti od posljedica samoubojstva ukoliko je kod njih prisutna i želja i sposobnost za izvođenje samoubojstva. Prema ovoj teoriji, želja za samoubojstvom očituje se u prisutnosti dva dinamična psihološka stanja: osjećaj nepripadanja i percipiranog tereta drugima. Pod dimenzijama osjećaja nepripadanja misli se na usamljenost i odsustvo uzajamne skrbi, dok dimenzije percipiranog tereta drugima uključuju: uvjerenje pojedinca da je na teret svojim bližnjima i mržnju prema sebi. Prisutnost prethodna dva konstrukta dovoljna je za razvoj pasivnih suicidalnih ideja, ali ne i za pojavu suicidalnog ponašanja, stoga uz prethodno dva navedena konstrukta, teorija govori i o stečenoj sposobnosti. Stečena sposobnost uključuje smanjeni strah od smrti i povećanu toleranciju na fizičku bol, a njenom razvoju doprinosi

dugotrajna izloženost bolnim iskustvima. Navedena tri konstrukta su u interakciji, nužna su, ali ne i pojedinačno dovoljna za pojavu smrtonosnog suicidalnog ponašanja. Kao zaključak autori navode da su osjećaj nepripadanja i percipirani teret drugima povezani sa suicidalnim idejama, dok je stečena sposobnost povezana sa suicidalnim ponašanjem.

3.7. Integrirani motivacijsko-voljni model suicidalnog ponašanja

Ovaj model dizajniran je za mapiranje razvoja motivacijskih aspekata samoubojstva (tj. misli, želja i namjera) u voljne aspekte, odnosno u planove i radnje (O'Connor, 2011., prema Staley i sur., 2016.). Integrirani motivacijsko-voljni model opisuje tri faze:

1. predmotivacijska faza - sastavljena je od rizičnih i zaštitnih faktora te pokretačkih događaja
2. motivacijska faza – faza u kojoj se razvijaju suicidalne misli, želje i namjere
3. voljna faza – javljanje suicidalnih ponašanja.

Prema ovom modelu, suicidalne misli pretvaraju se u suicidalne namjere zbog percepcije zarobljenosti izazvane osjećajima neizbježnog poraza i poniženja. Prijelaz između navedene tri faze moderiraju relevantni čimbenici, s jedne strane motivacijski moderatori kao što su percipirani teret drugima i društvena podrška te s druge strane voljni moderatori poput pristupa sredstvima i sposobnosti suočavanja sa smrću (Stanley i sur., 2016.).

3.8. Model stresne dijateze

Sve je više znanstvenih dokaza da je suicidalno ponašanje uvjetovano različitim i mnogobrojnim čimbenicima (Marčinko i sur., 2011.) te se ključnim čini prikazati model stresne dijateze kojeg su osmislili Mann i suradnici (1999., prema Marčinko i sur., 2011). Pod stresom se u navedenom modelu podrazumijevaju određeni biološki i/ili psihološki čimbenici koji nastaju nakon izlaganja nekom vanjskom događaju, dok koncept dijateze uključuje perzistirajuću vulnerabilnost koja je uzrokovana socijalnim, biološkim ili psihološkim čimbenicima. Dakle, kod osoba s prisutnom vulnerabilnošću, u situaciji kad su izložene dovoljno jakim stresorima, dolazi do suicidalnog ponašanja (Mann i sur., 1999., prema Marčinko i sur., 2011.). Primjer nekih ranih bioloških stresora u ovom modelu su interurinarne infekcije, ozljede pri porodu i trauma glave u dječjoj dobi. S

druge strane, primjer psihosocijalnih stresora su: traumatska interpersonalna okolina, kaotična okolina odrastanja te smanjena sposobnost razvijanja vještina suočavanja s problemom (Marčinko i sur., 2011.). Kad se govori o vulnerabilnosti, ona može odražavati smanjenu sposobnost samokontrole uz tendenciju prema agresivnim ili impulzivnim ponašanjima. Zaključno, od stresora za ovaj model bitni su određeni akutni obiteljski i psihosocijalni stresori te akutna faza psihičkog ili ozbiljnog somatskog poremećaja, dok se pod komponentama dijateze smatraju genski i biološki čimbenici te rana životna iskustva, obilježja osobnosti poput impulzivnosti, beznađa i perfekcionizma te dulje razdoblje trajanja ili ozbiljnost nekog medicinskog poremećaja (Marčinko i sur., 2011.).

4. Uzroci (rizični faktori) suicidalnog ponašanja starijih osoba

Središnji dio ovog rada čini upravo pregled istraživanja predstavljenih u nastavku i podijeljenih u logične cjeline. Većim dijelom radi se o međunarodnim istraživanjima provedenim u raznim dijelovima svijeta, dok je samo jedno domaće istraživanje.

4.1. Spol i suicidalno ponašanje starijih osoba

Quan i Arboleda-Florez (1999.) proveli su istraživanje u Alberti na način da su koristili medicinske zapise o 920 samoubojstva počinjenih od strane osoba starijih od 55 godina u razdoblju od 1984. do 1995. godine. Autori navode kako je od 920 počinjenih samoubojstava njih čak 728 počinjeno od strane starijih muškaraca. Nadalje, kod starijih muškaraca kao značajne stresore samoubojstva pronalaze fizičke bolesti i financijske teškoće dok su kod žena to psihičke bolesti i gubitak bliske osobe. Istraživanje govori i o metodama počinjenja samoubojstva, pa tako stoji da muškarci više pribjegavaju nasilnijim metodama, kao što je pucanje iz pištolja, dok žene preferiraju manju nasilnu metodu trovanja. Iako su i žene i muškarci podjednako skloni pričanju o suicidu prije izvršenog čina, rezultati ukazuju na nisku prevalenciju pokušaja suicida među starijim muškarcima. Quan i Arboleda-Florez (1999.) nisku učestalost pokušaja suicida među starijim muškarcima objašnjavaju činjenicom kako stariji muškarci pribjegavaju nasilnijim metodama, za razliku od starijih žena koje će većinom bit spašene, nakon što su koristile

manje smrtonosnu metodu samoubojstva, čak i kad im je namjera bila jaka. Dakle, muškarce se, zbog korištenja nasilnijih metoda (vješanje, vatreno oružje), u većini slučajeva ne uspije spasiti i zbog toga nema toliko zabilježenih pokušaja suicida među starijim muškarcima.

Salib i Green (2003.) su baš kao i prethodni autori došli do zaključka kako stariji muškarci češće čine suicid od starijih žena, a to objašnjavaju time što žene imaju bolju sposobnost suočavanja s promjenama koje dolaze starenjem, s obzirom da imaju iskustva promjenjivih okolnosti tijekom života, primjerice doživljene promjene tijekom rađanja. Autori su se koristili podacima iz evidencije mrtvozorničkih očevida o svim prijavljenim samoubojstvima osoba u dobi od 60 i više godina, u Cheshireu (okrug u sjeverozapadnoj Engleskoj) u razdoblju od 13 godina (1989.–2001.). Tijekom tog razdoblja bilo je zabilježeno 200 samoubojstava koje su počinile starije osobe.

Coren i Hewitt (1999.) također su koristili podatke o počinjenim samoubojstvima osoba starijih od 65 godina, prikupljenih od Nacionalnog centra za zdravstvenu statistiku u Sjedinjenim Američkim Državama za razdoblje 1986.-1990. Prema autorima, u prethodno navedenom razdoblju, 31 541 osoba starije životne dobi počinila je samoubojstvo, od toga 25 565 muškaraca i 5 976 žena. Vidljiva je ogromna razlika u brojkama te se prema navedenim podacima sa sigurnošću može reći da je upravo muški spol značajan rizični čimbenik za suicidalnost u trećoj životnoj dobi. Istraživanje je također ukazalo na to da je kod starijih žena uzroke suicidalnosti potrebno tražiti u nekim društvenim čimbenicima u okruženju, dok se kod starijih muškaraca većinom radi o financijskim teškoćama.

Sljedeće istraživanje provedeno je na području Hong Konga. Autori istraživanja proveli su intervju licem u lice nad 917 osoba u dobi od 60 ili više godina koje žive u zajednici, dakle u populaciju nisu ulazili oni koji žive u institucijama ili domovima za starije (Yip i sur., 2003.). Cilj rada je bio utvrditi prevalenciju i čimbenike rizika za suicidalne ideje među starijima. Autori su za mjerenje suicidalnih ideja koristili 6 čestica Gerijatrijskog ispita za mentalno stanje, polustrukturiranog intervjua osmišljenog za starije osobe (*Geriatric Mental State Examination-Version*, Copeland i Dewey, 1991.), a ispitali su i mnoge druge nezavisne varijable, poput zdravstvenog stanja, funkcionalne sposobnosti,

financijskog statusa, socijalne podrške i druge. Za potrebe ovog dijela važno je saznanje Yip i suradnika (2003.) kako su žene u većem riziku za razmišljanje o suicidu od muškaraca.

Rezultati istraživanja provedenog u Izraelu na slučajnom uzorku od 987 ispitanika u dobi od 70 i više godina, ukazuju da starije žene imaju slabiju volju za životom od starijih muškaraca (Carmel, 2001.). Važno je napomenuti da se volja za životom mjerila direktnim pitanjem, dakle od ispitanika se tražilo da na ljestvici od 1 (jako slaba) do 5 (vrlo jaka) opišu svoju volju za životom. Uz to mjerila se i želja za produljenjem života, odnosno želja za tretmanima za održavanjem života i to ispitivanjem ispitanika o njihovim stavovima prema tri vrste tretmana u pet različitim bolestima. Pokazalo se kako žene, u usporedbi s muškarcima, postižu niže rezultate u želji da produže život medicinskim sredstvima i to u svim hipotetskim zdravstvenim stanjima, a razlog tome autor navodi što žene, zbog uloge njegovatelja, znatno više od muškaraca znaju o ograničenjima i komplikacijama medicinskih intervencija za produljenje života te su puno manje i zainteresirane za iste.

Zbog manjka domaćih istraživanja na temu spolnih razlika u suicidalnosti starijih žena i muškaraca, prikazat će se istraživanje Čatipović i suradnika (2015.) provedeno na području Bjelovarsko-Bilogorske županije koje je za cilj imalo istražiti razlike između samoubojstava žena i muškaraca, dakle istraživanje je uključilo sve dobne skupine. Podaci o počinjenim samoubojstvima prikupljeni su iz baze podataka MUP-a RH (odnose se na razdoblje od 2009. do 2011.) te se pokazalo da je prosjek odnosa broja samoubojstava između muškaraca i žena u ukupno analiziranom uzorku 3,05:1. Ako se gledaju metode počinjenja samoubojstva, žene značajno češće pribjegavaju nenasilnim metodama (trovanje) koje ne poružnjaju tjelesni izgled, dok se muškarci češće odlučuju za nasilne metode koje unakažuju tijelo (vatreno oružje, skok s visine). Također, što se tiče vjerojatnog motiva samoubojstva, žene se značajno češće ubijaju zbog duševnih bolesti, a muškarci zbog tjelesnih bolesti. Veći broj samoubojstva muškaraca u odnosu na žene tumači se međudjelovanjem provokativnih i preventivnih čimbenika suicida kod muškaraca i žena. Tako stoji da je značajan protektivni čimbenik suicida kod žena čvrsta

socijalna podrška, što se povezuje s ulogom žene u obitelji, a kao još jedan protektivni čimbenik nalazi se spremnost žene na traženje pomoći. Nasuprot tome muškarci traženje pomoći mogu doživljavati kao nešto ponižavajuće. Autori istraživanja ističu da su ekonomski čimbenici značajniji u samoubojstvima muškaraca i to zbog njihove pretežne afirmacije kroz rad, stručnost, društveno priznanje pa bi im nepovoljni ekonomski čimbenici mogli biti dostatni da ih dovedu do takvog stupnja beznađa, depresivnosti i nemoći da počine samoubojstvo.

Iz uvoda se, prema statističkim podacima HZJZ, moglo već razaznati da muškarci češće čine suicid od žena te se navedenim istraživanjima to i potvrdilo. Što se tiče suicidalnih misli i pokušaja, ženski spol se pokazao više rizičan, nego muški spol. U prethodnim istraživanjima navedeni su i podaci o tome što to žene, a što muškarce navede na suicid, no o ostalim rizičnim faktorima bit će više riječi u sljedećim poglavljima.

4.2. Dob i suicidalno ponašanje starijih

Spomenuto istraživanje Čatipović i suradnika (2015.) ukazalo je na to kako je u razdoblju od 2009. do 2013. godine, prema ukupnom broju živućih osoba određene dobne skupine, najviše samoubojstava počinjeno u dobnoj skupini osoba starijih od osamdeset godina. Dakle, prema ovom domaćem istraživanju oni najstariji stari pokazali su se rizičnom skupinom za suicidalno ponašanje.

Istraživanje Koo i suradnika (2017.) za cilj je imalo usporediti razlike između triju dobnih skupina starijih osoba koje su umrle od samoubojstva (mladi stari (65-74 godine), srednje stari (75-84 godine) i najstariji stari (85 godina i više)) u Queenslandu u Australiji, u razdoblju 2000. – 2012. godine. Pokazalo se kako je u tom razdoblju počinjeno ukupno 978 samoubojstava te da je prosječna godišnja stopa samoubojstva bila najveća među najstarijim starima. Nadalje, autori su proučavali zapise o samoubojstvima i došli do zaključka kako su tjelesne bolesti i žalovanje više razlog za samoubojstvo kod starijih starih, a mentalne bolesti kod mlađih starijih.

Istraživanje Paraschakis i suradnika (2012.) također je pokazalo razlike između mlađih starijih i starih starijih žrtava samoubojstava koristeći metodu psihološke obdukcije.

Autori su provodili intervjuje s bližnjima preminulih i zajedno s medicinskim i mrtvozorničkim kartonima izradili profil osoba starijih od 60 godina preminulih od posljedica suicida. Ključni rezultati do kojih su prethodni autori došli su sljedeći: stariji stari počinitelji samoubojstva imali su više fizičkih problema, češće pozitivnu psihijatrijsku dijagnozu te se većinom radilo o udovcima, za razliku od mlađih starijih koji su većinom bili rastavljeni ili samci.

Važnim se čini izdvojiti još jedno istraživanje u kojem su podaci prikupljeni iz mrtvozorničkih zapisa o žrtvama samoubojstava u Torontu od 1998. do 2011. godine (Sinyor i sur., 2015.). Uspoređene su dvije dobne skupine starijih osoba (skupina 65 do 79 i skupina 80+ godina). Nisu pronađene razlike u prošlim pokušajima samoubojstava među spomenutim skupinama, ali je u mlađoj skupini više samaca, dok u starijoj skupini više udovaca. Nadalje, što se tiče nekih stresora, vjerojatnije je za mlađu skupinu da je imala nedavni međuljudski ili financijski stres, a za stariju zdravstveni.

Možemo zaključiti kako su upravo oni najstariji stari u najvećem riziku za suicidalno ponašanje i to prvenstveno zbog problema s fizičkim zdravljem koji se javljaju u toj dobi, a konkretnije o povezanosti između fizičkih (somatskih) bolesti i suicidalnog ponašanja starijih bit će u istoimenom poglavlju.

4.3. Mjesto stanovanja i suicidalno ponašanje starijih osoba

Postoje istraživanja koja su se bavila razlikama urbanih i ruralnih područja povezanih sa suicidalnim ponašanjem starijih osoba pa tako treba spomenuti istraživanje kojem je cilj bio ispitati u kojoj mjeri depresija, siromaštvo i iskustvo zlostavljanja starijih osoba utječu na ideje o samoubojstvu među starijim Koreancima. Autori Lee i Atteraya (2019.) su koristili podatke iz Ankete o životnim uvjetima i potrebama starijih osoba, a analiziran je uzorak od 10 279 osoba starijih od 65 godina. Čak 11% ispitanika je izjavilo da je imalo suicidalne ideje. Ideje o samoubojstvu mjerene su pitanjem: „Jeste li ikada razmišljali o samoubojstvu nakon 65. godine?“ Istraživači su iznijeli kako je za starije osobe koje žive u urbanim područjima manje vjerojatno da će imati ideje o suicidu, nego za one koje žive

u ruralnim područjima, dakle ruralno područje se ovdje pokazalo kao rizični faktor za suicidalno ponašanje.

Li i suradnici (2015.) nisu pronašli statistički značajne razlike u suicidalnim mislima između urbanih i ruralnih sudionika istraživanja. Međutim, isti autori su došli do zaključka kako starije osobe koje žive u urbanim područjima pokazuju veću učestalost pokušaja samoubojstva od onih osoba koje žive na selu. Podaci korišteni u ovom istraživanju izvučeni su iz uzorka Ankete o starijem stanovništvu u urbanoj/ruralnoj Kini provedenoj 2006. godine, koja je uključivala 15 957 starijih osoba. Bitno je napomenuti da su provedeni intervjui licem u lice, da su suicidalne misli mjerene pomoću tri stavke u kojima se ispitanicima postavljalo pitanje razmišljaju li o samoubojstvu tijekom prethodnih mjesec dana, 12 mjeseci i 5 godina te pokušaji samoubojstva na sličan način s tri stavke u kojima se ispitanicima postavljalo pitanje jesu li sudjelovali u suicidalnom ponašanju tijekom prethodnog mjeseca, 12 mjeseci i 5 godina.

Još jedno istraživanje provedeno u Kini potvrđuje da je život u ruralnim područjima rizični faktor za suicidalnost starijih, s obzirom da prema rezultatima učestalost suicidalnih ideja u urbanim područjima iznosi 10,6%, a u ruralnim 37,2% (Nie i sur., 2020.). Istraživanje Nie i suradnika (2020.) provedeno je u domovima za starije koja su odabrana višestrukim klaster slučajnim uzorkovanjem te je ispitano 817 štićenika. Suicidalna ideje mjerene su kineskom verzijom Beckove skale suicidalnih ideja. Autori za rezultate daju i moguće objašnjenje, odnosno da je nizak socioekonomski status rašireniji u ruralnim područjima nego u urbanim i dovodi do lošeg korištenja zdravstvenih usluga te isto tako da je raspodjela opreme i osoblja lošija u domovima za starije smještenim u ruralnim područjima.

Ruralno područje se zaista pokazalo ključnim faktorom za suicidalno ponašanje starijih, stoga se važnim čini spomenuti rad autora Roy i Knežević Hočevar (2018.) u kojem se pregledom literature ukazuje na visoku stopu suicida u ruralnim područjima Slovenije. Ovaj fenomen objašnjavaju u razlikama pojedinaca iz istočnih ruralnih regija Slovenije koji pokazuju stigmatiziranije stavove prema traženju pomoći. Dakle, ruralno područje smatra se ključnim čimbenikom rizika za suicidalno ponašanje upravo zbog toga što na

tom području pojedinci neće imati gdje potražiti pomoć za svoje psihološko zdravlje i samim time nedobivanje adekvatne pomoći može ih dovesti do razmišljanja o fatalnom činu.

4.4. Fizičke (somaticke) bolesti i suicidalno ponašanje starijih

Yip i suradnici (2003.) su uz spomenute spolne razlike u suicidalnim idejama pronašli i druge važne prediktore suicidalnog ponašanja starijih. Prvenstveno su rezultati tog istraživanja pokazali kako od 917 ispitanih 6% ima suicidalne ideje. Glede zdravstvenih čimbenika, inkontinencija se pokazala najvažnijim čimbenikom rizika za suicidalne ideje među starijima. Od drugih ključnih prediktora suicidalnih ideja među starijom populacijom autori su prikazali i samoocjenjeno loše fizičko zdravlje, broj kroničnih bolesti, probleme s vidom, sluhom i učestalost posjeta liječniku.

Choi i suradnici (2017.) su koristeći podatke Nacionalnog sustava izvješćivanja o nasilnoj smrti Ujedinjenih Američkih Država (radilo se o 16 924 slučaja suicida osoba u dobi od 65+) došli do zaključka kako su fizički zdravstveni problemi zabilježeni kao povod za samoubojstvo kod 50% starijih pokojnika. Autori istraživanja istaknuli su fizičku bol od raka, artritisa i drugih mišićno-koštanih stanja (spomenutu u 29,12% slučajeva) i rak (spomenut u 28,30% slučajeva) kao ključne čimbenika rizika za suicidalnost starijih.

Istraživanje provedeno u Kanadi bavilo se analizom povezanosti fizičkih bolesti i rizika od samoubojstva kod starijih pacijenata (Jurlink i sur., 2004.). Analizirani su zapisnici mrtvozornika te su u devetogodišnjem razdoblju (od 1992. do 2000. godine) identificiralo 1 354 osoba starijih od 66 godina koje su umrle od posljedica suicida. Istraživanje je rađeno na način da su zapisi o receptima za lijekove pokojnika uspoređeni s podacima živih kontrolnih pacijenata, u odnosu 1:4. Od ključnih problema s fizičkim zdravljem, koji se javljaju kao faktori rizika za suicid među starijima navedeni su: jaka bol, zatajenje srca, kronična bolest pluća te urinarna inkontinencija.

Još jedno istraživanje provedeno u Kanadi uključilo je 822 slučaja počinjenog suicida (korišteni su zapisi glavnog medicinskog istražitelja) i usporedilo te podatke s kontrolnom skupinom od 944 osobe u dobi od 55 ili starije koje su umrle uslijed prometne nesreće u

Alberti (Quan i sur., 2002.). Pokazalo se kako je veća vjerojatnost za starije osobe koje su počinile suicid da su bolovale od raka, ishemijske bolesti srca, kronične plućne bolesti, peptičkog ulkusa (ranice na sluznici probavnog trakta) i poremećaja prostate od onih starijih iz kontrolne skupine. Quan i suradnici (2002.) istaknuli su nalaz da povezanost kronične bolesti pluća može ovisiti o bračnom statusu, odnosno došli su do zaključka da je kronična plućna bolest povezana s povećanim rizikom od samoubojstva kod onih koji su u izvanbračnim zajednicama ili u braku, zbog straha od ovisnosti o svojim supružnicima što je posljedica smanjene pokretljivosti i kroničnih poteškoća s disanjem. Razvidno je kako ponekad problemi s fizičkim zdravljem nisu samostalni faktori rizika za suicidalno ponašanje, već djeluju, primjerice zajedno s određenim socijalnim faktorima.

Forsell i suradnici (1997.) ispitivali su ključne čimbenike za suicidalne misli kod starije populacije (969 osoba starijih od 75 godina). Provedeni su intervjui i obavljeni liječnički pregledi, odnosno psihijatrijski pregledi. Korištena je Sveobuhvatna psihopatološka skala ocjenjivanja, isto tako i Mali pregled mentalnog stanja. Suicidalne misli iskazalo je 13,3% starijih, a prema ovom istraživanju suicidalne misli bile su povezane s oštećenjem vida i povećanom nesposobnošću u svakodnevnom životu.

Lutzman i Sommerfeld (2021.) u svom istraživanju osvrnuli su se na smisao života kao zaštitni faktor za suicidalne misli kod starijih muškaraca smještenih u domove za starije. U jednom dijelu istraživanja dotiču se fizičkog zdravlja, odnosno pretpostavljaju kako će viša razina fizičkih bolesti biti povezana s višom razinom suicidalnih misli što su i dokazali. Autori taj dokaz objašnjavaju time što upravo suočavanje s fizičkim bolestima neizbježno uključuje promjene u dnevnoj rutini i funkcioniranju, ali isto tako i u samopoštovanju te dinamici bliskih odnosa, što posljedično može dovesti do emocionalnog stresa. Dakle, pokušavaju ukazati na to kako je lošije fizičko zdravlje značajan faktor za suicidalnost kod starijih, ali može se reći da nije samostalan faktor već se suicidalno ponašanje starijih može objasniti i drugima faktorima (socijalnim ili psihološkim), budući da fizičke bolesti utječu na različita područja života poput međuljudskih odnosa. Bitno je spomenuti kako su autori koristili sljedeće ljestvice: Beckovu skala suicidalnih misli (*Beck scale for suicidal i deation*), Kumulativnu ljestvica

za ocjenu bolesti (*Cumulative Illness Rating*) te upitnik smisla života (*Meaning in Life Questionnaire*).

Starije osobe lošijeg fizičkog zdravlja prema svim prikazanim istraživanjima su u većem riziku za suicidalno ponašanje, budući da neke fizičke bolesti otežavaju svakodnevni život. Stariji postaju ovisniji o drugima i to mnogi teško prihvaćaju, dok se drugi nemaju na koga osloniti. Možemo zaključiti kako se stariji teško suočavaju s nemoći koja dolazi kao posljedica bolesti te ih to navede na razmišljanje o suicidu, a naposljetku i na počinjenje istoga.

4.5. Mentalne bolesti (duševne smetnje) i suicidalno ponašanje starijih

Neka od prije navedenih istraživanja uz istaknute fizičke bolesti i njihovu povezanost sa suicidalnim ponašanjem, navode i druge faktore poput nekih duševnih smetnji kod starijih osoba te ćemo se u ovom poglavlju osvrnuti na njih. Yip i suradnici (2003.) u svom istraživanju naglašavaju depresiju kao pojedinačni najznačajniji psihološki faktor za suicidalne ideje među starijima. Forsell i suradnici (1997.) su došli do nalaza da je čak 26,7% onih koji su imali kratkotrajne suicidalne misli i veliku depresiju te da je 50% starijih s čestim suicidalnim mislima bilo depresivno. Ostale ključne psihološke varijable za koje je utvrđeno da su povezane sa suicidalnim mislima bile su: generalizirani anksiozni poremećaj, korištenje psihotropnih lijekova te povijest psihijatrijskog poremećaja. Juurlik i suradnici (2004.) istaknuli su depresiju i bipolarni poremećaj kao najjače povezane sa suicidom kod starijih osoba. Isto tako, prethodni autori su ukazali na to da je čak 73% starijih osoba mjesec dana prije počinjenja suicida posjetilo doktora. Koliko je depresija ključna za suicidalnost među starijima, ustanovili su Quan i suradnici (2002.) koji tvrde kao su stariji koji boluju od depresije u sedam puta većem riziku za suicid, za razliku od onih bez depresije, dok su oni s poviješću drugih psihijatrijskih bolesti imale dva puta veću vjerojatnost za počinjenje suicida.

Sun i suradnici (2012.) radili su istraživanje na uzorku od 55 946 osoba u dobi od 65 godina ili starijih koje su od srpnja 1998. do prosinca 2000. bile upisane na jednom od 18 zdravstvenih centara za starije osobe u Hong Kongu, a te iste osobe su praćene zbog

smrtnosti od samoubojstva do 31. ožujka 2009. Koristili su Ljestvicu gerijatrijske depresije (*Geriatric depression scale*) i Coxovu regresiju za ispitivanje povezanosti depresije sa smrtnošću od suicida. Pokazalo se da su depresivni simptomi povezani sa samoubojstvom kako kod žena, tako i kod muškaraca, ali može se reći da ipak u nešto značajnijem postotku kod žena.

Chiu i suradnici (2003.) koristili su metodu psihološke obdukcije, dakle proveli su intervju licem u lice i to s bližnjima 70 starijih umrlih od posljedica suicida, a isto tako i sa 100 starijih koji su bili kontrolna skupina. Kako bi upotpunili informacije proučavali su i dosjee mrtvozornika te medicinska izvješća. Ustanovili su kako je velika depresivna epizoda bila najčešći poremećaj kod starijih koji su počinili suicid, a povećani rizik od suicida utvrđen je i kod onih s poremećajem prilagodbe s depresivnim raspoloženjem, distimičnim poremećajem i shizofrenijom. Poremećaji povezani s alkoholom, bar u ovom istraživanju, nisu se pokazali kao značajni faktori rizika za suicid.

Još jedno istraživanje temeljilo se na nalazima mrtvozornika i uključivalo zapise o 409 starijih osoba koje su počinile suicid na području Singapura (Ho i sur., 2014.). Naime, od 409 starijih osoba koje su počinile suicid, njih 65 imalo je povijest suicidalnog ponašanja. Zaključili su kako je većina starijih osobe s poviješću suicidalnog ponašanja, patila od nekog psihijatrijskog poremećaja, bila je primljena u neku mentalnu ustanovu, konzumirala je alkohol prije smrti te je imala antidepresive u krvi.

Neophodnim se čini prikazati rezultate istraživanja koje pokazuje da što je veći intenzitet suicidalnosti, to je i veća vjerojatnost da osoba boluje od nekog psihičkog poremećaja (Barnow i Linden, 2000.). Naime, 42,7% osoba koje su rekle da život nije vrijedan življenja dobilo je određenu dijagnozu, a 80,9% je dobilo kliničku dijagnozu, dok je taj postotak znatno veći kod osoba s akutnim suicidalnim idejama (66,7% do 75,6% osoba s akutnom suicidalnom idejom dobilo je određenu dijagnozu, a 95,1% do 100% je dobilo kliničku dijagnozu). Ovo istraživanje provedeno je na 516 osoba u dobi od 70 do 105 godina koje su intervjuirali psihijatri, s tim da su suicidalne ideje procjenjivali pomoću Hamiltonove ljestvice za ocjenjivanje depresije (*Hamilton Depression Rating Scale*) i Gerijatrijskog pregleda mentalnog stanja (*Geriatric Mental State Examination*).

Prema istraživanju Waern (2003.) ustanovljena je jaka povezanost između ovisnosti o alkoholu i suicida kod osoba starijih od 65 godina. Istraživanje je utvrdilo kako je poremećaj konzumacije alkohola tijekom života uočen u 27% slučajeva samoubojstava. Prema tom nalazu alkoholizam se može smatrati prediktorom rizika od suicida u trećoj dobi.

Sva istraživanja u ovom poglavlju nalažu da je povezanost između duševnih smetnji, posebice depresije i suicidalnosti zaista jaka među starijom populacijom. Bipolarni poremećaj, poremećaj konzumacije alkohola i shizofrenija su se također istaknuli kao faktori rizika za suicidalnost u starijoj dobi.

4.6. Socijalni faktori i suicidalno ponašanje starijih

Neka od već opisanih istraživanja bavila su se i socijalnim prediktorima suicidalnog ponašanja starijih. Tako Yip i suradnici (2003.) od socijalnih čimbenika značajnih za suicidalne ideje navode: samoprocijenjeno loše financijsko stanje te nedostatak društvene podrške. Nižu socijalnu podršku kao rizični faktor suicidalnih ideja kod starijih, spominju i Nie i suradnici (2020.). Uz to, prethodni autori, kao čimbenik rizika ističu i nisku učestalost posjeta rodbine (kako je istraživanje provedeno u domovima za starije). U prilog lošem financijskom stanju, kao jednog od čimbenika rizika, ide i istraživanje Lee i Atteraya (2019.) koje je otkrilo da su stariji koji su se identificirali kao siromašni imali 1,59 puta veću vjerojatnost da će imati ideje o suicidu od onih koji nisu. Li i suradnici (2015.) su u svom istraživanju istaknuli: usamljenost, slabu društvenu mrežu te veće financijske probleme.

Gilman i suradnici (2013.) su za cilj imali istražiti društvene nejednakosti kod simptoma depresije i suicidalnih ideja među starijim osobama. Istraživanje je provedeno na 1 226 osobe u dobi od 60 ili više godina, koje su bile sudionici Prevencije suicida u primarnoj skrbi starijih osoba na području New Yorka, Philadelphije i Pittsburgha. Autori su se koristili Hamiltonovom ljestvicom za procjenu depresije (*Hamilton Depression Rating*), Beckovom skalom suicidalnih misli (*Beck scale for suicidal ideation*), Dukeovim indeksom socijalne potpore (*Duke Social Support Indeks*), a ispitali su i neke demografske

karakteristike (spol, godine, rasa, godišnji prihod). Pokazalo se da su financijski problemi bili povezan sa značajno većim izgledima za simptome suicida, a više ocjene na ljestvicama socijalne interakcije i subjektivne podrške bile su povezane s manjim izgledima za simptome suicida. Isto tako, rezultati Hamiltonove skale depresije bili su značajno viši među sudionicima s financijskim opterećenjem i s godišnjim prihodima ispod 20 000 američkih dolara. Dakle, financijsko opterećenje povezano je i s depresijom, a ona se već pokazala kao jedan od značajnijih faktora rizika za suicidalno ponašanje starijih.

Lutzman i suradnici (2021.) su za cilj imali ispitati ulogu usamljenosti i socijalne integracije kao posrednika u povezanosti fizičke boli i suicidalnih misli kod 198 starijih muškaraca u dobi od 65-94 godine na području Izraela. Prema ovo istraživanju, usamljenost i socijalna integracija su značajno posredovale između fizičke boli i suicidalnih ideja među samcima, razvedenima i udovcima, ali ne i među onima koji su u vezi ili braku. Dakle, autori zaključuju da stariji muškarci (posebice samci) koji pate od neke fizičke boli mogu biti manje društveno integrirani, osjećati se usamljenije i stoga su skloniji tome da doživljavaju suicidalne misli.

Jedno istraživanje ispitalo je povezanost između različitih izvora emocionalne podrške i suicidalnih ideja u kasnijem životu te procijenilo variraju li jačina takve povezanosti prema spolu i rasi/etničkoj pripadnosti (Park i sur, 2021.). Autori istraživanja utvrdili su kako je, kod 3 114 osoba starijih od 65 godina na području SAD-a, primanje emocionalne podrške iz različitih izvora bilo povezano s 0,36 puta manjim izgledima za razmišljanje o suicidu. Kod starijih žena svih rasnih/etničkih skupina i starijih muškarca afroamerikanaca, povećanje različitih izvora emocionalne podrške bilo je povezano sa smanjenim rizikom za razmišljanje o smrti ili samoozljeđivanju u posljednja dva tjedna, dok je kod starijih lationamerikanca i muškarca bijele rase, povećanje različitih izvora emocionalne potpore bilo povezano s povećanim rizikom za misli o smrti ili samoozljeđivanju u posljednja dva tjedna. U istraživanju je korišten Upitnik o zdravlju pacijenata (*Patient Health Questionnaire*) dok su se različiti izvori emocionalne podrške mjerili pitanjima: „Možete li računati na nekoga tko će vam pružiti emocionalnu podršku,

kao što je razgovor o problemima ili pomaganje u donošenju teške odluke?“ te „U posljednjih 12 mjeseci tko Vam je pružao najviše emocionalne podrške?“ (ponuđeno: supružnik, kćer, sin, brat, sestra, roditelj, drugi rođaci, susjedi, suradnici, članovi crkve, članovi kluba, profesionalci, prijatelji i drugi). Ovim istraživanjem autori pokazuju da nedovoljna emocionalna podrška može dovesti do razmišljanja o suicidu, no opet prema istraživanju se ipak pokazalo kako to ne vrijedi za sve muškarce.

Bračni status kao faktor rizika za suicidalne ideje istražili su McLaren i suradnici (2015.). Istraživanje je provedeno na području Australije na uzorku od 286 muškaraca i 383 žena u dobi od 65 do 98 godina. Glavni rezultat istraživanja je to da su udovci/udovice iskazivali nižu razinu pripadnosti, a niža razina pripadnosti bila je povezana s višom razinom suicidalnih ideja među starijim odraslim osobama. Sami autori su istaknuli da se time pokazalo kolika je važnost osjećaja pripadnosti za mentalno zdravlje osoba u trećoj životnoj dobi.

Socijalni faktori su ključni za objašnjenje suicidalnosti starijih osoba, dakle mogu samostalno djelovati, ali mogu i posredovati, primjerice između fizičke boli i suicidalnosti.

4.7. Ostali značajni faktori za suicidalno ponašanje starijih

Od ostalih značajnijih faktora ključnim se činilo prikazati kolika je važnost traumatskih iskustava u djetinjstvu (posebice pretrpljenog nasilja) te prijenosa suicidalnog ponašanja za suicidalnost među starijima.

Cilj istraživanja Kenneallya i suradnika (2019.) bio je ispitati obiteljski i društveni prijenos suicidalnog ponašanja kod starijih odraslih osoba promatrajući samoubojstva ili pokušaje kod rođaka, kao i među prijateljima i nepovezanim rođacima. Istraživanje su proveli na 356 starijih osoba (dob 50+) podijeljenih u 5 skupina (sudionici koji su pokušali počiniti suicid prije 60. i oni koji su pokušali počiniti suicid poslije 60. godine, koji razmišljaju o suicidu, depresivni nesuicidalni sudionici te psihijatrijski zdravi sudionici). Istraživači su se koristili medicinskom dokumentacijom i izvješćima o pacijentima, Beckovom ljestvicom smrtnosti (*Beck's Lethality Scale*), Ljestvicom suicidalne namjere

(*Beck's Suicidal Intent Scale*), Beckovom skalom suicidalnih misli (*Beck's scale for suicidal ideation*), razina depresije mjerena je -HRSD-17, dok je izloženost suicidalnom ponašanju procijenjena putem polustrukturiranog intervjua. Rezultati su pokazali kako je obiteljska ili društvena izloženost suicidalnom ponašanju bila veća kod onih koji su pokušali počinuti suicid prije 60. godine, nego kod onih koji su kasnije pokušali počinuti suicid, što bi značilo da važnost obiteljskog i društvenog prijenosa suicidalnog ponašanja opada s godinama (Kenneally i sur., 2019.).

Kakva je uloga zlostavljanja u djetinjstvu kao prediktora rizika od samoubojstva u kasnijem životu bio je cilj istraživanja Jardim i suradnika (2018.). Istraživanje je provedeno u Porto Alegreu. Putem stratificiranog slučajnog uzorkovanja odabrano je 30 obiteljskih zdravstvenih timova od ukupno 97 te je unutar svakog tima slučajno odabrano 36 osoba u dobi 60+ , tako da je na kraju u uzorak odabrano 449 osoba. Korišteni su: MINI međunarodni neuropsihijatrijski intervju (*Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 plus*), kraća verzija Upitnika o traumi u djetinjstvu (*Childhood Trauma Questionnaire*) i Brazilska gerijatrijska skala depresije (*The 15-item Brazilian Geriatric Depression Scale*). Pokazalo se da svi oblici (osim fizičkog zanemarivanja) zlostavljanja u djetinjstvu predviđaju rizik od samoubojstva te da gerijatrijska depresija ne posreduje izravno u tom odnosu.

Istraživanje autora Lee i Attaraya (2019.) se uz depresiju i siromaštvo, osvrnulo i na zlostavljanje starijih osoba i njegovu povezanost sa suicidalnim idejama. Tako su ukazali na nalaz da je među onim starijima koji su doživjeli zlostavljanje, ideja o samoubojstvu bila čak 2,37 puta vjerojatnija u usporedbi s onima koji nisu.

Očigledno je povijest zlostavljanja ključan čimbenik rizika za suicidalnost u starijoj životnoj dobi, dok se prijenos suicidalnog ponašanja, bilo društvenog ili obiteljskog, nije pokazao ključnim za obrazloženje suicidalnosti među starijom populacijom.

5. Osvrt na metodološku praksu (nedostatke) istraživanja

Navedena istraživanja su većinskim dijelom provedena na način da su korištena izvješća mrtvozornika o počinjenim samoubojstvima, dakle kako kažu Quan i Arboleda-Florez (1999.) radi se o podacima iz druge ruke. Točnost i potpunost tih informacija, kako tvrde Koo i suradnici (2017.), ovisi o kvaliteti procesa istraživanja pa tako neke značajne informacije povezane sa suicidom osobe mogu ostati nezabilježene ako ih istražni službenik sustavno ne ispita. Također, točnost podataka može biti ometena nedostatkom znanja osobe o određenom aspektu života preminulog - primjerice o prisutnosti medicinske ili psihijatrijske dijagnoze (Koo i sur., 2017.). Nadalje, Juurlik i suradnici (2004.) koristili su zapise o receptima za lijekove osoba koje su počinile samoubojstvo kao markere za bolesti, a kako postoji vjerojatnost da se neke skupine lijekova (npr. neuroleptici i antidepresivi) mogu koristiti za višestruke bolesti, rezultate treba uzeti s oprezom.

Što se tiče istraživanja u kojima je korištena metoda psihološke obdukcije, dakle kad su autori medicinska izvješća upotrijebili intervjua s bližnjima preminulih, svejedno se mogu uočiti nedostaci poput uvijek prisutne opasnosti od prijavljivanja pristranosti - primjerice da bi ispitanici pretjerano prijavili simptome depresije kao moguća objašnjenja samoubojstva njihovih bližnjih (Paraschakis i sur., 2012). Bližnji žrtava samoubojstva također mogu nedovoljno ili pretjerano izvještavati o određenim događajima zbog svoje osobne reakcije na samoubojstvo (Ho i sur., 2014.), a ponekad oni sami možda i ne znaju sve okolnosti životnih događaja preminulih.

Nadalje, mala veličina uzorka bi se također mogla istaknuti kao jedan od nedostataka i to posebno kod istraživanja koje je koristilo 200 zapisa o suicidu (Salib i Green, 2003.). Nedostatak je i prikupljanje podataka iz samo jednog okruga kao što su proveli Salib i Green (2003.) te jedne županije (domaće istraživanje Čatipovića i suradnika, 2015.), budući da se ti podaci vjerojatno ne mogu generalizirati na cjelokupnu populaciju. Ovdje valja naglasiti potrebu za većim brojem domaćih istraživanja o suicidalnom ponašanju starijih osoba koja bi pokrila područje cijele Hrvatske te možda otkrilo specifičnosti pojedinih regija. Prilikom tumačenja rezultata, pažnju treba obratiti i na populaciju,

obzirom da su neki istraživači pod starijima podrazumijevali osobe u dobi od 55 godina nadalje, a drugi u dobi od 65 godina nadalje.

Glede istraživanja koja su kao metodu koristila intervju licem u lice sa starijim odraslim osobama (poput Li i suradnika 2015.), potrebno je za naglasiti kako se ta metoda čini najpogodnijom za stariju populaciju, budući da im na taj način anketari mogu pojasniti određena pitanja ukoliko postoji potreba za tim. Nadalje, prikladno je te ankete licem u lice, odnosno individualna ispitivanja provesti u domovima starijih osoba, jer treba imati na umu da je onim najstarijim starima (primjerice zbog prisutne tjelesne bolesti ili teškog kretanja) nerijetko problematično doći na neku traženu lokaciju istraživanja te tako mogu izgubiti volju i želju za sudjelovanjem u istraživanju. Od problema koji se mogu javljati u istraživanjima gdje anketari čitaju pitanja starijim osoba su dobivanje socijalno poželjnih odgovora, iz razloga što starije osobe mogu osjećati pritisak, ali i neugodnost zbog priznavanja prisutnosti određenog suicidalnog ponašanja. Vezano uz to, autori istraživanja koji su proučavali povijest nasilja kao čimbenik rizika uz spominjanu društvenu poželjnost, govore i o retrospektivnoj procjeni koja može utjecati na pouzdanost izvješća upravo zbog dugog vremenskog razdoblja između događaja i procjene događaja (Jardim i sur., 2018.). Neophodnim se čini spomenuti i mjerne instrumente, koji nisu bili novijeg datuma, što ide u korist njihovoj valjanosti, s obzirom da su testirani u mnogobrojnim istraživanjima. Međutim, spomenute mjerne instrumente je zaista neophodno prilagoditi osobama starije životne dobi. Dakle, potrebno je obratiti pozornost na trajanje pojedine ankete, kao i na jasnoću postavljenih pitanja tako da osobama, prilikom popunjavanja ankete ili prilikom intervjua, ne bude teško održavati koncentraciju.

Na kraju treba spomenuti da je suicidalno ponašanje izrazito osjetljiva tema za istraživanje, a posebice kada se radi o starijoj životnoj dobi. Iz prethodno navedenog proizlazi da je zaista bitno prilikom takvih istraživanja starijim osobama ostaviti određene kontakte, gdje mogu pronaći adekvatnu pomoć (prvenstveno se ovo odnosi na psihološku pomoć) te se velikim nedostatkom smatra što to nije bilo navedeno u većini istraživanja.

6. Socijalni rad i prevencija suicidalnog ponašanja starijih osoba

Glede prakse socijalnog rada, prvenstveno postoji potreba za uvođenjem teme suicidalnosti kod starijih osoba na jednom od postojećih kolegija kako bi se buduće praktičare educiralo, osvijestilo i potaknulo na razmišljanje o toj problematici. Općenito se u sustavu obrazovanja premalo spominju starije osobe i njihove potrebe, smatram da bi se već kroz osnovnoškolsko i srednjoškolsko obrazovanje trebale uvesti teme o starijoj populaciji, o promjenama koje donosi to razdoblje, kako bi se djecu senzibiliziralo i osvijestilo o specifičnostima ove dobi. Bitnom se čini i profesionalna i organizacijska podrška, odnosno praćenje trendova u znanosti i tu svrhu unapređenja rada socijalnih radnika. Dakle, cilj je biti u toku sa znanstvenim spoznajama, pa je tako od velikog značaja podatak da svi oblici (osim fizičkog zanemarivanja) zlostavljanja u djetinjstvu predviđaju rizik od samoubojstva (Jardim i sur., 2018.). Dakle, socijalni radnici ne trebaju zanemarivati tu povijest obiteljskog nasilja, iako se može činiti dalekom i bezazlenom. Što se tiče rada socijalnih radnika u centrima, konkretnije na odjelu za novčane naknade, postoji potreba za izradom individualnog plana promjene za korisnike starije životne dobi koji se nalaze u teškim financijskim situacijama. Praksa pokazuje da zbog opterećenosti administracijom, socijalni radnici ne stižu izrađivati individualni plan promjene za svakog korisnika, a u ovom slučaju kada su se financijske teškoće, odnosno siromaštvo pokazalo ključnim rizičnim faktorom kod suicidalnosti starijih osoba (Lee i Atteraya, 2019.). Zaista treba raditi na tome da se ne zanemaruje izrada individualnog plana promjene, već da to bude nešto obvezno. Nadalje, velika je potreba za osvješćivanjem i educiranjem šire javnosti i to kroz metodu rad s javnošću. Građane bi se kroz reklame, javne kampanje pozvalo da obrate pažnju na one ranjive, izolirane starije osobe, zatim bi ih se pozvalo na to da uvide koliko je raširen problem suicidalnosti te da treba ići k promjenama s ciljem razvijanja usluga za starije osobe. Naposljetku, ključne su metode socijalna akcija, suradnja s drugim tijelima te organiziranje i razvoj zajednice. Cilj tih metoda bio bi razvijanje izvaninstitucionalnog smještaja starijih osoba, dakle razvijanje usluga za starije u njihovim lokalnim zajednicama, raznih aktivnosti za starije u sklopu tih usluga (npr. informatička radionica). Kroz te usluge i aktivnosti starije osobe bi se međusobno družile,

podupirale, sprječavala bi se socijalna izoliranost i osjećaj usamljenosti, kroz aktivnosti bi zapravo dobili jedan izvor podrške, a možda bi i pronašle određeni smisao u životu. Vrlo se bitnim čini i otvoriti određene centre za mentalno zdravlje pri domovima zdravlja u lokalnim zajednicama, jer jedino se kroz socijalni rad u zajednici zapravo može kvalitetno i kompletno pomoći starijim osobama u prevladavanju životnih teškoća (financijskih problema, usamljenosti..). No, prvo je potrebno prikazati javnosti i zakonodavstvu koliko je to potrebno, što se može postići daljnjim istraživanjima i edukacijama u području suicidalnosti kod starijih, ali i općenito radu sa starijima. Ovo su samo neke od smjernica koje za cilj imaju preventivno djelovanje, odnosno tim smjernicama se želi osvijestiti problematika suicidalnosti u starosti, a isto tako i djelovati na smanjenje uzroka suicidalnosti, kao što su financijske teškoće, socijalna izolacija i druge.

7. Zaključak

Suicidalnost (suicidalne misli, suicidalne ideje, pokušaji suicida te sam suicid) je zaista kompleksna. Do nje dolazi zbog raznih faktora, neki mogu djelovati samostalno, ali i međusobno jedni s drugima. Istraživanjima se pokazalo kako su rizični faktori za suicidalno ponašanje starijih osoba: muški spol (Quan i Arboleda-Florez, 1999., Čatipović i sur., 2015.), dob 80+ (Koo i sur., 2017.), život u ruralnom području (Nie i sur., 2020.), prisutnost fizičkih bolesti, poput inkontinencije te oštećenja vida i sluha (Yip i sur., 2003.), urinarne inkontinencije (Juurlik i sur. 2004.), raka, ishemijske bolesti srca te kronične plućne bolesti (Quan i sur., 2002.), prisutnost fizičke boli (Choi i sur., 2017.), prisutnost depresivnih simptoma (Sun i sur., 2012.), prisutnost depresije, shizofrenije (Chiu i sur., 2003.), prisutnost bipolarnog poremećaja (Juurlik i sur., 2004.), prisutnost poremećaja konzumacije alkohola (Waern, 2003.), usamljenost, slaba društvena mreža (Li i sur., 2015.), financijsko opterećenje (Gilman i sur., 2013.), nedostatak emocionalne podrške (Park i sur., 2021.), prisutnost osjećaja nepripadanja (McLaren i sur., 2015.) te postojanje povijesti zlostavljanja u djetinjstvu (Jardim i sur., 2018.) . S druge strane, obiteljski ili

društveni prijenos nije se pokazao ključnim kod suicidalnog ponašanja starijih od 60 godina (Kenneally i sur., 2019.), ali ga se nikako ne smije zanemariti.

Navedena istraživanja ukazuju na to kako bi za objašnjenje suicidalnog ponašanja najviše odgovarao model stresne dijateze, budući da su u životima osoba starije životne dobi prisutni različiti psihosocijalni stresori, od velike promjene životnih okolnosti (primjerice odlaska u mirovinu i time smanjenim prihodima i mogućim financijskim opterećenjima), do udovištva (kad je kod većine osoba izrazito prisutna usamljenost). Pod stresorima u starijoj dobi podrazumijevaju se i razna oboljenja kojima podliježu osobe, posebice se ističe prisutnost depresivnog poremećaja, ali tu mogu biti i razna fizička oboljenja (karcinom). Dakle, ukoliko je uz navedene stresore kod osobe prisutna impulzivnost, beznade i perfekcionizam, ukoliko ima neko ranije traumatsko životno iskustvo (nasilje u djetinjstvu), vrlo je vjerojatno da će osoba početi razmišljati o suicidu, a naposljetku ga može i počinuti. Struka socijalnog rada može i treba osvijestiti tu problematiku, zalagati se za razvoj izvaninstitucionalnog smještaja starijih osoba, promovirati važnost dobrih odnosa i podrške u obitelji i zajednici - kako bi se smanjila usamljenost i izoliranost starijih osoba, a time posredno djelovalo i na duševne smetnje koje se mogu javiti kao posljedica te izoliranosti, a smatraju se, između ostalih, ključnim prediktorima suicidalnosti.

Popis tablica

2.1. Beckova ljestvica suicidalnih ideja (stranica 4)

8. Literatura

Barnow, S., & Linden, M. (2000). Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(4), 171.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343-352.

Carmel, S. (2001). The will to live: gender differences among elderly persons. *Social science & medicine*, 52(6), 949-958.

Chiu, H. F. K., Yip, P. S. F., Chi, I., Chan, S., Tsoh, J., Kwan, C. W., Li, S. F., Conwell, Y., & Caine, E. (2004). Elderly suicide in Hong Kong—a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 299-305.

Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Conwell, Y. (2019). Physical health problems as a late-life suicide precipitant: examination of coroner/medical examiner and law enforcement reports. *The Gerontologist*, 59(2), 356-367.

Copeland, J. R. M., & Dewey, M. E. (1991). Neuropsychological diagnosis (gms-has-agecat package). *International Psychogeriatrics*, 3(1), 43-49.

Coren, S., & Hewitt, P. L. (1999). Sex differences in elderly suicide rates: Some predictive factors. *Aging & Mental Health*, 3(2), 112-118.

Čatipović, V., Degmečić, D., Drobac, D., Čatipović, M., & Šklebar, D. (2015). Razlike između samoubojstava žena i muškaraca na području bjelovarsko-bilogorske županije. *Socijalna psihijatrija*, 43(2), 0-86.

- Forsell, Y., Jorm, A. F., & Winblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*(2), 108-111.
- Gilman, S. E., Bruce, M. L., Have, T. T., Alexopoulos, G. S., Mulsant, B. H., Reynolds, C. F., & Cohen, A. (2013). Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*(1), 59-69.
- Ho, R. C., Ho, E. C., Tai, B. C., Ng, W. Y., & Chia, B. H. (2014). Elderly suicide with and without a history of suicidal behavior: implications for suicide prevention and management. *Archives of suicide research*, *18*(4), 363-375.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2021). *Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2021*. Posjećeno 4.7.2022. na mrežnoj stranici HZJZ: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2021/>
- Jardim, G. B. G., Novelo, M., Spanemberg, L., von Gunten, A., Engroff, P., Nogueira, E. L., & Neto, A. C. (2018). Influence of childhood abuse and neglect subtypes on late-life suicide risk beyond depression. *Child abuse & neglect*, *80*, 249
- Juurink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of internal medicine*, *164*(11), 1179-1184.
- Kenneally, L. B., Szűcs, A., Szántó, K., & Dombrovski, A. Y. (2019). Familial and social transmission of suicidal behavior in older adults. *Journal of affective disorders*, *245*, 589-596.
- Koo, Y. W., Kőlves, K., & De Leo, D. (2017). Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics*, *29*(8), 1297-1306.
- Kozarić-Kovačić, D., & Jendričko, T. (2004). Suicidalnost i depresija. *Medicus*, *13*(1), 77-87.

- Lee, S. Y., & Atteraya, M. S. (2019). Depression, poverty, and abuse experience in suicide ideation among older Koreans. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(1), 46-59.
- Li, H., Xu, L., & Chi, I. (2015). Factors related to Chinese older adults' suicidal thoughts and attempts. *Aging & mental health*, 20(7), 752-761.
- Lutzman, M., & Sommerfeld, E. (2021.). The role of meaning in life as a protective factor in suicidal ideation among elderly men with physical illnesses. *Current psychology*, 1-10.
- Lutzman, M., Sommerfeld, E., & Ben-David, S. (2021). Loneliness and social integration as mediators between physical pain and suicidal ideation among elderly men. *International Psychogeriatrics*, 33(5), 453-459.
- Makarić, P., Vidović, D., Čelić, I., Jendričko, T., & Brečić, P. (2019). Suicidalnost u starijih osoba. *Socijalna psihijatrija*, 47(3), 417-418.
- Marčinko, D. i suradnici (2011). *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- McLaren, S., Gomez, R., Gill, P., & Chesler, J. (2015). Marital status and suicidal ideation among Australian older adults: the mediating role of sense of belonging. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 145-154.
- Nie, Y., Hu, Z., Zhu, T., & Xu, H. (2020). A cross-sectional study of the prevalence of and risk factors for suicidal ideation among the elderly in nursing homes in Hunan Province, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11(339), 1-9.
- Paraschakis, A., Douzenis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Vassilopoulou, K., Koutsaftis, F., & Lykouras, L. (2012). Late onset suicide: Distinction between “young-old” vs. “old-old” suicide victims. How different populations are they?. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1), 136-139.
- Park, M., Wang, S., Reynolds III, C. F., & Huang, D. L. (2021). Diversify your emotional assets: the association between the variety of sources of emotional support and thoughts of death or self-harm among US older adults. *Archives of suicide research*, 1-13.

- Quan, H., & Arboleda-Florez, J. (1999). Elderly suicide in Alberta: difference by gender. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(8), 762-768.
- Quan, H., Arboleda-Flórez, J., Fick, G. H., Stuart, H. L., & Love, E. J. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(4), 190-197.
- Ritchie, H., Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & (2015). *Suicide*. Posjećeno 06.09.2022. na mrežnoj stranici Our World Dana: <https://ourworldindata.org/suicide#citation>
- Roy, P., & Knežević Hočevan, D. (2019). Listening to a silent crisis: Men's suicide in rural and farming communities in slovenia. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 241-254.
- Rusac, S. (2006). Nasilje nad starijim osobama. *Ljetopis socijalnog rada*, 13(2), 331-346.
- Salib, E., & Green, L. (2003). Gender in elderly suicide: analysis of coroners inquests of 200 cases of elderly suicide in Cheshire 1989-2001. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(12), 1082-1087.
- Shneidman, E.S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Sinyor, M., Tan, L. P. L., Schaffer, A., Gallagher, D., & Shulman, K. (2016). Suicide in the oldest old: an observational study and cluster analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(1), 33-40.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R., & Joiner Jr, T. E. (2016). Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging & mental health*, 20(2), 113-122.
- Sulejmanović, D. (2013). Spolne razlike u prisutnosti suicidalnih ideja. *Sarajevski žurnal za društvena pitanja*, 2(2), 33-44.
- Sun, W. J., Xu, L., Chan, W. M., Lam, T. H., & Schooling, C. M. (2012.). Depressive symptoms and suicide in 56,000 older Chinese: a Hong Kong cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(4), 505-514.

- Vujović, T. (2017). Nasilje nad starim osobama. *Socioloska Luca*, 11(2), 63–74.
- Waern, M. (2003). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol and alcoholism*, 38(3), 249-254.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva World Health Organization. Posjećeno 1.7.2022. na mrežnoj stranici WHO: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=8FED7B39AE633D5AA84A50DA2CA550DE?sequence=1
- World Health Organization (2021a). *Suicide rate estimates, crude Estimates by WHO region*. Posjećeno 4.7.2022. na mrežnoj stranici WHO: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEREGv?lang=en>
- World Health Organization (2021b). *Suicide*. Posjećeno 4.7.2022 na mrežnoj stranici WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yip, P. S., Chi, I., Chiu, H., Chi Wai, K., Conwell, Y., & Caine, E. (2003). A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(11), 1056-1062.