



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

SAMOMORILNOST IN STAROSTNIKI

SUICIDALITY AND THE ELDERLY

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Adrianna Melev

Jesenice, oktober, 2022

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju doc. dr. Branku Bregarju, da me je sprejel pod svoje mentorstvo. Hvala za vso strokovno pomoč, spodbudo in dobro vodenje, vse od priprave dispozicije pa do zaključka diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi Marti Smodiš, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela.

Največja zahvala pa gre moji družini in prijateljem, ki so mi nenehno stali ob strani in me spodbujali v času študija.

Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem lektorici Tjaši Mislej.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Izmed vseh starostnih skupin predstavlja samomor med starostniki enega izmed največjih problemov. Namen diplomskega dela je raziskati problematiko samomora med starostniki, spodbuditi ozaveščanje o samomorilnem vedenju starostnikov in pravočasno ukrepanje ter poudariti vlogo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti najpogostejše vzroke za samomor pri starostnikih in ugotoviti, kakšna je vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem.

Metoda: Diplomsko delo temelji na sistematičnem pregledu literature. Za pridobitev slovenske in tuje literature so bile uporabljene baze podatkov CINAHL, MEDLINE in Google Učenjak. Slovenske ključne besedne zveze pri iskanju so bile: »starostniki«, »medicinska sestra«, »samomor«, »vzroki« in še »vloga medicinske sestre«, »samomori«, »starostniki«. Angleške ključne besede so bile »elderly suicide«, »nurs«*, »causes« in še: »role«*, »nurs«*, »suicide elderly«. Uporabljeni so bili Boolovi operatorji. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje vključitvene kriterije: v pregled literature smo zajeli samo članke, objavljene v serijskih strokovnih publikacijah, upoštevali smo obdobje od 2012 do 2022, da je prosto dostopno celotno besedilo članka in jezik besedila v angleščini in slovenščini.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 14 virov. Ugotovljenih je bilo 50 kod, ki so združene v 4 teme: vzroki za samomore starostnikov, ki niso povezani z duševnim zdravjem, vzroki za samomore starostnikov, ki so povezani z duševnim zdravjem, vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem in prepoznavanje in preprečevanje samomorov starostnikov.

Razprava: Ključna vloga medicinske sestre je, da prepozna znake samomorilno ogroženega starostnika, ga sprejme v obravnavo in mu nudi varnost pred samim dejanjem. Pomembno je, da z njim vzpostavi terapevtski odnos. Ustvariti mora okolje, v katerem se samomorilno ogrožen starostnik počuti varno. Zagotoviti je treba oporo njemu in svojcem.

Ključne besede: starost, staranje, samomor, samomorilnost, medicinska sestra

SUMMARY

Theoretical background: Among all age groups, suicide amongst the elderly is the most prevalent. This thesis aims to research the issue of suicide amongst the elderly, promote awareness of suicidal behaviour in the elderly population, encourage timely measures and stress the importance of the nurse's role when treating an elderly person with suicidal behaviour.

Goals: The goal of this thesis was to identify the most common causes of suicide amongst the elderly and determine the nurse's role when treating an elderly person with suicidal behaviour.

Methods: The thesis is based on a systematic literature overview. Slovene and foreign literature was obtained using the following databases: CINAHL, MEDLINE and Google Scholar. The key phrases in Slovene and English were *starostniki (elderly)*, *medicinska sestra (nurse)*, *samomor (suicide)*, *vzroki (causes)*, followed by *vloga medicinske sestre (nurse's role)*, *samomori (suicides)*, *starostniki (elderly)*, *elderly suicide*, *nurs**, *causes*, followed by *role**, *nurs**, *suicide elderly*. Boolean operators were used to get more focused and productive results. The following inclusion criteria were used when searching through databases: the literature overview only includes articles published in serial scientific publications in the period from 2012 to 2022 with the whole article being freely accessible in English or Slovenian.

Results: The final analysis included 14 sources. 50 codes were identified which were combined into four topics: (i) reasons for suicide amongst the elderly not related to mental health, (ii) reasons for suicide amongst the elderly related to mental health, (iii) the nurse's role when treating an elderly patient with suicidal behaviour and (iv) recognizing as well as preventing suicide among the elderly.

Discussion: The key role of a nurse is to recognize the signs of a potentially suicidal elderly, admit them for treatment and protect them against committing suicide. It is vital to establish a therapeutic relationship with the admitted elderly. The nurse should provide an environment in which the potentially suicidal elderly feels safe. It is equally vital to ensure proper support to both the patient, and their relatives.

Key words: age, aging, suicide, nurse

KAZALO

1	UVOD	1
2	EMPIRIČNI DEL	7
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	7
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	7
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	7
2.3.1	Metode pregleda literature	8
2.4	STRATEGIJA PREGLEDA ZADETKOV	8
2.4.1	Opis obdelave podatkov pregleda literature	9
2.4.2	Ocena kakovosti pregleda literature.....	9
2.5	REZULTATI	10
2.5.1	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	11
3	RAZPRAVA	18
3.1	TEMA 1: VZROKI ZA SAMOMORE STAROSTNIKOV, KI NISO POVEZANI Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM	19
3.1.1	Kronične bolezni.....	20
3.1.2	Osamljenost	21
3.2	TEMA 2: VZROKI ZA SAMOMORE STAROSTNIKOV, KI SO POVEZANI Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM	23
3.2.1	Duševne motnje	23
3.2.2	Depresija	24
3.2.3	Demenca	26
3.3	TEMA 3: VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI STAROSTNIKA S SAMOMORILNIM VEDENJEM.....	27
3.4	TEMA 4: PREPREČEVANJE SAMOMORA	30
3.4.1	Omejitve raziskave	32
3.4.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovano delo.....	32
4	ZAKLJUČEK	33
5	LITERATURA	34

KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram poteka PRIZMA	11
--------------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz).....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	12
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah	17

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

1 UVOD

Samomor ali latinsko »suicidium« pomeni ubiti samega sebe ali vzeti si življenje. Samomor je dejanje, ki ga oseba stori zavestno, s predvideno gotovostjo pa povzroči lastno smrt (Svetovna zdravstvena organizacija, 2014). Samomor je le ena izmed stopenj v samomorilnem procesu, saj se pred samomorilnim dejanjem pojavljajo še druge stopnje, kot so razmišljanje o smrti in samomoru, načrtovanje lastne smrti in poskus samomora. Samomor, razumljen v širšem smislu, vključuje samomorilno oblikovanje idej (misel na samomor, namen izvršitve samomora in načrt samomora) ter samomorilno vedenje (poskus samomora in samomor kot končno dejanje). Je eno izmed zelo težko razumljivih človeških dejanj, ki spremlja človeštvo skozi vso zgodovino. Samomor je prisoten v vseh civilizacijah in kulturah ter prizadene različne posameznike in skupine (Poprask, 2016). Najnovejše teorije razlagajo dejanje lastne usmrtitve kot dolgo trajajoči proces, podoben bolezni, in ne kot trenutni dogodek. Mnogokrat je težko ugotoviti objektivni razlog smrti, saj je samomor velikokrat prikrito dejanje, in ni mogoče dokončno potrditi, da je bila smrt izvršena zaradi lastne volje (Nabregoj, 2015). Svetovna zdravstvena organizacija (2014) opredeljuje samomor kot resen javno zdravstveni problem, ki vpliva na posameznika, družino ter družbo. O njem se premalo govori in piše, saj v Sloveniji še vedno velja za tabu temo. Govor o samomoru je velik izziv za vse, ki se z njim strokovno ukvarjajo, prav tako pa je tudi izziv z vidika ozaveščanja prebivalstva (Pevce Rozman, 2013). Cilj preprečevanja samomora je zmanjšati dejavnike tveganja in povečati dejavnike zaščite (Svetovna zdravstvena organizacija, 2014).

Vsako leto si 703.000 ljudi vzame življenje in še veliko več je ljudi, ki poskušajo narediti samomor. Vsak samomor je tragedija, ki prizadene družine, skupnosti in cele države, ter ima dolgotrajne posledice za ljudi, ki ostanejo sami. Samomor se lahko zgodi kadarkoli v življenjski dobi posameznika in je bil leta 2019 četrti vodilni vzrok smrti med mladimi po svetu, starimi od 15 do 29 let. Samomor se ne pojavlja le v državah z visokimi prihodki, ampak je globalni pojav v vseh regijah sveta. Dejansko se je več kot 77 % svetovnih samomorov v letu 2019 zgodilo v državah z nizkimi in srednjimi prihodki (Svetovna zdravstvena organizacija, 2021). Leta 2017 je v državah Evropske unije (EU) zaradi samomora umrlo več kot 48.000 ljudi. Največ samomorov je bilo med moškimi, starimi

45 let in več. Razlike med spoloma v samomorilnem vedenju so pomembne, moški predstavljajo več kot tri četrtine samomorov v državah EU, čeprav je razlika med spoloma manjša med starejšimi starostnimi skupinami. V državah EU je bilo leta 2017 povprečno 11 smrti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev. Pogostost samomorov je bila najnižja na Cipru, v Grčiji, Italiji in na Malti, kjer je bilo v letu 2017 manj kot šest samomorov na 100.000 prebivalcev. Najvišjo pogostost samomorov sta imeli Litva in Slovenija, in sicer s 26 in 20 smrtnimi žrtvami na 100.000 prebivalcev. Stopnja samomorov se je zmanjšala v skoraj vseh državah EU. V nekaterih državah je bil upad precejšen, med drugim na Madžarskem, Slovaškem in v Bolgariji, kjer se je število smrti zaradi samomora zmanjšalo za več kot 50 % (Organisation for Economic Cooperation and Development Library, 2020).

V Sloveniji že od začetka 20. stoletja beležimo naraščanje števila samomorov (leta 1985 je imela Slovenija enega najvišjih količnikov v Evropi), vendar se je znanstveno proučevanje in posledično preprečevanje samomorilnega vedenja začelo šele po letu 1960. Mejniki raziskovanja samomorilnega vedenja v Sloveniji je bila ustanovitev registra samomorov in samomorilnih poskusov na Psihiatrični kliniki v Ljubljani leta 1970. Tedanji predstojnik Psihiatričnega dispanzerja, akademik in profesor dr. Lev Milčinski, je postavil okvir in temelje natančnega beleženja tega fenomena (Tekavčič Grad, 2020). Samomor v Sloveniji predstavlja velik javnozdravstveni problem, Slovenija sodi med tiste države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene. Slovenija je še vedno nad evropskim povprečjem v številu samomorov, kljub trendu upada samomorilnega količnika (11 samomorov na 100.000 prebivalcev). V Evropi je v zadnjih nekaj letih, podobno kot v Sloveniji, opaziti upadanje umrljivosti zaradi samomora. Podobno kot drugod po svetu se tudi v Sloveniji samomori s starostjo povečujejo (posebej izrazito je to pri starejših moških), med bolj ogrožena področja še vedno spadajo vzhodne statistične regije (kjer ponekod izstopa opazno visok samomorilni količnik med moškimi), medtem ko je pojavnost samomora v zahodnih statističnih regijah nižja (Bregar, 2012; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017). Leta 2020 je samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev) v Sloveniji znašal 17,57 (27,98 za moške in 7,08 za ženske). V absolutnih številkah to pomeni, da je za posledicami samomora v letu 2020 umrlo 369 oseb, in sicer 295 moških in 74 žensk (Nacionalni inštitut za javno zdravje,

2021). Slovenija torej sodi med države z visokim količnikom samomorilnosti, ki strmo narašča s starostjo. Iz podatkov se lahko razbere, da se večina samomorov v Sloveniji zgodi po 65. letu starosti (Šema, 2018). Zato je treba v Sloveniji posebno pozornost nameniti prav preprečevanju samomorov v starejši populaciji.

Staranje prebivalstva je proces, pri katerem se spreminja starostna sestava prebivalstva, tako da se povečuje delež starostnikov (Šema, 2018). Po definiciji so starostniki osebe, ki so stare več kot 65 let (Stapić, 2022). Potreba po oskrbi starostnikov, hudo bolnih in umirajočih pa se povečuje s staranjem prebivalstva po svetu in pri nas (Potočnik, 2020). Različne bolezni so zagotovo ena od značilnosti staranja, ki vplivajo na posameznika, pogosto pa na celo družino. Bolezni omejujejo tudi življenjsko vedrino starostnikov. Po obsežnih raziskavah je med starostniki zdravih le slaba četrtnina. Bolezni srca in ožilja zavzemajo prvo mesto med boleznimi, sledijo presnovne bolezni, bolezni respiratornega sistema, različne revmatične in druge bolezni (Bilban, 2016; Šema, 2018). Ocena števila in strukture slovenskega prebivalstva napoveduje za naslednjih nekaj desetletij zgolj malenkostne spremembe v številu prebivalstva, a velike spremembe v starostni strukturi prebivalstva. V letu 2013 so delovno sposobni prebivalci predstavljali slabi dve tretjini vseh prebivalcev, ta delež pa naj bi se do leta 2050 zmanjšal na zgolj približno eno polovico vseh prebivalcev in se na tej ravni ustalil. Na drugi strani pa naj bi se delež starostnikov v prihodnjih 35 letih skoraj podvojil, saj naj bi leta 2050 ti predstavljali skoraj 30 % vseh prebivalcev Slovenije. Torej lahko rečemo, da se slovensko prebivalstvo pospešeno stara (Andric, 2011; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015), kar pomeni, da se bo lahko pojavnost samomorov v naši populaciji samo še povečevala, če ne bomo sprejeli nujnih ter predvsem učinkovitih preventivnih ukrepov.

Vedno večja je tudi pojavnost duševnih motenj, ki so povezane s starostjo (Avcı, et al., 2016). Duševna motnja je opisana kot dejavnik tveganja, ki prispeva k samomoru pri starostnikih. Predstavlja celo najbolj pomemben dejavnik tveganja za samomor. Med starostniki naj bi namreč od 71 do 95 % oseb trpelo za eno od duševnih motenj (Stajko, 2011; Poprask, 2016). Najpogostejši duševni motnji v starosti sta demenca in starostna depresija, vendar se pojavljajo tudi druge duševne motnje, ki predstavljajo tveganje za samomor. Pri pacientih z manično epizodo je zmanjšana presoja posledic dejanj zaradi

pospešenega miselnega toka, hitre gibalne aktivnosti in čustvene privzdignjenosti. Pri pacientih, odvisnih od alkohola, je lahko prisotna avtoagresivnost, suicidalna agresivnost ali pa heteroagresivnost. Poleg tega so ugotovili, da so tudi stranski učinki različnih zdravil, kot so statini, zaviralci beta in kortikosteroidi, dejavniki tveganja za samomor (Rustja, 2016; Holm, et al., 2020).

Dejavniki tveganja za samomor v starosti se ne razlikujejo veliko od delavnikov tveganja za samomor, ki jih srečamo v ostalih življenjskih obdobjih, vendar pa ti imajo različno težo. Veliko vlogo ima osamljenost, ki je lahko posledica ločitve, ovdovelosti ali odhoda v dom za starejše občane. Starostniki dostikrat potožijo zaradi izgube statusa, ugleda in vloge v družbi (Stajko, 2011; Poprask, 2016). Pomembno je, da razumemo, da razvoj samomorilnega vedenja nikoli ni posledica samo enega dejavnika tveganja, ampak gre za preplet mnogih dejavnikov ranljivosti in različnih sprožilnih dejavnikov (Poprask, 2016).

V Sloveniji delujejo tudi različne prostovoljne organizacije za uspešno preprečevanje in pomoč pri obvladovanju pojava samomora. Ena izmed njih je Slovensko združenje za preprečevanje samomora, v okviru katerega že 14 let deluje Center za psihološko svetovanje Posvet, ki posameznikom, parom in družinam nudi strokovno psihološko pomoč pri reševanju problemov in stisk, s katerimi se srečujejo v življenju, pa jih sami ne zmorejo obvladati (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021).

Med zdravstvenimi strokovnjaki, ki profesionalno vstopajo v zdravstveni sistem, medicinske sestre igrajo aktivno vlogo pri preprečevanju samomorilnega vedenja (Avci, et al., 2016). Skrb za paciente s samomorilnim vedenjem je ena najzahtevnejših nalog medicinskih sester. Preprečevanje samomorilnih dejanj je lahko tudi zelo težavno. Preprečevanje samomora vključuje ocene tveganja samomora, ki pa ne bi smele temeljiti le na oceni dejavnikov tveganja, ampak tudi na drugih opozorilnih znakih (Hagen, et al., 2017). Pravočasno preprečevanje samomorilnega vedenja vključuje tudi uporabo presejalnih testov (Stajko, 2011; Wongpakaran & Wongpakaran, 2013; Roškar, 2016). Za zdravstvene delavce, ki se ukvarjajo s samomorilno ogroženo osebo, je zelo pomembno, da vsak namig o samomoru vzamejo povsem resno in osebi prisluhnejo. To pomeni, da nobeno moraliziranje, obtoževanje ali izražanje nestrinjanja ne pride v poštev,

temveč je treba s samomorilno ogroženo osebo vzpostaviti terapevtski odnos, v katerem skozi različne faze medicinska sestra skupaj s pacientom ocenjuje, diagnosticira, načrtuje, osvetljuje in analizira. Te faze so: faza identifikacije (pacientu postaja jasno, kaj se z njim dogaja), faza interakcije (pacient se seznanja in sprejme svojo situacijo ter rešuje probleme) in faza razrešitve (pacient sam razrešuje probleme in ne potrebuje več strokovne pomoči). Pomembno je, da medicinska sestra s tako osebo ostane ves čas v stiku, jo spodbuja h govorjenju in pozorno posluša. To je zelo pomembno, saj se te osebe velikokrat izolirajo. O samomoru naj medicinska sestra govori brez izmikavanja in naj ne obljublja, da bo skrivnost obdržala zase, saj bo lahko rabila pomoč drugih ljudi. Če je situacija prenevarna, naj predlaga krajšo hospitalizacijo (Stajko, 2011; Banjeglav, 2012; Nabregoj, 2015).

Strokovnjaki navajajo, da naj medicinska sestra pri pacientih s samomorilnim nagnjenjem ustvari odprti način komuniciranja. Z odprto komunikacijo lažje in hitreje prepozna dejavnike tveganja za samomor. Sama razprava o samomoru s pacientom lahko zmanjša možnost udejanjenja. Pri odprti komunikaciji je pomembno to, da se upoštevajo določeni elementi komuniciranja, in sicer poslušanje, zbranost, uporaba intuitivnih čutov, spoštovanje čustev pacienta in razvoj zaupanja (Vandewalle, et al., 2019). Nasprotno pa lahko predvsem pomanjkanje komunikacije povzroči manj zaupanja v odnosu pacienta in medicinske sestre. Raziskave so pokazale, da lahko komunikacija med pacienti in zdravstvenimi delavci vpliva na rezultate in počutje pacientov (Lotfi, et al., 2019). Obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem torej zahteva holističen terapevtski pristop. Med elemente terapevtske obravnave štejemo tudi zmožnost empatije, ki je ključna lastnost medicinske sestre. Empatijo lahko medicinske sestre izražajo na različne načine, eden od teh je tudi vključevanje lastnih zgodb in izkušenj s podobnimi situacijami. S takšnim pristopom medicinske sestre lahko hitreje in lažje opazijo znake samomorilnega vedenja pacienta in na ta način lahko uspešneje preprečijo samomor (Lees, et al., 2014).

Preventivni ukrepi pri samomorilnem vedenju so nujni, zajemati pa morajo družbo kot celoto in ne le njenih posamičnih delov (Čarman, 2013). Samomor predstavlja problematiko za različne stroke, zato je tudi usposabljanje za preprečevanje samomora

del strokovnega izobraževanja za različne strokovnjake, kot so zdravniki, medicinske sestre, pedagogi, andragogi, socialni delavci, novinarji in policisti. Dobro bi bilo, da bi znal samomorilne znake prepoznati vsak človek. S prepoznavo samomorilnih znakov in z ustreznim ukrepanjem lahko preprečimo marsikateri samomor. Izjemno pomembno je torej izobraževanje različnih poklicnih skupin, sodelovanje med ustanovami in ozaveščanje širše javnosti o tem, da je samomor mogoče preprečiti, ob tem pa je nujno ozaveščati ljudi o pomenu varovalnih dejavnikov za celotno družbo, kot tudi za vsakega posameznika. Da bi se bolje izognili pojavu samomora, bi bilo treba celotno družbo naučiti drugačnih načinov reševanja konfliktov ter jih poučiti o varnih načinih sproščanja napetosti, ki jih prinaša vsakodnevno življenje (Čarman, 2013). Poleg tega skrb za potencialno samomorilne paciente vključuje tudi brzdaje lastnih čustev, čustveno izražanje in določeno količino čustvene vključenosti ter poklicno distanco, vse to je potrebno za zagotavljanje dobre oskrbe pacientov (Hagen, et al., 2017).

Na podlagi pregledane literature ugotavljamo, da so samomori med starostniki pogosti in da zdravstveno osebje lahko izvede številne intervencije, ki vodijo k preprečevanju samomorov. S svojim znanjem in delovanjem lahko v polje skrbi za samomorilno ogrožene osebe vstopajo tudi medicinske sestre. Zaradi pomanjkanja slovenskih raziskav na temo samomorilnosti med starostniki smo se odločili, da z integrativnim pregledom strokovne literature prispevamo k ozaveščanju o samomorilnem vedenju starostnikov in pravočasnem ukrepanju.

2 EMPIRIČNI DEL

Izvedli smo pregled literature s področja samomorov starostnikov, pri tem smo se osredotočili predvsem na vzroke in pa vlogo medicinske sestre pri obravnavi samomorilno ogroženega starostnika.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati problematiko samomora med starostniki, s čimer bi pripomogli k ozaveščanju o samomorilnem vedenju starostnikov in pravočasnem ukrepanju in poudarili bi vlogo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti najpogostejše vzroke za samomor pri starostnikih.
- Ugotoviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

RV 1: Kateri so najpogostejši vzroki za samomore pri starostnikih?

RV 2: Kakšna je vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo temelji na sistematičnem pregledu literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za iskanje podatkov smo uporabili podatkovne baze CINAHL, MEDLINE in Google Učenjak. Za prvo raziskovalno vprašanje smo uporabili naslednje ključne besede: »elderly suicide«, »nurs«*, »causes«. V podatkovni bazi CINAHL smo uporabili Boolov operator »AND«, s katerim smo povezali »elderly suicide« AND »nurs«* AND »causes«. V MEDLINE smo »elderly suicide«, »nurs«* in »causes« nizali brez Boolovih operatorjev. Za drugo raziskovalno vprašanje smo uporabili enake podatkovne baze kot za prvo. V CINAHL in MEDLINE smo uporabili naslednje ključne besede: »role«*, »nurs«*, »suicide elderly«. V podatkovni bazi CINAHL smo uporabili Boolov operator »AND«, s katerim smo povezali »role« AND »nurse or nurses or nursing« AND »suicide elderly«. V MEDLINE smo »role«*, »nurs«* in »suicide elderly« nizali brez Boolovih operatorjev. V Google Učenjaku smo uporabili enake besedne zveze za obe vprašanji. V slovenščini smo uporabili naslednje ključne besede: starostniki, medicinska sestra, samomor, vzroki. Za drugo raziskovalno vprašanje pa: vloga medicinske sestre, samomori, starostniki. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje vključitvene kriterije: v pregled literature smo zajeli samo članke, objavljene v serijskih strokovnih publikacijah, upoštevali smo obdobje od 2012 do 2022, da je prosto dostopno celotno besedilo članka in jezik besedila v angleščini in slovenščini. Najprej smo izključili članke vseh vrst pregleda literature, kot je integrativni pregled literature, metasinteza in drugo. Kasneje pa smo zaradi manjšega števila člankov, primernih za našo temo, uporabili tudi članke z izvedenimi pregledi literature.

2.4 STRATEGIJA PREGLEDA ZADETKOV

Strategijo pregleda literature smo izvedli v dveh korakih. Pregled izbrane literature smo shematsko predstavili v poglavju rezultati, in sicer z diagramom poteka PRIZMA (Welch, et al., 2016). Rezultate pregleda smo ponazorili tudi tabelarično (tabela 2).

V prvem koraku smo članke, ki smo jih pridobili s prej omenjeno metodo pregleda literature, pregledali in naredili dokončen nabor člankov, zajetih v pregled literature. Ker z iskalnimi nizi nismo dobili dovolj virov, s katerimi bi lahko verodostojno odgovorili na

raziskovalni vprašanja, smo v drugem koraku iskali dodatne vire s pomočjo povezanih člankov, ki smo jih identificirali v prvem koraku pregleda (glej tabelo 1), kar v takih primerih svetuje tudi Aveyard (2019).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz)

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	1. raziskovalno vprašanje: »elderly suicide«, »nurs«, »causes«	2427	2
	2. raziskovalno vprašanje: »role«, »nurs«, »suicide elderly«	4406	2
Google Učenjak	1. raziskovalno vprašanje: starostniki, medicinska sestra, samomor, vzroki	415	2
	2. raziskovalno vprašanje: vloga medicinske sestre, samomori, starostniki	425	1
Medline	1. raziskovalno vprašanje: »elderly suicide«, »nurs«, »causes«	674	1
	2. raziskovalno vprašanje: »role«, »nurs«, »suicide elderly«	251	1
Drugo – povezani članki	Suicide risk in long-term care facilities (Mezuk, et al., 2014)	94	3
	When elderly people give warning of suicide (Kjølseth & Ekeberg, 2012)	33	2

2.4.1 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Analizo izbranih končnih virov, vključenih v pregled literature, smo izvedli po usmeritvah H. Aveyard (2019). Uporabili smo odprto kodiranje, vsebinsko sorodne kode smo združevali v teme vsebinskih kategorij.

2.4.2 Ocena kakovosti pregleda literature

Za oceno kakovosti izbrane literature bomo uporabili hierarhijo dokazov (tabela 1), ki je povzeta po literaturi (Polit & Beck, 2018). V hierarhiji je osem nivojev, ki si sledijo po kakovosti, in sicer od 1 (najbolj kakovostno) do 8 (najmanj kakovostno).

Pregledali in uporabili smo 14 virov, ki smo jih prikazali v hierarhiji dokazov. Prvi nivo predstavlja sistematični pregled dokazov, sem smo umestili 4 raziskave virov (Mezuk, et al., 2014; Sousa, et al., 2018; Chauliac, et al., 2020, in Holm, et al., 2020). V drugi nivo (dokazi vzročnih randomiziranih kliničnih raziskav) in v tretji nivo (dokazi nerandomiziranih raziskav) nismo uvrstili nobenega vira. V četrti nivo (dokazi prospektivnih kohortnih raziskav) smo uvrstili 1 vir (Van Orden, et al., 2015), v peti nivo (dokazi retrospektivnih raziskav s kontrolami) smo uvrstili 2 vira (Kjølseth & Ekeberg, 2012; Crestani, et al., 2019). V šesti nivo (dokazi presečnih raziskav) nismo uvrstili nobenega vira, v sedmi nivo (dokazi celostnih kvalitativnih raziskav) smo uvrstili 7 virov (Kiselak, 2012; McQueen, 2012; Fry, et al., 2014; Lee, et al., 2014; Poprask, 2016; Gorenčič, 2017; Band-Winterstein, 2018) in v osmi nivo nismo uvrstili nobenega vira.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Nivo	Opis
1	Sistematični pregled dokazov (n = 4)
2	Dokazi kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav (n = 0)
3	Dokazi nerandomiziranih raziskav oz. kvazi eksperiment (n = 0)
4	Dokazi prospektivnih kohortnih raziskav (n = 1)
5	Dokazi retrospektivnih raziskav s kontrolami (n = 2)
6	Dokazi presečnih raziskav (n = 0)
7	Dokazi celostnih kvalitativnih raziskav (n = 7)
8	Mnenja strokovnjakov, poročila posameznih primerov (n = 0)

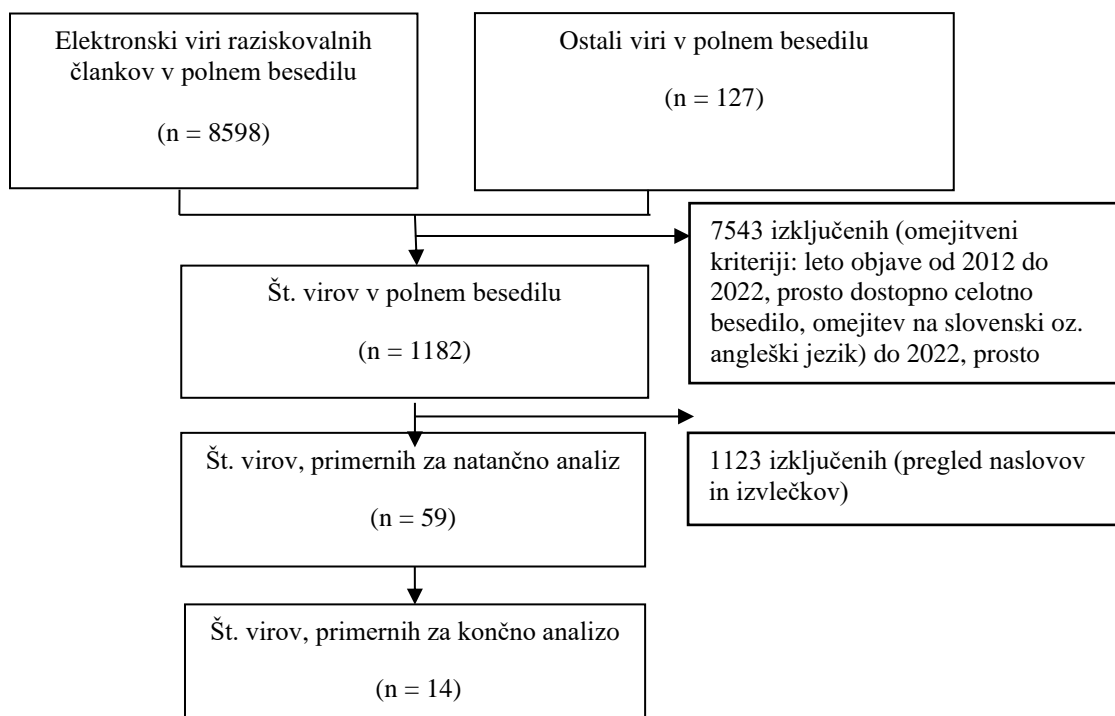
(Polit & Beck, 2018)

2.5 REZULTATI

Rezultate pregleda literature smo prikazali z diagramom poteka PRIZMA (slika 3), tabelarnim prikazom rezultatov (tabela 2) in razporeditvijo po kodah in kategorijah (tabela 3).

V diagramu poteka PRIZMA (slika 3) smo prikazali potek pridobivanja relevantnih člankov za našo raziskavo. Podrobneje je upodobljen postopek izključevanja neustrezne literature in postopek, s katerim smo prišli do končnega števila virov, primernih za

analizo. Na začetku smo z obstoječimi ključnimi besedami dobili 8598 virov, kjer je besedilo v celoti dostopno, in še 127 virov, ki smo jih dobili s pomočjo povezave preko drugih dveh virov, in sicer sta to članka *Suicide risk in long-term care facilities* (Mezuk, et al., 2014) in *When elderly people give warning of suicide* (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Po vključenih omejitvenih kriterijih (leto objave od 2012 do 2022, prosto dostopno celotno besedilo, omejitvev na slovenski oz. angleški jezik) smo izključili 7543 virov. Ko smo pregledali naslove in izvlečke, smo izključili še 1123 virov in tako nam je ostalo 59 člankov, ki smo jih prebrali v celoti. Po podrobnejšem pregledu elektronske literature in ostalih virov smo za končno analizo uporabili 14 virov.



Slika 1: Diagram poteka PRIZMA

(Welch, et al., 2016)

2.5.1 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 2 smo predstavili glavne karakteristike virov, zajetih v končno analizo sistematičnega pregleda literature: ključna spoznanja avtorjev, leto objave, raziskovalni koncept ter vzorec. V tabeli so viri navedeni po abecednem vrstnem redu priimkov avtorjev. V pregled literature smo vključili največ tistih virov, pri katerih je bil kot

raziskovalni koncept uporabljen pregled literature, in enako število virov s kvalitativnim in kvantitativnim konceptom. Vzorci so bili raznoliki. Prevladovali so angleški viri.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor in leto objave	Raziskovalni koncept	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Chauliac, et al., 2020	Sistematični pregled opisnih raziskav	Namen raziskave je poudariti intervencije, ki so namenjene preprečevanju samomorilnega vedenja in samomorilnih misli v domovih za starostnike.	/ Francija	Intervencije za preprečevanje samomorilnih misli ali samomorilnega vedenja v domovih za ostarele niso natančno opredeljene in o njihovi učinkovitosti pri preprečevanju samomorilnega vedenja ni mogoče govoriti. Treba bi bilo izboljšati znanje in omogočiti usposabljanje zdravstvenim delavcem, ki sprejemajo starostnike v dom.
Crestani, et al., 2019	Retrospektivna kvantitativno zasnovana raziskava	Ugotoviti povezavo med vzroki in značilnostmi samomorov starostnikov, z upoštevanjem starosti, spola, družinskega statusa, psiholoških dejavnikov in samomorilne metode.	Obravnanih je bilo 538 primerov samomorov v obdobju od leta 1979 do leta 2015, Italija	Ugotovili so, da je moški spol povezan z večjim tveganjem za samomor. Največje tveganje za samomor so opazili pri starosti od 70 do 79 let. Med druge dejavnike tveganja pa so razvrstili: bolezenske dejavnike, ki so duševnega izvora, in duševne motnje. Samomorilno vedenje je rezultat interakcije številnih dejavnikov, kot so različne bolezni (tako akutne kot kronične), travmatične izkušnje, ki jih pogosto spremlja globoko trpljenje, kar je močna spodbuda za samomor med moškimi. Za ženske je duševno zdravje pomemben dejavnik tveganja.
Band-Winterstein, 2018	Kvalitativno zasnovana raziskava	Ugotoviti vloge in izkušnje medicinskih sester pri delu s starostniki, ki škodujejo sami sebi in se zanemarjajo.	22 intervjuvancev, Izrael	Ugotovili so, da se s starostjo poslabša funkcija telesa in to povečuje samouničevanje. Zapletenost starostnikov, ki škodujejo sami sebi, pa povzroča občutke zmedenosti in dvomnosti pri nalogah medicinskih sester. Ena glavnih nalog

Avtor in leto objave	Raziskovalni koncept	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				je, da morajo biti medicinske sestre na strokovnem področju brez predsodkov in odprte za potrebe in želje pacienta.
Fry, et al., 2019	Kvantitativno opisno zasnovana raziskava	Ugotoviti in raziskati vlogo, znanje, zaupanje in odnose medicinskih sester v primerih poskusa samomora pri starostnikih.	136 anketirancev	Ugotovitve prispevajo k razpravi o tem, kako medicinske sestre poznajo samomor pri starostnikih. Prednostna naloga je potreba po usposabljanju o preprečevanju samomorov, zlasti za ugotavljanje tveganja pri starostnikih. Glavna naloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s samomorilnim tveganjem je prepoznavanje teh tveganj.
Gorenčič, 2017	Kvantitativno opisno zasnovana raziskava	Namen je izpostaviti problem samomorilnosti pacienta in raziskati vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta s samomorilnim vedenjem.	/ Slovenija	Med pomembnejše naloge medicinske sestre štejemo to, da medicinska sestra zagotavlja pacientu sprejem v varno in zaupno okolje. Znati mu mora nuditi oporo, hkrati pa vzbujati občutek, da razume njegovo nemoč in obupanost. Obravnavati ga mora enako, kljub težavam, ki jih ima, in mu tako priskrbeti varno in zaupno okolje, v katerem bo lahko umirjeno in brez ovir govoril o svojih težavah.
Holm, et al., 2020	Kvantitativno opisno zasnovana raziskava	Namen raziskave je oblikovati strategije za preprečevanje samomorov starostnikov.	/ Norveška	Ugotovitve kažejo na nujnost opredelitve in oblikovanja učinkovitih strategij za preprečevanje samomorov starostnikov. Oblikovali so štiri kategorije za preprečevanje samomorov starostnikov, in sicer: prepoznavanje telesnih in/ali duševnih zdravstvenih težav starostnikov ter napotitev k zdravniku, oblikovanje izobraževalnega programa, odprto komuniciranje o opozorilnih znakih in oblikovanje socialne podpore ter ozaveščanja.

Avtor in leto objave	Raziskovalni koncept	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kiselak, 2012	Kvantitativno zasnovana raziskava	Namen raziskave je predstaviti problematiko samomorilnosti med starejšimi od 65 let v podravski regiji, jo primerjati z ostalimi regijami v Sloveniji in odkriti vzroke, ki privedejo starostnike do razmišljanja o predčasnem in zavestnem končanju svojega življenja.	89 izprašancev, Slovenija	Stopnja samomorilnosti je v podravski regiji višja od slovenskega povprečja. Ugotovljeno je bilo, da so k samomoru bolj nagnjeni moški kot ženske. Medicinske sestre so pomembni akterji pri preprečevanju samomorilnosti. S starostniki morajo vzpostaviti empatičen odnos, še posebej z moškimi, kajti ti redkeje obišejejo zdravnika in težje spregovorijo o svojih težavah. Več časa si morajo vzeti za tiste, ki imajo težave s kroničnimi boleznimi, saj ti posamezniki pogosteje pomislijo na samomor.
Kjølseth & Ekeberg, 2012	Kvantitativno zasnovana raziskava	Namen raziskave je ugotoviti, kakšni so vzroki za samomore starostnikov, kako in komu pokažejo opozorilne znake ter kako se druge osebe (medicinske sestre, zdravniki in družinski člani) na njih odzovejo.	63 intervjuvancev, Norveška	Našteli so glavne vzroke za samomor: nobeden jih ne jemlje resno, nemoč, izčrpanost, nesprejemanje s strani družbe. Več kot polovica starostnikov je pred samomorom opozorila druge (najpogosteje sorodnike, nato medicinske sestre in zdravnike), a opozorila niso jemali resno in niso sprožili preventivnih ukrepov. Zdravstveno osebje mora samomorilno vedenje starostnikov priznati kot zdravstveni problem, pri tem imajo pomembno vlogo zdravniki in medicinske sestre.
McQueen, 2012	Kvalitativno zasnovana raziskava	Ugotoviti dejavnike tveganja, ki prispevajo k samomoru starostnikov.	/ Kanada	Ugotovitve kažejo na vedno večje število samomorov med starostniki. Naslednja spoznanja so, da se večina teh samomorov zgodi med tistimi, ki so depresivni, in da je treba narediti več na področju obvladovanja depresije in prepoznavanja depresije pri starostnikih.

Avtor in leto objave	Raziskovalni koncept	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Mezuk, et al., 2014	Kvalitativno zasnovana raziskava	Namen je pregledati in sintetizirati deskriptivno in analitično epidemiologijo samomora v okoljih dolgotrajne oskrbe v zadnjih 25 letih.	/ Virginija	Tveganje za izvršitev samomora je največje v poznejšem življenju, vendar je malo znanega o tveganju samomora starostnikov v ustanovah za dolgotrajno oskrbo. Korelacije samomorilskih misli med prebivalci dolgotrajne oskrbe vključujejo depresijo, socialno izolacijo, osamljenost in funkcionalno upadanje.
Poprask, 2016	Kvalitativno zasnovana raziskava	Namen je razumeti problematiko samomorov v Sloveniji in njene značilnosti z vidika družbenih dejavnikov ter karakteristik oseb, ki storijo samomor.	/ Slovenija	Najpomembnejše demografske značilnosti, ki opredeljujejo samomorilnost, so povezane s spolom, z zakonskim stanom in nižjo izobrazbo. Samomori so pogostejši pri poročenih moških in se s starostjo povečujejo, povprečna starost pri samomorilnih ljudeh je 51 let. Več samomorilnih poskusov je pri mladostnikih, in sicer pri dekletih, medtem ko je pri starejših ljudeh manj samomorilnih poskusov, vendar več smrtnih izidov.
Lee, et al. 2014	Kvalitativno zasnovana raziskava	Raziskati samomorilna nagnjenja pri starejših azijskih pacientih v psihiatričnih bolnišnicah.	24 intervjuvancev, Azija	Na podlagi intervjujev so ugotovili, da se je pri starostnikih razmišljanje o samomoru in kasnejše udejanjanje večinoma sprožilo zaradi bolezni in telesnega neugodja, konfliktov z družinskimi člani in prijatelji, bolezni družinskih članov, smrti družinskih članov in prijateljev ter osamljenosti.
Sousa, et al., 2018	Kvalitativno zasnovana raziskava	Ugotoviti, kateri so dejavniki tveganja za samomor pri starostnikih.	/ Brazilija	Na podlagi pregledanih raziskav so ugotovili in predlagali, da se v taksonomijo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) vključi 23 dejavnikov tveganja. Ti dejavniki so: apatija, nemir, nizka samozavest, malomarnost glede zdravil,

Avtor in leto objave	Raziskovalni koncept	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				nezmožnost prositi za pomoč, nezmožnost izražanja čustev, samomorilski načrt, togost, motnje delovanja, težave vida, žalost, sovražno razpoloženje, anksioznost, neuspeh, frustracija, nesreča, sramota, pogosti obiski zdravnika z nejasnimi simptomi, socialna deprivacija, socialno razvrednotenje, psihološko nasilje, družinsko nasilje in finančno nasilje. Z vključitvijo teh dejavnikov bi samomorilno nagnjenje lažje prepoznali in ga preprečili.
Van Orden, et al., 2015	Prospektivno kohotno kvantitativno zasnovana raziskava	Namen je raziskati vzročno pripisovanje samomorilnega vedenja pri starostnikih z uporabo medosebne teorije samomora (Interpersonal Theory of Suicide)	101 intervjuvanec, Švedska	Na podlagi intervjujev so ugotovili, da starostniki samomorilno vedenje pripisujejo: želji po pobegu iz neke situacije, psihičnim problemom, zmanjšanemu delovanju in zmanjšani avtonomiji, družbenim težavam, ki kažejo na ovirano pripadnost, družinskim sporom, skoraj polovica jih je navedla več kot en razlog, nekaj pa ni navedlo posebnega razloga, zakaj so poskusili samomor.

Na podlagi integrativnega pregleda literature smo določili 50 kod in jih združili v 4 teme (tabela 3), in sicer glede na njihov pomen in vsebinske medsebojne povezave:

- vzroki za samomore starostnikov, ki niso povezani z duševnim zdravjem,
- vzroki za samomore starostnikov, ki so povezani z duševnim zdravjem,
- vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem,
- prepoznavanje in preprečevanje samomorov starostnikov.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Tema	Kode	Avtorji
Vzroki za samomore starostnikov, ki niso povezani z duševnem zdravjem	<ul style="list-style-type: none"> - »globoka žalost« - »samomorilno vedenje« - »socialna izolacija« - »boleči dogodki« - »trpljenje« - »upokojitev« - »kronična obolenja« - »osamljenost« - »zloraba alkohola« - »rakava obolenja« - »stres« <p>Število kod = 11</p>	Van Ordem, et al., 2015; Poprask, 2016; Crestani, et al., 2019; Fry et al., 2019; Mezuk, et al., 2019.
Vzroki za samomore starostnikov, ki so povezani z duševnim zdravjem	<ul style="list-style-type: none"> - »depresija« - »psihološke spremembe« - »anksioznost« - »duševne motnje« - »demenca« - »stigma« - »bolečina« - »telesna gibljivost« - »kognitivne motnje« - »motnje razpoloženja« - »bipolarna motnja« - »duševni razvoj« - »nezaupljivost« - »Alzheimerjeva bolezen« - »psihološke bolezni« - »simptomi« - »dolgotrajna bolnišnična obravnava« - »neznačilni simptomi« <p>Število kod = 17</p>	McQueen, 2012; Lee, et al., 2014; Poprask, 2016; Sousa, et al., 2018; Crestani, et al., 2019; Fry, et al., 2019.
Vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem	<ul style="list-style-type: none"> - »zdravstveni delavci« - »medicinska sestra« - »razumevanje pacienta« - »pomoč pacientu« - »preprečevanje« - »poslabšanja« - »ustrezna komunikacija« - »odnos med medicinsko sestro in pacientom« - »govorica telesa« - »izražanje« - »razumevanje potreb« <p>Število kod = 11</p>	Kiselak, 2012; Kjølseth & Ekeberg, 2012; Gorenčič, 2017; Band-Winterstein 2018.
Prepoznavanje in preprečevanje samomorov starostnikov	<ul style="list-style-type: none"> - »oblikovanje ukrepov« - »izobraževanje« - »usposabljanje« - »prepoznavanje« - »ocenjevanje« - »ukrepanje« 	Kjølseth & Ekeberg, 2012; McQueen, 2012; Mezuk, et al., 2014; Sousa, et al., 2018. Chauliac, et al., 2020; Holm, et al., 2020.

Tema	Kode	Avtorji
	<ul style="list-style-type: none"> - »znaki samomorilne ogroženosti« - »samozanemarjanje« - »samomorilno vedenje« - »ustrezna vprašanja« - »razumevanje samomorov« <p>Število kod = 11</p>	

3 RAZPRAVA

Samomoru smo bili priča v preteklosti in ga srečujemo tudi danes. Pojavlja se po vsem svetu, v različnih geografskih in različnih družbenih okoljih. Samomorov je več vrst, vendar jim je malo skupnega. Dejavniki tveganja za samomor v Sloveniji so podobni kot drugod po svetu. Tveganje je večje med moškimi, ovdovelimi, ločenimi in samskimi ter med osebami z nižjo izobrazbo in brezposelnimi. Povečuje se s starostjo, večja verjetnost je pri osebah z duševno boleznijo ali pri osebah, ki so že poskušale narediti samomor. Med varovalne dejavnike spadata socialno omrežje in družinsko okolje. Duševne motnje so med pomembnejšimi dejavniki tveganja, saj se verjetnost samomora pri ljudeh z duševnimi motnjami v primerjavi z osebami, ki teh motenj nimajo, poveča kar za desetkrat (Poprask, 2016).

V starosti se ljudje srečajo z mnogimi spremembami. Najpogostejše spremembe so posledice različnih izgub, ki jih doživijo starostniki, odvisnost od tuje pomoči, smrt, bolezen, upokojitev, socialne in osebne stiske. Vse te stiske se lahko le deloma omilijo, če zadovoljujemo splošne človekove potrebe (Žula, 2017). Niso problem le telesne bolezni, ampak tudi duševne motnje, ki pomembno prispevajo k bremenu bolezni in zmanjšujejo kakovost življenja. Zelo pomembne so številne povezave med duševnimi in telesnimi zdravstvenimi motnjami, ki delujejo v obe smeri, in povezave med telesnimi in duševnimi simptomi, saj ti sestavljajo klinično sliko pri pacientih, ki se obračajo po pomoč k psihiatrom in drugim zdravnikom. Upoštevanje pomena povezanosti in medsebojne odvisnosti simptomov je nujna osnova za učinkovito zdravljenje (Banjeglav, 2012). Tudi samomorilno vedenje lahko uvrstimo k duševnim simptomom, ki so lahko posledica različnih dejavnikov. Samomor ni bolezen starih ljudi, kot pravijo nekateri, kajti raziskave kažejo, da je največ poskusov samomora med mladostniki, izvršenih

samomorov pa med 50. in 70. letom starosti. Razlogi za to, da se starejši odločijo za samomor, so največkrat osamljenost, ovdovelost, črnogledost, depresija, brezup ali pa neozdravljiva bolezen (Vodišek, 2013). Tudi način samomora je pri starejših preiščen; gre za precej počasno napredovanje od samomorilnih misli do samomora in ni impulzivno dejanje. Izbira metode samouničevanja je pogojena z različnimi dejavniki: razpoložljivost in dostopnost metode, vpliv posnemalnih dejavnikov ter kolektivna podoba posamezne metode v družbi. Starostniki so veliko bolj krhki in je zato manj verjetno, da preživijo telesno poškodbo. Zaradi tega manj smrtonosnih metod ne smemo podcenjevati in so lahko dejansko enako učinkovite kot bolj smrtonosne metode (Crestani, et al., 2019).

3.1 TEMA 1: VZROKI ZA SAMOMORE STAROSTNIKOV, KI NISO POVEZANI Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM

Na splošno za vsa starostna obdobja avtorji opisujejo različna samomorilna vedenja in med najpogostejša uvrščajo indirektno samouničevalno vedenje, ki vključuje alkoholno odvisnost, kajenje, odvisnost od drog, samopoškodbe, neupoštevanje zdravniških navodil in podobno. S takim vedenjem se povečuje tveganje za prezgodnjo smrt. Že samo preiščevanje o samomoru oziroma samomorilne misli predstavljajo blažjo obliko samomorilnega vedenja, lahko pa se stopnjujejo vse do samomorilnega poskusa (Čarman, 2013; Sousa, et al., 2017).

Najpogostejši vzroki samomorov, ki niso povezani z duševnim zdravjem, so pri vseh starostnih skupinah sledeči: uživanje drog, prekomerno pitje alkohola, ekonomske težave, razna bolezenska stanja, poslovni neuspeh, razočaranje v odnosih, strah pred težavami v starosti in osamljenost, ki sicer velja za enega izmed pogostejših vzrokov za samomore starostnikov (Poprask, 2016; Sousa, et al., 2017). Tudi Fry s sodelavci (2019) v svoji raziskavi opisuje, da so starostniki izpostavljeni številnim dejavnikom tveganja, ki so povezani s samomorom, kot so na primer socialna izolacija, zloraba drog, procesi staranja, sočasne telesne bolezni, kronična stanja in žalost. Če se ti dejavniki tveganja povezujejo, to še dodatno povečuje tveganje za samomor starostnikov. Podobno opisuje Crestani s sodelavci (2019), ki pravi, da so v primerjavi s splošno populacijo dejavniki tveganja za samomor starejših zelo podobni, in sicer so to: starost, moški spol, samostojno

življenje, žalovanje (zlasti pri moških), telesna bolezen, ki povzroča bolečino. Sorodne dejavnike tveganja so opisali starostniki v intervjujih, in sicer so to: bolezen in fizično nelagodje, konflikti z družinskimi člani in prijatelji, boleznimi družinskih članov, smrt družinskih članov in prijateljev ter osamljenost (Lee, et al., 2014). Primerljive dejavnike tveganja za samomor zasledimo tudi v okoljih dolgotrajne oskrbe, in sicer: moški spol, zloraba substanc, izguba zakonca v zadnjem letu, predhodna zgodovina samomorilnega vedenja, motena mobilnost, poslabšanje splošnega zdravstvenega stanja, slabo razpoloženje, motnje spanja, funkcionalne motnje in bolečina (Mezuk, et al., 2019).

3.1.1 Kronične bolezni

V Evropi ima več kot polovica ljudi diagnosticirano vsaj eno kronično bolezen. Med kronične bolezni prištevamo tiste, ki velikokrat vodijo do komplikacij z duševnim zdravjem. Posledično pa se zaradi tega, povečuje tveganje za umrljivost. Pri starostnikih prihaja do težav predvsem zaradi tega, ker obolijo z več boleznimi naenkrat. Pogosto imajo po tri ali več obolenj hkrati, zato je nujno potrebno sodelovanje več profilov naenkrat, ki so iz različnih področij in poklicev (Akulić, 2018). Šema (2018) dodaja, da največ starostnikov umre zaradi kroničnih bolezni, in zato je pomembno, da družba zagotavlja kakovostno staranje z razvojem takega sistema, ki bo oblikovan v skladu s spremembami življenja. Starostniki se v družbi pogosto ne počutijo dovolj zmogljive in koristne prav zaradi tega, ker obolevajo za vrsto kroničnih obolenj, ki pa jim predstavljajo mnoge težave. S težavami se soočajo različno, za nekatere to ne predstavlja posebne ovire, za druge pa je to lahko hudo breme. Pogosto se starostniki odločijo za samomor, ker so deležni pomanjkljive zdravstvene obravnave, ker imajo neozdravljivo bolezen in pa kronične bolečine (Stajniko, 2011; Rustja, 2016).

Kronična telesna obolenja so povezana s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje (Goli, 2012). Starostniki, ki imajo diagnosticiranih sedem ali več bolezni, imajo devetkrat večje tveganje za samomor v primerjavi s tistimi, ki nimajo teh diagnoz. Poleg bolezni tudi pojav hude bolečine, ki traja več kot šest mesecev, poveča tveganje samomora (Sousa, et al., 2018). Tveganje je večje zlasti prvo leto po odkritju raka in pri različnih degenerativnih nevroloških obolenjih. V evropski raziskavi poskusov samomora so

ugotovili, da so bili ljudje v času, ko so imeli kronično telesno obolenje, bolj depresivni, še zlasti če so bili srednjih let in če so ravnokar prebolevali poslabšanje bolezni (Goli, 2021). Pri starejših od 65 let predstavljajo rakava obolenja kar 75 % vseh smrti. Za ženske je značilno, da pogosteje zbole vajo za rakom dojk in pljuč, moški pa za rakom pljuč, prostate in debelega črevesja. Večine bolnikov bolezni ne prizadene zelo močno vse do zadnjega stadija. Šele v kasnejših obdobjih, ko bolezen ne reagira več na zdravljenje, postajajo pacienti vse bolj prizadeti tako telesno kot duševno. To pa pogosto pripelje do depresije in posledično tudi do samomora. Takšni pacienti potrebujejo več duševne podpore (Stajniko, 2011; Rustja 2016). Tudi Sousa skupaj s sodelavci (2018) ugotavlja povezave med kroničnimi boleznimi in nagnjenostjo k samomoru. Te bolezni so: kardiovaskularne bolezni, kronična bolezen pljuč, težave z vidom, sladkorna bolezen, revmatoidne in terminalne bolezni.

3.1.2 Osamljenost

Osamljenost je večkrat omenjena kot dejavnik tveganja za samomor pri starostniki. Pri tem starostniki doživljajo hude občutke stresa in strahu (Lee, et al., 2014). Večina starejših od 65 let živi samih, v svojem stanovanju, tako v mestu kot na podeželju (Poprask, 2016). Osamljenost je eden hujših dejavnikov tveganja za samomor (Kralj, 2013). Osamljenost lahko povzroča čustveno nestabilnost, starostniki imajo občutek, da so s strani drugih oseb zavrženi in zapuščeni. Veliko starostnikov se kljub temu, da živijo v skupini z drugimi osebami, počuti osamljenih. Pogosto imajo socialne stike, a nimajo zaupnejših odnosov z drugimi. Med glavne vzroke za osamljenost starostnika štejemo izgubo. Starostniki se pogosteje soočajo z raznimi izgubami kot pa ljudje v drugih življenjskih obdobjih. K izgubam prištevamo smrt partnerja, prijatelja ali vrstnika (Stajniko, 2011; Kralj, 2013). Tudi Čarman (2013) poudarja, da socialni dejavniki igrajo pomembno vlogo in jih je treba upoštevati. Med njimi ima pomembno vlogo osamljenost, ki je lahko posledica ovdovelosti, ločitve ali celo odhoda v dom starejših občanov. Tudi upokojitev lahko štejemo med te dejavnike. Velikokrat se osamljenost povezuje tudi z drugačnimi izgubami, kot so izguba določene telesne ali duševne zmožnosti. Med najbolj boleče izgube štejemo smrt partnerja, saj je z njim starostnik preživel večji del svojega življenja, z njim je delil dobro in slabo, skupaj osebno napredoval, vzgajal otroke, da

so postali samostojni, skupaj z njim užival in začel živeti starost. Podobno bolečino in stisko starostniku lahko povzroči smrt prijatelja ali vrstnika. Okolje za starostnika postaja vse ožje in ožje. Ob smrti partnerja, prijateljev in vrstnikov ostaja vedno bolj sam. V takih primerih je potrebno, da si starostnik že dovolj zgodaj zagotovi stike z drugimi vrstniki in ljudmi, ki imajo enake interese, tudi v drugih okoljih, sicer se lahko znajde v hudih stiskah in osamljenosti (Stajniko, 2011; Kralj 2013).

Starostniki kot vzroke samomora pogosto navajajo pomanjkanje družbene povezanosti ali »oviran občutek pripadnosti«, velikokrat mislijo, da predstavljajo breme družbi in da bi bilo bolje, če bi umrli. Nekateri doživljajo težka obdobja in si želijo pobegniti iz te situacije. Pogost vzrok predstavljajo tudi družinski spori. Večina starostnikov pa navaja več kot en razlog za poskus samomora (Van Orden, et al., 2015). Podobno ugotavljajo Crestani in sodelavci (2019), ki pravijo, da je samomorilsko vedenje posledica več dejavnikov, kot so biološke ali psihološke bolezni in/ali boleči dogodki. Prisotnost kroničnih bolezni, ki jih pogosto spremlja globoko psihološko trpljenje, je močna spodbuda za samomor med moškimi.

Na samomorilno vedenje prav tako vplivajo dejavniki okolja. Okolje vključuje vse vplive, ki so lahko pozitivni ali negativni in v neki situaciji vplivajo na posameznika. Okolje, v katerem človek živi in je z njim v tesnem stiku, vpliva na njegovo osebnost in nagnjenost k samomorilnemu vedenju (Čarman, 2013). V naši kulturi in družbeni strukturi sta produktivnost in delo temeljna elementa pri definiranju identitete in družbene vloge. Začetek starostnega obdobja, ki ga pogosto naznanja upokožitev (prehod iz odraslosti v starost, v čas počitka), implicitno sovпада s postopnim umeščanjem v marginalni kontekst. Krči se svet odnosov, slabi zanimanje za zunanji svet, prevladujeta ritualizacija vsakdanjega življenja in konservativnost. Pri tem se porajajo občutki ničvrednosti in praznine (Cresani, et al., 2019).

Hitre kulturne spremembe, nenehne raziskave in znanstveni uspehi so omogočili doseganje rezultatov, ki so pred stoletjem veljali za nedosegljive, s podaljšanjem življenjske dobe zaradi boljše zdravstvene oskrbe. Kljub temu daljša življenjska doba ne zagotavljajo nujno boljše kakovosti življenja. S starostjo sledi naraščanje kroničnih bolezni in izguba telesne moči, ki pogosto vodita v občutek ničvrednosti, skrb za

prihodnost, pomanjkanja možnosti ali sredstev za kakovostno življenje pa vodi vse do depresije, ki pa jo večina avtorjev šteje za glavni vzrok samomora

3.2 TEMA 2: VZROKI ZA SAMOMORE STAROSTNIKOV, KI SO POVEZANI Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM

3.2.1 Duševne motnje

Duševne motnje starostnikov so v samem vrhu dejavnikov tveganja za samomor, še posebej motnje razpoloženja, kot sta depresija in bipolarna motnja, sočasne duševne motnje ter motnje zlorabe alkohola in drog v družinski anamnezi samomora (McQueen, 2012). Toda sama diagnoza depresije, brez drugih pridruženih bolezni in dejavnikov tveganja za samomor, redko vodi v samomor. Treba pa se je zavedati, da moramo sočasno upoštevati prisotnost simptomov depresije in več drugih življenjskih dogodkov (zlasti izgubo in osamljenost pri ženskah ter telesne bolezni pri moških). Vse to je treba obravnavati kot opozorilne znake za samomorilno vedenje (Cresani, et al., 2019).

Približno 90 % starejših, ki poskušajo ali dokončajo samomor, ima duševno motnjo, ki je bila pogosto nezadostno zdravljena (McQueen, 2012). Enega najpomembnejših napovednih dejavnikov za samomor predstavljajo duševne motnje. Duševne motnje zvišajo verjetnost obupa, impulzivnosti in agresivnosti, ki nato povečajo verjetnost samomora. Tiste motnje, ki napredujejo kronično, hudo prizadenejo posameznika in njegovo družbeno okolje (Goli, 2012). Pogosto obravnava najtežjih oblik duševnih motenj zahteva dolgotrajno ali celo doživljenjsko bolnišnično obravnavo (Černe, 2019).

Potek duševne motnje je pri vsaki osebi drugačen – ene prizadene manj, druge huje. Pacienti imajo lahko konstantno hude simptome, lahko jih dobivajo v intervalih oziroma epizodah na vsakih nekaj mesecev ali pa le parkrat v življenju. Redkost je, da oseba zbolile enkrat in se jim bolezen nikoli ne povrne. Če se bolezen stopnjuje po obdobju dobrega počutja in odsotnosti simptomov, to ne pomeni, da pacient ni imel volje ali da je imel premalo samokontrole – takšen je naravni potek bolezni, pacient z voljo ne more občutno vplivati na simptome. Na stabilizacijo poteka bolezni in redčenje epizod poslabšanja

lahko vplivamo le s pravilnim zdravljenjem, saj se tako zmanjša izraženost simptomov v obdobjih poslabšanja (Banjeglav, 2012).

V duševnem razvoju ni lahko opredeliti posebnih potreb starostnikov z motnjami. Ljudje niso kar nenadoma stari, ne glede na to, ali imajo motnje v duševnem razvoju ali ne, ampak se njihove potrebe, čustva, življenjske okoliščine, hrepenenja in pričakovanja sčasoma spreminjajo in razvijajo. Lahko bi rekli, da so osebe, ki trpijo zaradi motenj v duševnem razvoju, glede na izkušnje, potrebe in probleme v podobni situaciji kot starostniki, le da jih poleg starosti dodatno bremenijo še motnje v duševnem razvoju (Banjeglav, 2012).

Velikokrat se samomor pri starostnikih zgodi, ker zaradi stigme, povezane s duševnimi motnjami, niso pripravljeni poiskati pomoči (McQueen, 2012). Res je, da se je dolga leta na duševno zdravje gledalo predvsem kot na bolezen, poudarjeni so bili le negativni vidiki. Danes je naš pogled manj izključujoč in diskriminatoren, saj vemo, da lahko za duševno boleznijo zbolijo vsak od nas (Banjeglav, 2012).

3.2.2 Depresija

Že samo razmišljanje o samomoru lahko obravnavamo kot eno izmed diagnostičnih pokazateljev za depresijo. Torej depresija ne predstavlja le enega izmed dejavnikov tveganja za samomor, hkrati je to tudi eden njegovih najpomembnejših vzrokov (Martinčič, 2015). Depresija v različnih oblikah je poleg anksioznosti najpogostejša duševna motnja v Sloveniji (Zupančič & Pahor, 2014; Rustja, 2016). Vendar starostniki, ki imajo diagnosticirano depresijo, težje spregovorijo o svojem počutju, zato velikokrat niso deležni pravilne obravnave in zdravljenja, saj pri njih v večini depresija ni oz. je redko prepoznana (Banjeglav, 2012; Crestani, 2019). Depresijo težko prepoznamo zaradi psiholoških sprememb, neizogibnih starostnih bioloških sprememb, kognitivnih primanjkljajev in pogostega prekrivanja nevroloških ali internističnih bolezni, kar povzroči drugačno izraženost simptomov depresije. Poleg tradicionalnih simptomov se zdi, da so tudi psihološki simptomi depresije manj pogosti pri starostnikih, to so žalost, občutek krivde in občutek neuspeha. Pri depresivni stiski lahko prevladujejo: simptomi

splošne anksioznosti, palpitacije, občutek cmoka v grlu, pritožbe zaradi živčnosti ali razdražljivosti, psihomotorična vznemirjenost, nemir, obsesivne misli in akatizija. V drugih primerih v klinični sliki prevladujejo kognitivni simptomi, kot so slaba pozornost in koncentracija, izguba spomina in druge težave z orientacijo. Vrsta somatskih simptomov je pogosto del depresije pri starostnikih in jih pacient pogosto poudari. Najpogosteje poročajo o utrujenosti, nejasnem gastrointestinalnem nelagodju, glavobolih, nespečnosti, izgubi teže in zaprtju. Zaradi teh značilnosti je težko diagnosticirati depresijo, pa tudi diagnozo, ki razlikuje med demenco in depresijo (Crestani, et al., 2019). Tudi Martinčič (2015) opisuje, da se pri starostnikih depresija pogosto kaže z neznačilnimi simptomi, torej navzven ne kažejo depresivnega naravnjanja. Dokazi kažejo, da so ljudje z nevrodegenerativnimi motnjami, kot je zgodnja demenca, še posebej ranljivi in da v času diagnoze pogosto razmišljajo o samomoru. Tveganje samomora je večje v zgodnjih fazah nevrodegenerativnih motenj, ko je posameznik sposoben načrtovati samomor (Fry, et al., 2019).

Z večanjem števila nepojasnjenih telesnih simptomov pa se povečuje možnost, da gre za razpoložensko motnjo. Pri osebah, pri katerih ne najdemo vzroka telesnih težav, in pri (pre)pogostih uporabnikih zdravstvenih storitev je torej smiselno pomisliti na depresijo in vprašati o njenih simptomih in znakih (Pahor & Zupančič, 2014). Lahko pa so starostniki apatični, brez motivacije, anksiozni. Če se pridruži še kognitivna motnja, so k psihiatru velikokrat napoteni z diagnozo demence, pri kateri je možno, da so začetni simptomi podobni depresiji ali pa se celo prekrivajo. Ko se pri starostnikih pojavi opazna hipohondričnost brez dokazanega organskega vzroka, je lahko v ozadju depresija. Prepoznavanje depresije je pri starostnikih zelo pomembno, saj je reakcija na terapijo pri njih enako dobra kot pri ostali populaciji (Martinčič, 2015).

Več avtorjev navaja, da morajo biti zdravstveni delavci pozorni na znake, ki kažejo na depresijo, še posebej medicinske sestre, ki so prve v stiku s pacientom. Pomembno je da se pri depresivni motnji najprej identificira njene vzroke oziroma je potrebno prepoznati dejavnike, ki pripomorejo k njenemu razvoju, s tem jo bomo tudi boljše razumeli in jo čim bolj zgodaj in učinkovito preprečevali (Martinčič, 2015). Tudi Goli (2012) v svojem delu

podobno opisuje, da preventivo pred samomorilnim vedenjem, zlasti v primarnem zdravstvu, predstavlja predvsem prepoznavanje in zdravljenje depresije.

3.2.3 Demenca

Tudi demenca spada med glavne vzroke za samomor med starostniki. Pri demenci gre za motnje spomina in razumskih sposobnosti, za nesposobnost oblikovanja družbenih stikov. To so dejavniki, ki lahko zvišajo verjetnost za samomorilno vedenje pri starostnikih, še posebej v obliki samodestrukcije (odklanjanje zdravil, hrane). Starostniki pogosto oblikujejo osebne lastnosti, kot so plašnost, nezaupljivost, osamljenost, zadržanost, pretirana skrb za zdravje, ki so lahko značilne za vso populacijo starostnikov, in jih zato težje uporabimo kot kriterij za prepoznavanje samomorilnih nagnjenj (Čarman, 2013).

Od tipa demence pa je odvisno, kateri simptomi bodo dominirali in v kakšnem vrstnem redu se bodo pojavljali pri starostnikih. Prevalenca (pogostost) demence s starostjo strmo narašča. Med glavne značilnosti demence prištevamo: upad spoznavnih sposobnosti, okrnjenost prej vpeljanih dnevnih dejavnosti, duševne in vedenjske spremembe, s tem da zavest pri demenci ni motena (Zgonjanin, 2016).

Najpogostejši vzroki te bolezni so nevrodegenerativni procesi. Med njimi je najpogostejša Alzheimerjeva bolezen. Pri pacientih z Alzheimerjevo boleznijo so opravili največ raziskav dejavnikov tveganja za nastanek demence (Ćuskić & Goriup, 2015). Tudi Olšak in Musil (2017) navajata Alzheimerjevo bolezen kot najpogostejši vzrok za demenco (50–70 % primerov), redkejši tipi demence pa so še vaskularna demenca, frontotemporalna demenca in demenca z Lewyjevimimi telesci. S staranjem se verjetnost za obolelost z Alzheimerjevo boleznijo močno zvišuje, pred 65. letom starosti tako zbolijo le 1 % ljudi, po 65. letu starosti pa število obolelih strmo narašča. Pri 80 letih starosti ima že vsak tretji posameznik Alzheimerjevo bolezen, pri devetdesetih pa že vsak drugi (Ćuskić & Goriup, 2015). Na podlagi tega pa lahko sklepamo, da je eden od pomembnih vzrokov za povečanje števila samomorov po 65. letu tudi demenca.

Na drugo raziskovalno vprašanje *Kakšna je vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s samomorilnim vedenjem?* lahko odgovorimo z obravnavo teme 3 in teme 4.

3.3 TEMA 3: VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI STAROSTNIKA S SAMOMORILNIM VEDENJEM

Pri prepoznavi pacienta z duševno motnjo oz. pacienta s samomorilnim nagnjenjem je naloga medicinske sestre pomoč drugim zdravstvenim delavcem in tudi pomoč posamezniku, njegovi družini ter skupnosti v prizadevanju za zdravje. Gre za področje zdravstvene nege, kjer imajo medicinske sestre pravico pobude in nadzora, se odločajo o vrsti in stopnji negovalnega problema ter oblikujejo negovalno diagnozo (Banjeglav, 2012). Bregar (2012) ugotavlja, da je najpomembnejša vzpostavitev diskretnega stika medicinske sestre s samomorilno ogroženim pacientom. Medicinska sestra mora pacientu zmanjšati občutke osamljenosti in ga uvajati v aktivnosti, s katerimi si bo izboljšal samopodobo. Poudarja tudi, da mora medicinska sestra pacientovo stanje nenehno opazovati, da lahko pravočasno prepreči morebitno poslabšanje. Predpogoj pa je, da imajo prejemniki opozoril potrebno znanje in da se tudi odzovejo na opozorila ter ustrezno ukrepajo (Kjølseth & Ekeberg, 2012).

Medicinske sestre se pri svojem delu srečujejo z zdravstvenimi, socialnimi in duševnimi pojavi, vključno s samozanemarjanjem starostnikov, kar pa dostikrat vodi v samomor. Samozanemarjanje je lahko prvi korak k samomoru, odvisno od tega, kako to dojema tudi medicinska sestra. Srečanje s starostniki, ki se samozanemarjajo in zavračajo zdravljenje, predstavlja etične in moralne dileme, povezane z vlogo medicinske sestre. Nujno je, da medicinske sestre razmislijo o svojih reakcijah na samozanemarjanje starostnikov, sicer bi lahko njihove čustvene reakcije povzročile občutek neempatičnosti (Band-Winterstein, 2018).

Medicinske sestre morajo biti pozorne tudi na drugačno vrsto opozoril, ki jih dajejo starostniki tik pred samomorom. Večina jih veliko govori o smrti in ponavlja, da ne želijo več živeti, mnogi pravijo, da je bolje umreti kot živeti takšno življenje, ki ga imajo sedaj, in poudarjajo, da želijo končati življenje. Ta opozorila najpogosteje prejmejo sorodniki,

takoj za tem pa medicinske sestre. Večinoma so znaki spregledani s strani sorodnikov, kot tudi s strani zdravstvenega osebja (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Znano je tudi, da so imeli pogosto ljudje stik z zdravstvenimi delavci v zadnjih tridesetih dnevih pred samomorom (Fry, et al., 2019). Za mnoge se zdi malo verjetno, da je oseba samomorilno ogrožena. Nekateri zdravstveni delavci znakov celo nočejo opaziti (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Medicinske sestre so pri tem soočene z izjemno odgovornostjo, da ocenijo situacijo in napotijo paciente na nadaljnjo poglobljeno obravnavo (Fry, et al., 2019).

Pomembno je, da se medicinske sestre osredotočijo tudi na pacientovo anamnezo in jo temeljito pregledajo. Posebej pozorne morajo biti na pretekle diagnoze (depresija, bipolarna motnja, poskus samomora, shizofrenija, halucinacije, zlorabe psihoaktivnih snovi). Prav tako pa morajo pacienta opazovati, ga spremljati in si beležiti njegovo zdravstveno stanje. Že nepričakovano ali zelo hitro izboljšanje pacientovega počutja po depresiji opozori na to, da še vedno ali pa še bolj potrebuje zdravstveno pomoč. Dodatno pozornost je treba nakloniti pacientom, ki se samopoškodujejo ali pa so nagnjeni k temu. Nekateri celo že iščejo pomoč, saj se bojijo, da se bodo samopoškodovali (Gorenčič, 2017).

Delo medicinske sestre s suicidalno ogroženim pacientom na oddelku za psihiatrično zdravljenje obsega več osnovnih smernic (Kiselak, 2012):

- uvajanje pacienta na oddelek in v življenje na oddelku,
- strokovno dejavnost v ožjem smislu (opazovanje, poslušanje pacienta, sodelovanje na sestankih delovne skupine in terapevtski skupnosti, izvajanje treninga asertivnosti),
- stalno skrb za pacientovo vključevanje v novo okolje, prizadevanje za njegovo počutje in razpoloženje.

V samem začetku zdravljenja je delo medicinske sestre usmerjeno v skrb da si pacient telesno opomore pri tem pa se trudi pridobiti njegovo zaupanje. V kasnejši obravnavi sodeluje in pomaga pri izpeljavi psihoterapevtskega programa pri pacientu. Da bi medicinska sestra lahko pacientu nudila svojo strokovno pomoč, mora poznati tudi afektivne motnje, duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi,

duševne in vedenjske motnje zaradi odvisnosti od alkohola in drugih prepovedanih substanc ter delovanje psihoaktivnih snovi na človeški organizem (Kiselak, 2012).

Glavni cilj medicinskih sester je, da bo pacient ostal varen in nepoškodovan. Prizadevajo si zmanjšati samomorilno nagnjenje do te mere, da bo pacient znal sam obvladati svoje vedenje. Želijo si ustvariti zaupen in terapevtski odnos s pacientom, da lahko skupaj oblikujejo načrt zdravljenja. Za doseganje teh ciljev je treba upoštevati standarde zdravstvene nege, ki določajo, kakšna naj bo vrsta nadzora na oddelkih, s tem pa medicinske sestre dosegajo večjo varnost pacientov (Gorenčič, 2017). Tudi Menart in sodelavci (2012) kot cilj medicinske sestre opredelijo to, da ustvari dober medosebni odnos, da pacientu omogoča varno okolje, ugotovi in zadovolji pacientove potrebe ter pojasni pričakovanja in cilje. Aktivno poslušanje je tehnika, ki pacienta spodbudi k temu, da izraža svoja čustva, hkrati pa dobi občutek pripadnosti in spoštovanja s strani medicinske sestre. Aktivno poslušanje terja zelo veliko koncentracije in energije. Gre za fazo, v kateri medicinska sestra lahko pridobi ogromno koristnih informacij o pacientu. Pri poslušanju je treba upoštevati določena pravila, na primer da medicinska sestra pri govoru ne prekinja pacienta in mu ne dokončuje stavkov. Poslušati ga mora v tišini, pri tem pa ohranjati pozornost. Opazno mora pokazati, da ga želi poslušati, ob tem pa mora odstraniti moteče dejavnike in opazovati njegovo govorico telesa. Pomembna je potrpežljivost. Pri razlagi mu pomaga s postavljanjem vprašanj, pri tem ga ne sme kritizirati ali ocenjevati, saj bi s tem lahko delovala izzivalno (Menart, 2012). Če medicinske sestre razumejo, da je zelo pomembna podpora družine pacienta, ki je hospitaliziran, hkrati pa tudi razumejo potrebe sorodnikov, je večja možnost, da bi lahko preprečile samomor. Bregar in Vršnik (2020) navajata tudi, da medicinske sestre igrajo pomembno vlogo s tem, ko svetujejo svojcem in s tem izboljšajo njihovo usposobljenost za skrb samomorilno ogroženega družinskega člana. Z osredotočenim pogovorom medicinska sestra lahko pacienta aktivno vključi v njegov načrt zdravljenja. Pri tem se mora osredotočiti in poglobiti v pacientovo izkušnjo s stisko. Samo če medicinska sestra dobro razume njegove težave, mu lahko pomaga najti smisel življenja (Gorenčič, 2017).

3.4 TEMA 4: PREPREČEVANJE SAMOMORA

Samomor pri starostnikih je bolj načrtovan in nameren kot pri drugih starostnih skupinah, kar povečuje potrebo medicinskih sester, da se zavedajo dejavnikov tveganja za samomor pri tej populaciji, da prepoznajo, razumejo in zdravijo simptome (Sousa, et al., 2018).

Za uspešno preprečevanje in pomoč pri obvladovanju pojava samomora pri nas delujejo tudi različne prostovoljne organizacije. Ena izmed takih je Slovensko združenje za preprečevanje samomora, v okviru katerega že 14 let deluje Center za psihološko svetovanje Posvet, ki posameznikom, parom in družinam nudi strokovno psihološko pomoč pri reševanju problemov in stisk, s katerimi se srečujejo v življenju, pa jih sami ne zmorejo obvladati (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021). Potrebne so strategije preprečevanja, ki spodbujajo dobro počutje v vseh okoljih in skozi celotno življenjsko dobo, ne samo v starosti (Mezuk, et al., 2014).

Preprečevanje samomora na individualni ravni je zapleteno iz več razlogov, saj se najizrazitejši dejavniki tveganja, kot so depresija, somatska bolezen, upadanje funkcij in zmanjšana socialna mreža, pogosto pojavljajo pri populaciji starostnikov. Raziskave so pokazale, da je bilo kar nekaj starostnikov v stiku z zdravstvenimi delavci tik pred samomorom, vendar med posvetovanjem niso obravnavali samomorilne nagnjenosti (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Ugotovili so tudi, da več kot 80 % starostnikov, ki so storili samomor, ni prejelo niti ene psihiatrične obravnave (McQueen, 2012). Mnogi starostniki so pokazali opozorilne znake samomora sorodnikom v letu, preden so si vzeli življenje (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Tudi Bregar in Vršnik (2020) poudarjata, da je pri zdravstveni obravnavi pacienta, ki je samomorilno ogrožen, zelo pomembno poznavanje in izkušnost v ocenjevanju samomorilne ogroženosti. Komunikacija, tako ustna kot pisna, mora med vsemi člani zdravstvenega tima, ki so vpleteni v obravnavo samomorilno ogroženega pacienta, potekati brez zapletov. Komunikacija in dialog o opozorilnih znakih je lahko prvi korak k zmanjšanju velikega števila samomorov med starostniki. Zdravstveni delavci se morajo osredotočiti na dejstvo, da je samomor način za izogibanje močni čustveni bolečini. Več ukrepov na področju družbenih stikov in povezanosti bo privedlo do zmanjšanja števila smrtnih žrtev zaradi samomora (Holm, et al., 2020).

Če si želimo doseči visoko število uspešno preprečenih samomorov, moramo posebno pozornost nameniti izobraževanju in usposabljanju medicinskih sester, saj je to ključ do dobre prepoznave, ocenjevanja in ukrepanja pri delu s samomorilno ogroženimi pacienti (Bregar & Vršnik, 2020; Chauliac, et al., 2020). Holm skupaj s sodelavci (2020) predlaga oblikovanje izobraževalnega programa za preprečevanje samomora v skupnosti. Tudi Hagen s sodelavci (2017) omenja, da je za preprečevanje samomora zelo pomembna ocena tveganja za samomor. Konec Jurčič in sodelavci (2016) pa navajajo, da je treba v primeru, ko medicinska sestra pogovoru s pacientom zazna, da pacient izraža in kaže znake samomorilnosti, je potrebno njegova dejanja in sporočila razjasniti ter opraviti oceno samomorilne ogroženosti. S pridobitvijo podatkov lahko paciente kategorizirajo glede na različne stopnje, ki opredeljujejo tveganje za samomor.

Obstajajo tri stopnje samomorilne ogroženosti, in sicer: nizka, srednja in visoka ogroženost. Za vsako stopnjo pa je opredeljenih nekaj osnovnih ukrepov (Konec Jurčič, et al., 2016):

- Nizka ogroženost: razmišljanje o smrti, s samomorilnimi mislimi ali brez njih, vendar brez namere, brez predhodnih poskusov. Ukrepanje: psihosocialna podpora, po potrebi posvet s psihologom ali psihiatrom, aktivno spremljanje.
- Srednja ogroženost: razmišljanje o samomoru z načrtom, brez izražene namere in vedenja. Ukrepanje: napotitev k psihiatru glede na aktualni duševni status oziroma aktivno spremljanje.
- Visoka ogroženost: samomorilne misli z načrtom in resno namero, oseba verjame, da je izbrana metoda smrtonosna, predhodni samomorilni poskusi, agitirano, impulzivno, psihotično razpoloženje. Ukrepanje: osebe ne smemo puščati same; potrebno je neprekinjeno spremljanje in opazovanje ter takojšnja napotitev k psihiatru.

Po navedbah organizacije American Association of Suicidology (AAS) obstaja tudi hierarhični sistem opozorilnih znakov, pri čemer so trije znaki najpomembnejši: če oseba grozi, da se bo poškodovala ali ubila, če išče načine za samomor (iskanje dostopa do tablet, orožja ali drugih sredstev), če govori ali piše o smrti ali samomoru (Kjølseth & Ekeberg, 2012).

Število samomorov je povezano s pomanjkanjem znanja, usposobljenosti, neustreznimi kompetencami medicinskih sester in samim načinom preprečevanja. Pomanjkanje in neznanje vodi v večje število samomorov. Vse to pa negativno vpliva na medicinske sestre (Bregar in Vršnik, 2020). Več avtorjev (Stajko, 2011; Banjeglav, 2012; Nabregoj, 2015) opisuje pomembnost stika med medicinsko sestro in samomorilno ogroženo osebo. Navajajo, da naj medicinska sestra ves čas ohranja stik, osebo spodbuja h govorjenju, pozorno posluša in jo s poslušanjem podpira, saj se te osebe mnogokrat izolirajo. O samomoru naj medicinska sestra govori brez izmikanja in naj ne obljublja, da bo skrivnost obdržala zase, saj bo lahko potrebovala pomoč drugih ljudi. Če oceni, da je situacija prenevarna, naj predlaga kratkotrajno hospitalizacijo.

3.4.1 Omejitve raziskave

Pri pregledu literature smo se osredotočili na pregled strokovne literature, objavljene v obdobju od leta 2012 do leta 2022. Ugotovili smo, da slovenske literature na temo samomorilnosti starostnikov in vloge medicinske sestre ni veliko, zato smo pregled razširili na tujo literaturo. Kljub temu s ključnimi besedami nismo zajeli dovolj virov, s katerimi bi lahko zadovoljivo odgovorili na postavljena raziskovalna vprašanja. Pregled literature smo zato razširili na način, da smo do dodatnih virov prišli s pregledom povezanih člankov, ki smo jih zajeli v bazah podatkov.

3.4.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovano delo

Na podlagi pregledane literature ugotavljamo, da so samomori zelo pogost pojav med starostniki. Zdravstveno osebje ima priložnost, da se primerno izobrazi in usposobi za pravočasno pomoč. Medicinske sestre imajo edinstveno vlogo, saj lahko s svojo neprestano prisotnostjo ob osebi, ki je samomorilno ogrožena, pravočasno prepoznajo ogroženost in intervenirajo. Glavni vzroki za samomore starostnikov so duševne motnje, osamljenost in kronične bolezni. Ugotovili smo, da je premalo poudarka na prepoznavanju znakov samomorilnega vedenja. Pogosto se opozorilni znaki spregledajo in zanemarjajo. Treba je vzpostaviti sistem oz. vrednotenje teh znakov in opolnomočiti medicinske sestre, da bodo pravočasno in učinkovito prepoznale ogrožene osebe.

4 ZAKLJUČEK

Samomor pomeni vzeti si življenje in pri tem gre za težko razumljivo dejanje. Veliko samomorov se zgodi v starejši populaciji, torej po 65. letu starosti. Razlogi za samomor v starosti so različni. Med njimi prevladujejo duševne motnje, demenca, osamljenost in kronične bolezni. Pogosto se ti znaki spregledajo, saj starostniki neradi o tem govorijo ali pa zdravstveni delavci niso dovolj podkovani na teh področjih. Premalo je tudi zavedanja, da se samomor lahko prepreči z ustrezno pomočjo. Veliko vlogo pri tem igrajo medicinske sestre, ki po navadi prve stopijo v stik s pacienti. Naloga medicinske sestre je, da ustvari terapevtski odnos s pacientom. Pomembno je, da prepozna znake, ki kažejo na to, da oseba doživlja stisko in da je nagnjena k samomorilnosti. Pomoč mora poleg tega nameniti tudi pacientovi družini in širši skupnosti. V sam proces obravnave samomorilno ogrožene osebe pa je treba vključiti tudi svojce, saj je dokazano večja možnost, da se na ta način samomor prepreči. V zdravstveni obravnavi pa je pomembno tudi znanje s področja ocenjevanja samomorilne ogroženosti, ki jo medicinska sestra lahko oceni že pri sami komunikaciji s pacientom. Zato ima zelo pomembno vlogo izobraževanje in usposabljanje na tem področju. Pomanjkanje znanja lahko vodi v večje število samomorov. Pomembna je ozaveščenost vseh ljudi, saj tudi bližnji ob ustrezni prepoznavi samomorilnih znakov z ukrepanjem lahko preprečijo marsikateri samomor. Če bi vse ljudi naučili drugačnih načinov reševanja konfliktov ter jih seznanili z varnimi načini sproščanja napetosti, bi se temu pojavu kar dobro izognili. V zdravstvu bi bilo smotno na vseh ravneh vpeljati več izobraževanj s področja preprečevanja samomorov.

5 LITERATURA

Akulić, D., 2018. *Kakovostna obravnava starostnikov v psihiatričnih bolnišnicah: pojavnost, dejavniki in ukrepi za preprečevanje padcev: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Andric, Š., 2011. *Zdravstvena nega depresivnega starostnika v domačem okolju: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Avcı, D., Sabancıogulları, S. & Yılmaz, F.T., 2016. Investigation of the relationship between suicide probability in patients and their psychological symptoms and coping strategies. *Neurosciences*, 21(4), pp. 345-351.

Aveyard, H., 2019. *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. 4th ed. London; New York: Open University Press.

Band-Winterstein, T., 2018. Nurses' encounters with older adults engaged in self-neglectful behaviors in the community: a qualitative study. *Journal of Applied Gerontology*, 37(8), pp. 965-989.

Banjeglav, A., 2012. *Prepoznavanje znakov depresije pri starostnikih in pomen zdravstvene nege: diplomsko delo*. Izola: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Bilban., M., 2016. Vozniška zmožnost v starejših letih. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu*. Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 29-49.

Bregar, B., 2012. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 68-72.

Bregar, B. & Vršnik, P., 2020. Zdravstvena nega pacienta, ki je samomorilno ogrožen. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 52-63.

Chauliac, N., Leaune, E., Gardette, V., Poulet, E., & Duclos, A., 2020. Suicide prevention interventions for older people in nursing homes and long-term care facilities: a systematic review. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 33(6), 307-315.

Crestani, C., Masotti, V., Corradi N., Schirripa M.L. & Cecchi R., 2019. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed*, 90(1), pp 68-76.

Čarman, K., 2013. *Andragoške značilnosti skupin za samopomoč: primer skupin za samopomoč svojcem ob izgubi bližnjega zaradi samomora: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Černe, A., 2019. *Delo z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Ćuskić, A. & Goriup, J., 2015. Soočanje svojcev s starostnikom z demenco, *Revija za zdravstvene vede*, 2(1), str. 99-111.

Derlnik, V., 2019. *Vloga medicinske sestre pri obravnavi krhkosti starostnikov: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Fry, M., Abrahamsea, K., Kay, S. & Rosalind, M.E., 2014. Suicide in older people, attitudes and knowledge of emergency nurses, *International Emergency Nursing*, 43(2019), pp. 113-118.

Goli, P., 2012. *Samomor – vzroki, preprečevanje in preiskovanje: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Gorenčič, B., 2017. *Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s samomorilnim vedenjem: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Hagen, J., Knizek, B.L. & Hjelmeland, H., 2017. Nursing: Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Archives of Psychiatric*, 2017(31), pp. 31-37.

Holm, A.L., Salemonsén, E. & Severinsson, E., 2020. Suicide prevention strategies for older persons. *Nursing Open*, 21(8), pp. 2175-2193.

Kiselak, A., 2013: *Samomorilnost pri starejših v Podravski regiji: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kjølseth, I. & Ekeberg, Ø., 2012. When elderly people give warning of suicide. *International Psychogeriatrics*, 24(9), pp. 1393-1401.

Konec Jurčič N., Roškar, S., Lunder, L., Mihelič Moličnik, P., Lavrenčič Katić, A., Lunder, D., Tančič Grum, A. & Kašnik, M., 2016. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kralj, M., 2013: *Starostnik in osamljenost: specialistično delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Lee, S.H., Tsai, Y.F., Chen, C.Y., & Huang, L.B., 2014. Triggers of suicide ideation and protective factors of actually executing suicide among first onset cases in older psychiatric outpatients: a qualitative study. *Bmc Psychiatry*, 14(1), pp. 1-8.

Lees, D., Procter, N. & Fassett, D., 2014. Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *International journal of mental health nursing*, 23(4), pp. 306-315.

Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L. & Khajehgoodari, M., 2019. Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing open*, 6(3), pp. 1189-1196.

Martinčič, E., 2015. *Prepoznavanje samomorilnosti pri pacientih z depresivno motnjo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

McQueen, M., 2012. Depression, suicide and the elderly. *Canadian Nursing Home*, 23(1), pp. 24-27.

Menart, J., Kogoj, M., & Zajc, D., 2012. Zdravstvena nega pacienta s psihotično motnjo. In: B. Bregar, L. Mrak, eds. *Izzivi pri obravnavi psihoz*. Idrija: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M.C. & Choi, M., 2014. Suicide risk in long-term care facilities. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(12), pp. 1198-1211.

Nabregoj, M., 2015. *Preprečevanje samomora in zdravstvena nega: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Staranje prebivalstva – predlogi ukrepov za Slovenijo. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/staranje-prebivalstva-predlogi-ukrepov-za-slovenijo> [Accessed 15 February 2022].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. *Samomor v Sloveniji in svetu*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje, program MIRA – Nacionalni program duševnega zdravja. [online] Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/samomor_v_sloveniji_elektronska_izdaja_25_10_21.pdf [Accessed at 16 February 2022].

Organisation for Economic Cooperation and Development Ilibrary, 2020. Adult mental health. [online] Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/89109c81-en/index.html?itemId=/content/component/89109c81-en> [Accessed at 15 February 2022].

Olašak, K., & Musil, B., 2017. Odnos do demence in stigma demence. *Revija Javno zdravje*, 1(73). pp. 73-81.

Pevec Rozman, M., 2013. Samomor: pomen detabuizacije in mediji. *Bogoslovni vestnik*, 73(3), pp. 434-436.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. Ninth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Poprask, T., 2016. *Družbene značilnosti samomorov v Sloveniji: diplomsko delo*. Izola: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Roškar, S., 2016. Presejalna orodja za odkrivanje depresije. In: N. Konec Juričič, S. Roškar & P. Jelenko Roth, eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika*. Ljubljana, 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 77-78.

Rustja, K., 2016. *Vloga zdravstvene nege pri celostni obravnavi pacientov z duševno motnjo: diplomsko delo*. Izola: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Sousa, G.S., Albuquerque Perrellib, J.G. & Botelho, E.S., 2018. Nursing diagnosis for Risk of Suicide in elderly: integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2017(39), pp. 1-9.

Stajko, D., 2011. *Vzroki za samomor pri starejših: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Stapić, A., 2022. *Uporaba digitalnih tehnologij za preprečevanje padcev starostnikov v domačem okolju: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Svetovna zdravstvena organizacija, 2014. *Preventing suicide: A global imperative*. [online] Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> [Accessed at 4 January 2022].

Svetovna zdravstvena organizacija, 2021. *Suicide*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [Accessed at 17 February 2022].

Svetovna zdravstvena organizacija, 2021. *Suicide worldwide 2019*. [online] Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> [Accessed at 17 February 2022].

Šema, T., 2018. *Prilaganje na proces staranja: diplomsko delo*. Izola: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Van Orden, K.A., Wiktorsson, S., Duberstein, P., Berg, A.I., Fässberg, M.M. & Waern, M., 2015. Reasons for attempted suicide in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), pp. 536-544.

Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E. & Verhaeghe, S., 2019. Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of advanced nursing*, 75(11), pp. 2867-2877.

Vodišek, K., 2013. *Samomori na Slovenskem – preiskovalni vidik: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Welch, V., Petticrew, M., Petkovic, J., Moher, D., Waters, E., White, H. & Tugwell, P.,

2016. Extending the PRISMA statement to equity-focused systematic reviews (PRISMAE 2012): explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 70(1), pp. 68-89.

Wongpakaran, T. & Wongpakaran, N., 2013. Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. *Dovepress*, 2013(8), pp. 1553-1559.

Zgonjanin, D., 2016. *Staranje in demenca: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Zupančič, V. & Pahor, M., 2014. Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 136-146.

Žula, S., 2017. *Spremembe v starosti in stiske, ki iz njih izhajajo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.