



SZKOŁA GŁÓWNA
MIKOŁAJA KOPERNIKA

| SGMK

SUICYDOLOGIA

ANALIZA STANU WIEDZY ORAZ KAMPANIA EDUKACYJNA

RAPORT



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Minister Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Zadanie pn. „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna” finansowane jest ze środków Ministra Nauki.

RAPORT

SUICYDOLOGIA

– ANALIZA STANU WIEDZY

ORAZ

KAMPAANIA EDUKACYJNA

Działanie nr 1. Analiza sytuacji zastanej. Ocena stanu wiedzy obecnych i przyszłych specjalistów biorących udział w opiece nad dziećmi i młodzieżą wraz z analizą statystyczną i socjologiczną danych otrzymanych z badań ankietowych

Zadanie finansowane jest ze środków Ministra Nauki



**SZKOŁA GŁÓWNA
MIKOŁAJA KOPERNIKA**

SGMK

Warszawa 2024

Spis treści

Spis treści	3
Wstęp metodologiczny	13
Ogólne informacje o projekcie	13
Opis danych w projekcie badawczym z wykorzystaniem metod ilościowych i jakościowych.....	14
Analiza danych zastanych.....	14
Analiza przekazów medialnych.....	14
Analiza treści ogólnodostępnych dla dzieci i młodzieży, przekazów w mediach społecznościowych oraz wpływu środowiska rówieśniczego	15
Analiza i ocena skuteczności różnych metod prewencji samobójstw	15
Analiza i ocena działań podejmowanych przez służbę zdrowia w obszarze prewencji samobójstw	16
Analiza i ocena działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe (NGO) i agencje rządowe w obszarze prewencji samobójstw	16
Ankiety, wyniki badań ankietowych	16
Zogniskowany wywiad grupowy (FGI) z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, nauczycielami oraz studentami	19
Gromadzenie danych	19
Przechowywanie, ochrona danych i tworzenie kopii zapasowych podczas badań	20
Udostępnianie i dostępność danych.....	21
Zarządzanie danymi, odpowiedzialność	21
Etyka i kwestie prawne.....	21
Finansowanie i zasoby	22
Wstęp analityczny	23
Dane cząsteczkowe do uzasadnienia projektu	23
Wprowadzenie	23
Analiza (FOCUS)	24
Wnioski.....	26

Część I.....	29
Rozdział 1.....	31
1.1. Problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce.....	31
1.2. Źródła statystyk na temat samobójstw w Polsce.....	32
1.3. Przegląd danych epidemiologicznych: dane na temat prób samobójczych wśród młodzieży	33
1.3.1. Dane na temat prób samobójczych wśród młodzieży z przedziałami wiekowymi.....	34
1.3.2. Porównanie wzrostu zamachów samobójczych w różnych regionach Polski.	36
1.3.3. Potencjalne niedoszacowanie wartości.....	39
1.3.4. Przyczyny wzrostu prób samobójczych w latach 2020-2023.....	39
1.3.5. Ogólne przyczyny zamachów samobójczych wśród nastolatków	41
1.4. Zamachy samobójcze zakończone zgonem	42
1.4.1. Spadający procent zamachów samobójczych zakończonych zgonem	45
1.5. Polska w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej.....	50
1.5.1. Polska w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej pod względem podziału na płeć.....	56
1.6. Bibliografia:	61
Część II.....	65
Rozdział 2.....	67
2.1. Wstęp	67
2.2. Analiza źródeł danych o próbach samobójczych i samobójstwach wśród dzieci w przekazach medialnych. Formuła efektu skali w tzw. newsie dziennikarskim.....	68
2.3. Sposoby formułowania przez dziennikarzy przekazów medialnych nt. samobójstw wśród dzieci	72
2.4. Okres okołopandemiczny i jego wpływ na samobójstwa wśród dzieci w przekazach medialnych	74
2.5. Wpływ wojny na Ukrainie na liczbę samobójstw wśród dzieci w Polsce	76
2.6. Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży. Programy zapobiegania samobójstwom wśród dzieci	77
2.7. Gdzie znaleźć pomoc? Jakie informacje znajdziemy w przekazach medialnych?.....	80
2.8. Najczęściej wymieniane w mediach symptomy zagrożenia samobójczego występujące u dzieci	81
2.9. Aktualny opis sytuacji prezentowanych w przekazach medialnych. Stan obecny	82
2.10. Rekomendacje środowiska ekspertów w analizowanym temacie w różnych formach przekazów medialnych	83

2.11. Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom – odniesienie do prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci	84
2.12. Wpływ kampanii społecznych na przekazy formułowane w mediach w analizowanym okresie	85
2.12.1. Kampania społeczna – „Zobacz znikam”	85
2.12.2. Kampania społeczna – „Życie warte jest rozmowy”	87
2.12.3. Kampania społeczna – Kampanii Społecznej „Terapia to NIE wstyd”. Stop Samobójstwom! Życie ma sens.	90
2.12.4. Kampania Społeczna #MnieToDotyczy.....	91
2.12.5. Kampania społeczna „Forum Przeciw Depresji”	92
2.13. Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym	94
2.14. „Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu” oraz „Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły”	96
2.15. Zagraniczne kampanie społeczne	98
2.15.1. CALM (Campaign against living miserably) – Wielka Brytania	98
2.15.2. Small talk. Saves lives – Wielka Brytania	99
2.15.3. Zelfmoord 1813 – Kampania Belgijska	100
Rozdział 3.....	101
3.1. Wstęp	101
3.2. Demograficzne zróżnicowanie zbiorowości młodzieży na tle populacji – profil ...	103
3.2.1. Struktura demograficzna i procesy depopulacji	103
3.2.2. Polska demografia w referencji do UE – perspektywa porównawcza	106
3.2.3. Zbiorowość polskiej młodzieży w zróżnicowaniu strukturalnym.....	108
3.2.4. Oświata i edukacja polskiej młodzieży w danych statystyki publicznej.....	110
3.2.5. Czynniki dobrostanu społecznego polskiej młodzieży.....	113
3.3. Pokoleniowe atrybuty zbiorowości młodzieży	115
3.3.1. Socjologiczne dystynkcje pokoleniowości	116
3.3.2. Homo consumens	116
3.3.3. Środowiska społecznego „zakorzenienia” młodzieży	117
3.4. Młodzież w Polsce – kondycja psychiczna	119
3.4.1. Wstęp	119
3.4.2. Samopoczucie psychiczne młodzieży.....	120
3.4.3. Zaburzenia psychiczne młodzieży	122
3.4.4. Czynniki chroniące zdrowie psychiczne młodzieży i czynniki ryzyka rozwoju trudności w obszarze zdrowia psychicznego młodzieży	124

3.4.5. Główne wnioski.....	126
3.5. Bibliografia:.....	127
Rozdział 4.....	129
4.1. Analiza wstępna do raportu.....	129
4.2. Wprowadzenie	137
4.2.1. Ogólna sytuacja dotycząca samobójstw na świecie i w Polsce (dane od 2010 roku).....	137
4.2.2. Próby samobójcze wśród dzieci i młodzieży w wieku 7-19 lat	137
4.2.3. Znaczenie prewencji samobójstw i rola różnych podmiotów w jej realizacji.....	139
4.2.4. Rola rodziców i wyzwania w prewencji samobójstw wśród małoletnich	140
4.2.5. Przykłady	141
4.3. Metody prewencji samobójstw	142
4.3.1. Tradycyjne metody prewencji	142
4.3.2. Innowacyjne rozwiązania technologiczne.....	143
4.3.3. Inicjatywy społecznościowe	147
4.4. Inicjatywy Prewencji Samobójstw w Województwie Zachodniopomorskim	149
4.4.1. Program „Wspólnie przeciw depresji” w Szczecinie	149
4.4.2. Inicjatywa „Bezpieczna Przestrzeń” w Kołobrzegu	149
4.4.3. Kampania „Zauważ, zareaguj” w Koszalinie	150
4.4.4. „Linia Życia” w regionie nadmorskim	150
4.4.5. Program „Razem w kryzysie” w Stargardzie	150
4.4.6. „Bezpieczny krok” w Szczecinku	151
4.4.7. Podsumowanie	151
4.5. Analiza Działań Międzynarodowych i Porównanie z Polską	152
4.5.1. Wprowadzenie	152
4.5.2. Działania Prewencyjne w Wybranych Krajach.....	152
4.5.3. Porównanie z Polską	153
4.5.4. Wnioski dla Polski	154
4.6. Rekomendacje na Przyszłość	155
4.6.1. Wprowadzenie	155
4.6.2. Wzmocnienie Lokalnych Inicjatyw Prewencyjnych w Polsce.....	155
4.6.3. Rola Pedagogów i Rodziców w Prewencji Samobójstw.....	156
4.6.4. Integracja Nowoczesnych Technologii w Prewencji Samobójstw	157
4.6.5. Wzmocnienie Współpracy Międzysektorowej.....	157
4.6.6. Zwiększenie Finansowania Działań Prewencyjnych.....	157

4.6.7. Edukacja i Świadomość Społeczna.....	158
4.6.8. Podsumowanie	158
4.7. Podsumowanie	159
4.7.1. Ogólna Sytuacja i Wyzwania.....	159
4.7.2. Metody Prewencji.....	159
4.7.3. Rola Społeczności i Współpracy	159
4.7.4. Analiza Międzynarodowa i Wnioski dla Polski	159
4.7.5. Rekomendacje na Przyszłość	159
4.7.6. Finalne Wnioski.....	160
4.8. Bibliografia	160
 Rozdział 5.....	 162
5.1. Wstęp	162
5.2. Ustawodawstwo	163
5.2.1 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym	163
5.2.2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.....	164
5.2.3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025.....	167
5.3 Pozostałe inicjatywy krajowe.....	169
5.3.1. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.....	172
5.3.2. Światowy Dzień Walki z Depresją	173
5.4. Podsumowanie	174
 Rozdział 6.....	 175
6.1. Wstęp	175
6.2. Ocena i analiza przykładów regionalnych działań prewencyjnych w Polsce i ich skuteczność	176
6.2.1. Programy i inicjatywy rządowe.....	176
6.2.2. Programy i inicjatywy pozarządowe.....	179
6.2.3. Analiza skuteczności działań regionalnych	182
6.2.4. Podsumowanie	183
6.3. Ocena i analiza przykładów krajowych działań prewencyjnych w Polsce i ich skuteczność	184
6.3.1. Programy i inicjatywy krajowe.....	184
6.3.2. Analiza skuteczności działań krajowych.....	188
6.4. Polityka Prewencyjna w Polsce	190

6.4.1. Ramy prawne i strategie	190
6.4.2. Instytucje odpowiedzialne za realizację polityki prewencyjnej	191
6.4.3. Program Zapobiegania Samobójstwom w Polsce	192
6.5. Podsumowanie działań prewencyjnych z rozdziałów 1, 2 i 3.....	194
6.5.1. Podsumowanie działań regionalnych.....	195
6.5.2. Podsumowanie działań krajowych.....	195
6.5.3. Podsumowanie polityki prewencyjnej.....	196
6.5.4. Wnioski końcowe	196
6.6. Wnioski dla Polski	196
6.6.1. Zwiększenie Dostępności Wsparcia Psychicznego	197
6.6.2. Integracja Technologii w Działaniach Prewencyjnych	197
6.6.3. Edukacja i Kampanie Społeczne	197
6.6.4. Współpraca Międzysektorowa.....	198
6.7 Podsumowanie	198
6.7.1. Kluczowe wnioski	198
6.7.2. Rekomendacje na przyszłość	200
6.8. Bibliografia	200
Część III	203
Rozdział 7.....	205
7.1. Raport uwzględniający zmiany w okresie okołopandemicznym i stan obecny	205
7.2. Podsumowanie	211
Część IV	213
Rozdział 8.....	215
8.1. Procedura powstawania narzędzia badawczego:	215
8.2. Cele badania ilościowego.....	219
8.3. Logika procesu badawczego	220
8.4. Kontrola badania i analiza ryzyka.....	221
8.5. Narzędzie badawcze badania ilościowego – CAPI.....	223
8.6. Pilotaż oraz badanie właściwe	224
8.7. Wielkość prób	225
8.8. Ważenie RIM	227
8.8.1. Plan analiz	228
8.9. Dystynkcje metody jakościowej	229

8.10. Techniki badań – IDI i FGI.....	229
8.11. Bibliografia	230
Rozdział 9.....	231
9.1. Procedura powstawania narzędzia badawczego	231
9.2. Uwagi z badań pilotażowych	233
Rozdział 10.....	235
10.1. Scenariusz zogniskowanego wywiady grupowego (FGI) dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.....	235
10.2. Podsumowanie wywiadu zogniskowanego z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (przeprowadzonego w dniu 14.10.2024 r.)	237
10.2.1. Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w opiece nad pacjentem z myślami samobójczymi	237
10.2.2. Objawy i sygnały wskazujące na ryzyko samobójstwa	237
10.2.3. Sposoby pomocy pacjentowi zagrożonemu samobójstwem przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej	239
10.2.4. Jakie znaczenie mają szkolenia dla lekarzy POZ w temacie samobójstw?..	240
10.2.5. Podsumowanie.....	241
Rozdział 11.....	242
11.1. Modyfikacja techniczna	242
11.2. Modyfikacja treściowa	242
11.3. Kalibracja skal.....	243
11.4. Korekta procedur.....	243
Rozdział 12.....	244
12.1. Informacja dla moderatora	244
12.2. Kwestie wstępne	245
12.3. Badanie.....	246
Rozdział 13.....	249
13.1. Scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI)	249
Informacja dla moderatora	249
13.2. Raport ze zogniskowanych wywiadów grupowych	254
13.2.1. Wprowadzenie	254
13.2.2. Założenia metodologiczne	254

13.2.3. Wnioski z badania fokusowego.....	258
Rozdział 14.....	259
14.1. Cel i wnioski z przeprowadzonego wywiadu	259
14.2. Rekomendacje	261
Rozdział 15.....	263
15.1. Wprowadzenie	263
15.2. Założenia metodologiczne	263
15.3. Odpowiedzi respondentów.....	265
15.4. Wnioski z badania fokusowego	267
Rozdział 16.....	268
16.1. Pytanie 1. Czy odbywał/a Pani/Pan kurs/szkolenie/cykl wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży?	268
16.2. Pytanie 2. Czy zakres przedstawionego materiału był Pana/Pani zdaniem wystarczający i umożliwia prawidłową identyfikację zachowań poprzedzających samobójstwo?.....	274
16.3. Pytanie 3. Czy w Pana/Pani opinii program ukończonych lub realizowanych studiów dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży?.....	275
16.4. Pytanie 4. Czy korzysta Pan/Pani z określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?	283
16.5. Pytanie 5. Czy w okresie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan/Pani uczestniczyć w kursach/szkoleniach lub wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży?	290
16.6. Pytanie 6. Jakie są Pana/Pani zdaniem czynniki zmniejszające ryzyko potencjalnych zachowań samobójczych wśród młodzieży?	296
16.7. Pytanie 7. Którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo?	300
16.8. Pytanie 8. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe?	301
16.9. Pytanie 9. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to:	312
16.10. Pytanie 10. Dla zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia.	328
16.11. Pytanie 11. Jak Pan/Pani myśli, w jaki sposób prawidłowo komunikować się z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze?	329
16.12. Pytanie 12. Jak należy się zachowywać jako rozmówca w trakcie kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej?	342

16.13. Pytanie 13. Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym?	349
16.14. Pytanie 14. W Polsce samobójstwa u młodzieży najczęściej popełniane są poprzez:	352
16.15. Pytanie 15. Jaką Pana/Pani zdaniem PRZED WSZYSTKIM rolę w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych u młodzieży pełni Internet?	353
16.16. Pytanie 16. Jaką Pana/Pani zdaniem PRZED WSZYSTKIM rolę w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych u młodzieży pełnią telewizja i filmy?.....	354
17.17. Pytanie 17: Jaka jest Pana/Pani opinia wobec poniżej zamieszczonych stwierdzeń?.....	355
16.18. Pytanie 18. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym?	357
16.19. Pytanie 19. Czy miał/a Pan/Pani w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej?	364
16.20. Pytanie 20. Jak Pan/Pani ocenia efektywność obecnie stosowanych metod edukacji?	365
16.21. Pytanie 21. Jakie Pana/Pani zdaniem metody edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży mogą zwiększyć efektywność rozpoznawania zachowań poprzedzających samobójstwo?.....	367
16.22. Pytanie 22. Według Pana / Pani jak silna jest relacja między samobójstwami młodzieży a problemami społecznymi?	375
Rozdział 17.....	381
17.1. Wstęp.....	381
17.2. Metodologia.....	382
17.3. Przegląd metod prewencji samobójstw	382
17.3.1 Metody tradycyjne i oparte na interwencjach społecznych	382
17.3.2 Metody technologiczne.....	383
17.3.3 Innowacyjne podejścia edukacyjne i społecznościowe.....	384
17.4. Analiza skuteczności metod prewencyjnych.....	384
17.4.1 Redukcja liczby samobójstw	384
17.4.2 Poprawa zdrowia psychicznego	384
17.5. Wnioski i rekomendacje	385
17.6. Bibliografia.....	385
17.7. Ocena i analiza działań podejmowanych przez służbę zdrowia w obszarze prewencji samobójstw (Dane od 2010 roku)	386
17.7.1. Wprowadzenie	386

17.7.2. Dane statystyczne dotyczące samobójstw (od 2010 roku)	386
17.7.3. Analiza działań prewencyjnych podejmowanych przez służbę zdrowia	386
17.7.4. Ocena skuteczności działań	387
17.7.5. Rekomendacje.....	387
17.7.6. Podsumowanie.....	388
17.7.7. Bibliografia	388
17.8. Podsumowanie raportu	389
 Rozdział 18.....	 393
18.1. Rekomendacje	393
18. 1.1. Promowanie świadomości i dostępności materiałów edukacyjnych.....	393
18.1.2. Dostosowanie szkoleń do potrzeb zawodowych.....	393
18.1.3. Wsparcie młodszych grup wiekowych.....	394
18.1.4. Wzmacnianie relacji społecznych	394
18.1.5. Włączenie studentów i osób z krótkim stażem pracy	395
18.2. Zalecenia dotyczące strategii komunikacji i edukacji w zakresie pomocy specjalistycznej dla młodzieży w kryzysie samobójczym oraz wsparcia dorosłych:.....	395
18.2.1. Działania wspierające rodzinę.....	395
18.2.2 Edukacja mężczyzn w obszarze troski o zdrowie psychiczne	396
18.2.3. Działania psychoedukacyjne kierowane do osób starszych (rozwijanie ich kompetencji w zakresie wspierania młodzieży)	397
18.2.4. Zwiększenie dostępności do pomocy psychologicznej oraz świadomości o możliwościach wsparcia.....	398
18.2.5. Kreatywne podejście do edukacji o rozpoznawaniu kryzysu samobójczego i wsparcia rówieśniczego	399

Wstęp metodologiczny

Plan Zarządzania Danymi Badawczymi pozyskanymi w ramach zadania pn. „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna”

Ogólne informacje o projekcie

Projekt „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna”, finansowany ze środków Ministra Nauki, realizowany jest przez Szkołę Główną Mikołaja Kopernika. Jego celem jest diagnoza poziomu świadomości społecznej dotyczącej problematyki samobójstw wśród dzieci w różnych grupach społecznych. W ramach zaplanowanych działań będzie przeprowadzona kompleksowa analiza socjologiczna tego zjawiska oraz opracowanie kompleksowego programu edukacyjnego.

Został powołany Zespół Doradczy ds. Projektu „Suicydologia – analiza stanu wiedzy kampania edukacyjna” SGMK pod przewodnictwem prof. dr. hab. n. med. Anny Antosik-Wójcińskiej, w początkowym składzie: dr Anna Płatek, prof. dr hab. Adam Kobayashi, dr Marcin Zarzecki, dr Michał Leśniak, prof. dr. hab. n. med. Andrzej Rynkiewicz, dr Jakub Morze, dr Mariusz Kuryłowicz, dr Jarosław Rychlik, mgr Patryk Kaleta, mgr Edyta Hołodniuk. Zespół przed rozpoczęciem procesu badawczego uczestniczył w spotkaniach poświęconych diagnozie świadomości społecznej dotyczącej problematyki samobójstw wśród dzieci, a następnie zatwierdził dalsze działania zgodnie z planem projektu.

Podczas dyskusji omówiono najczęstsze mity i błędne przekonania dotyczące samobójstw wśród dzieci, a także efektywność stosowanych metod edukacji i informowania w tym zakresie. Ważnym wątkiem poruszonym przez badaczy była relacja między problemem samobójstw, a innymi problemami społecznymi.

Plan zarządzania danymi badawczymi uwzględnia zaplanowane kroki badawcze i edukacyjne, m.in. wywiady grupowe z nauczycielami na tematy związane z projektem. Ich celem jest zebranie cennych informacji o postrzeganiu problematyki samobójstw wśród dzieci z perspektywy osób na co dzień pracujących z młodzieżą. Dodatkowo, planowane są także wywiady z przedstawicielami innych grup społecznych, w tym studentami oraz lekarzami, co pozwoli na uzyskanie szerszego spojrzenia na problematykę samobójstw i poziomu świadomości społecznej.

Zaplanowane działania pozwolą zrealizować główny cel projektu – opracowanie kampanii edukacyjnej oraz działań prewencyjnych. Zostanie przedstawiona finalna wersja raportu, który będzie stanowił podsumowanie zaplanowanych analiz oraz wstęp do opracowania kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu podniesienie świadomości na temat samobójstw wśród dzieci i młodzieży.

Opis danych w projekcie badawczym z wykorzystaniem metod ilościowych i jakościowych

Analiza danych zastanych

Projekt badawczy zakłada konfrontację założonych hipotez między innymi z empirią w oparciu o przegląd danych już istniejących (wtórne dane) tj.

- danych epidemiologicznych dotyczących samobójstw, które obejmują szczegółowe informacje na temat przypadków samobójstw w konkretnej populacji, tj. wśród dzieci w różnych grupach społecznych;
- diagnozy sytuacji w Polsce odnośnie problemu samobójstw (uwzględniając dane statystyczne od 2010 roku), będą to przede wszystkim dane dotyczące: wskaźnika samobójstw (liczba samobójstw na 100 000 osób populacji w okresie 2010-2023) wiek i płeć (analiza przypadków samobójstw z podziałem na różne grupy wiekowe oraz różnice między płciami), metody samobójcze (informacja na temat najczęstszych sposobów popełniania samobójstwa (co pozwoli w identyfikacji możliwości interwencji), czynniki ryzyka (identyfikacja okoliczności i czynników ryzyka, które zwiększają liczbę samobójstw), geograficzne rozmieszczenie (różnice w częstości samobójstw w zależności od regionu, miasta, wsi, weryfikacja lokalnych czynników ryzyka), czas (sezonowe/dobowe wzorce w występowaniu samobójstw), czynniki społeczno-gospodarcze (zbadanie związku między statusem ekonomicznym, zatrudnieniem, edukacją a wskaźnikiem samobójstw);
- kompleksowa analiza literatury naukowej, raportów zdrowotnych.

Próba zrozumienia zjawiska samobójstw oraz identyfikacja grupy ryzyka nastąpi w oparciu m.in. o dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz Komendy Głównej Policji (KGP).

Analiza przekazów medialnych

A ramach projektu badawczego zostanie wykonana analiza przekazów medialnych, tj. zostaną zbadane treści mediów (telewizja, radio, prasa, Internet). Istotnym jest bowiem sposób, w jaki media przedstawiają samobójstwa. Może to mieć znaczący wpływ na opinię publiczną i potencjalne zachowanie społeczne. Analiza będzie koncentrowała się przede wszystkim na tym w jaki sposób media relacjonują samobójstwa tj.

- sposób przedstawiania samobójstw (analiza opisu metod samobójczych, miejsca, i inne okoliczności, które wskazują na szczegółowość opisu; ocena użytego języka podczas stosowanego opisu – sensacyjny, dramatyczny, neutralny);
- koncentracja na osobie (analiza czy media przedstawiają szczegóły z życia osoby, które popełniła samobójstwo, sposób portretowania tej osoby np. jako ofiara/osoba słaba/bohater);

- stosowanie framingu (analiza treści pod względem ramowania zjawiska samobójstw, a także analiza treści dotyczących samobójstw bez wskazania ich przyczyny i kontekstu)
- odnoszenie się do prewencji (analiza czy media wskazują na sposób, źródło pomocy bądź sposoby zapobiegania samobójstw);
- analiza treści pod względem ich odbiorców (analiza treści szczególnie dyktowanych do osób młodych).

Przeanalizowane zostaną również treści kampanii społecznych i prowadzonych aktualnie programów dotyczących zapobiegania samobójstwom wśród dzieci. Sporządzony zostanie raport uwzględniający analizę danych od 2010 roku, a także opis sytuacji aktualnej tj. zmiany w okresie około pandemicznym i stan obecny. Raport będzie uwzględniał również rekomendacje środowiska ekspertów w analizowanym temacie.

Łącznie analizie będzie podlegać ok. 21 000 przekazów medialnych dostępnych w latach 2010-2024 (przede wszystkim z okresu około pandemicznego i aktualnego).

Analiza treści ogólnodostępnych dla dzieci i młodzieży, przekazów w mediach społecznościowych oraz wpływu środowiska rówieśniczego

Analiza treści dostępnych dla dzieci i młodzieży jest bardzo istotna bowiem jest to grupa najbardziej podatna na wpływ mediów. Analizie zostanie poddany sposób prezentowania zjawiska samobójstw w:

- treściach dla dzieci i młodzieży m.in. książkach, filmach, programach telewizyjnych w godzinach dostępności dla dzieci, grach, mediach społecznościowych (analiza treści, obrazu, grafiki, symbole, regulacji prawnych – czy istnieją regulacje wskazujące w jaki sposób dany temat może być poruszany w treściach kierowanych do dzieci);
- relacjach z rówieśnikami – jakie relacje chronią przed samobójstwem, jakie zwiększają ryzyko jego wystąpienia, w tym obecność cyberbullyingu.

W ramach analizy zostanie przedstawiony opis socjologiczny/psychologiczny pokolenia od 2010 wzwyż.

Analiza i ocena skuteczności różnych metod prewencji samobójstw

Analiza metod prewencji samobójstw pozwoli ocenić skuteczność różnych strategii, w tym innowacyjnych rozwiązań technologicznych, społecznościowych i edukacyjnych, których celem jest zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży. W ramach badań zostaną uwzględnione dane od 2010 roku.

W ramach zadania zostanie przedstawiona m.in. analiza działań międzynarodowych w zakresie prewencji samobójstw, w tym zostanie dokonane porównanie z Polską. Zostaną również przedstawione przykłady programów i inicjatyw w oparciu o województwo zachodniopomorskie. Z danego badania zostanie przygotowany raport uwzględniający rekomendacje na przyszłość.

Analiza i ocena działań podejmowanych przez służbę zdrowia w obszarze prewencji samobójstw

Analizie zostaną poddane działania prowadzone przez służbę zdrowia w zakresie prewencji samobójstw, m.in. w oparciu o ustawę z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym, Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 i 2021-2025, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Zostanie uwzględnionych kilka aspektów:

- edukacja i szkolenie personelu medycznego – w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów zagrożenia samobójstwem; świadomości czynników ryzyka i objawów tj. depresja, lęk, uzależnienia, wcześniejsze próby samobójcze;
- obecność badań przesiewowych – zwłaszcza wśród pacjentów z myślami samobójczymi pod kątem depresji, zaburzeń lękowych oraz spożywania alkoholu, w celu oceny ciężkości objawów, tj. stopnia złożoności problemu klinicznego i związanego z nim ryzyka odebrania sobie życia przez pacjenta;
- dostęp do opieki psychologicznej lub psychiatrycznej dla osób w kryzysie samobójczym;
- wsparcie po pierwszej próbie samobójczej tj. terapia psychologiczna, wsparcie społeczne, programy wsparcia rodziny;

Z danego badania zostanie przygotowany raport uwzględniający dane od 2010 roku.

Analiza i ocena działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe (NGO) i agencje rządowe w obszarze prewencji samobójstw

Analiza i ocena przykładowych działań rządowych i pozarządowych dotyczących prewencji samobójstw w Polsce, w badanie ich skuteczności.

Analizie zostaną poddane programy i inicjatywy podjęte w różnych częściach Polski, których zadaniem jest/było oferowanie wsparcia (np. poprzez linie telefoniczne, grupy wsparcia), edukacji (kampanie edukacyjne, szkolenia różnym grupom zawodowym np. nauczycieli, policji), interwencji kryzysowych (spotkania z psychologiem, doradcą), inicjatyw na rzecz zdrowia psychicznego (rzecznictwo, projekty społeczne).

Z danego badania zostanie przygotowany raport uwzględniający dane od 2010 roku.

Ankiety, wyniki badań ankietowych

Ankieta to kolejne narzędzie badawcze, które pozwoli sprawnie przeprowadzić planowane badanie. Dane będą pozyskiwane poprzez anonimową ankietę przeprowadzaną w ramach określonej grupy respondentów tj. student, psycholog, psychoterapeuta, nauczyciel, pedagog szkolny, lekarz, pielęgniarka/pielęgniarch. Badanie obejmuje przeprowadzenie blisko 1900 ankiet na losowej próbie reprezentatywnej dla ogółu ludności Polski. Dane pozyskamy za pomocą kwestionariusza internetowego nadzorowanego przez system LimeSurvey bazującego na architekturze kontaktu serwer – respondent. LimeSurvey jest internetową aplikacją, która zainstalowana na serwerze, zarządza programem poprzez przeglądarkę internetową. LimeSurvey (wcześniej PHPSurveyor) jest internetowym systemem ankiet napisanym

w języku PHP i wykorzystującym bazę danych MySQL, PostgreSQL lub MSSQL. Zwrot danych przybiera postać macierzy danych generowanych w czasie rzeczywistym przez respondenta oraz rekodowanych wskazań wypełnionej ankiety badania wymagających implementacji do macierzy. Oprogramowanie komputerowe nawigujące ankietę internetową monitoruje behavior coding respondenta, poprawność ścieżki pytań filtrujących, właściwą kolejności pytań przesyłanych respondentowi, falsyfikuje poprawność logiczną wskazań. Technika występuje w wariancie bezpośredniego kontaktu z respondentem przy komputerowym zapisie wskazań.

Ankieta będzie uwzględniała w pierwszej części metryczkę tj. podstawowe dane na temat respondenta. Będzie ona uwzględniała pytanie o płeć, rok urodzenia, główną aktywność zawodową (kafeteria zamknięta: Student, Psycholog, Psychoterapeuta, Nauczyciel, Pedagog szkolny, Lekarz, Pielęgniarka), miejsce pracy, forma własności miejsca pracy, wielkość miejscowości w której znajduje się miejsce nauki/pracy (wieś, miasto do 50 tys. mieszkańców, miasto od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców, miasto od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców), aktualne miejsce zamieszkania (uwzględniając możliwość wyboru jednego z szesnastu województw), staż pracy w wyuczonym zawodzie (brak stażu pracy – dotyczy studenta/ki, do 1 roku, od 1 do 3 lat, od 4 do 8 lat, powyżej 8 lat). W drugiej części wypełniania ankiety zostanie dokonana analiza wiedzy dotyczącej problematyki samobójstwa wśród młodzieży. Struktura pytań zawiera zarówno pytania otwarte, jak i zamknięte. Przeważać będą pytania zamknięte o starannie dobranych kafeteriach (zamkniętą, oraz dysjunktywną, czyli z jedną możliwością wyboru, z wykorzystaniem skali Likerta). Skonstruowane narzędzie będzie więc narzędziem skategoryzowanym.

Narzędzie zostanie skonstruowane w oparciu o warsztat badań ilościowych, z walidacją skal i indeksów, możliwością inwersji skal, przypisaniem kodów do wartości zmiennych, systemem skipów nawigujących po narzędziu oraz strukturą zawierającą moduły badania i moduł danych społeczno-demograficznych umożliwiające profilowanie zbioru.

Przygotowanie treści pytań do ankiety odbędzie się na podstawie analizy literatury. Zostanie przygotowana metodologia badania i narzędzie badawcze. Planuje się przeprowadzenie badania pilotażowego i sporządzenie raportu, co pozwoli wprowadzić niezbędne modyfikacje techniczne i treściowe narzędzia, kalibrację skal, korektę procedur po wcześniejszych konsultacjach zespołu. Finalna wersja narzędzia i metodologii pomiaru pozwoli rozpocząć przeprowadzenie badania ankietowego.

Po zakończeniu etapu przeprowadzania ankiet, zostanie wykonana analiza statystyczna danych badania ankietowego. Zostaną starannie przygotowane dane m.in. poprzez sprawdzenie ich poprawnego kodowania, opis analizy danych, zostaną zbadane korelacje, a następnie wskazane wnioski w formie raportu z wynikami analizy (uwzględniający wyniki ilościowe oraz jakościowe).

Struktura postępowania w zakresie przewidywanych analiz obejmie zadania wynikające z poprawności warsztatu statystycznego, w tym:

1. Kalibracja i ważenie analityczne.
2. MVA – Analiza item non response zostanie przeprowadzona w oparciu o Missing Values Analysis. Otrzymane układy danych pozwolą na przedstawienie braków danych i obserwacji ekstremalnych dla wszystkich obserwacji i wszystkich zmiennych (z uwzględnieniem systemowych braków danych oraz zdefiniowanych braków danych), na uzyskanie wzorów brakujących wartości dla obserwacji, zestawień analogicznych układów braków danych i określenia stopnia powiązania braków danych jednej zmiennej z brakami danych innej zmiennej. Graficzne macierze „układu danych” opracowane dla każdego zbioru pozwolą oszacować zakres braków danych, typy braków danych i wartości odstające. Sprawdzimy w jakim stopniu rzutuje to na możliwości analizy statystycznej.
3. Analiza statystyczna zostanie przeprowadzona na macierzy danych SPSS/PASW Statistics. Program daje możliwość pobierania danych w różnych formatach, z różnych źródeł (baz danych, hurtowni danych, arkuszy kalkulacyjnych, plików tekstowych i innych). PASW Statistics umożliwi utworzenie raportów tabelarycznych wszelkiego typu od prostych po złożone i wielowymiarowe i dołączanie do nich statystyk spośród 35 dostępnych (mi.in. tendencji centralnej i dyspersji), które będą wyliczone dla każdej z komórek i podsumowań. PASW Statistics udostępni szerokie spektrum technik statystycznej analizy danych, w tym między innymi:
 - a. raportowanie (w tym kostki OLAP);
 - b. statystyki opisowe;
 - c. analizy korelacyjne oraz testy nieparametryczne i parametryczne, ANOVA;
 - d. w połączeniu z dodatkowymi modułami – techniki wielowymiarowe: wieloraka regresja liniowa i nieliniowa, regresja logistyczna, techniki regresyjne dla cech jakościowych, regresja podwójną metodą najmniejszych kwadratów, wielowymiarowa analiza wariancji, analiza dyskryminacyjna.

Przeprowadzimy analizę za pomocą tabel częstości empirycznej rozkładów wskazań oraz tabel kontyngencji. Jest to klasyczny sposób analizy i redukcji danych. W procedurze krzyżowania zmiennych zastosujemy poprawkę Bonferroniego. Poprawka Bonferroniego jest stosowana w celu "utrudnienia" uznania za statystycznie istotny wyniku pojedynczego testu, przy wielokrotnym przeprowadzaniu testów w oparciu o te same dane. Na przykład, podczas przeglądania wielu współczynników korelacji tworzących macierz korelacji, akceptowanie i interpretacja istotności współczynników korelacji na konwencjonalnym poziomie 0,05 może nie być poprawna, biorąc pod uwagę przeprowadzanie wielu testów. W szczególności może się okazać, że poziom prawdopodobieństwa związany z błędnym przyjęciem zaobserwowanej wartości współczynnika korelacji jako nieistotnie różniącej się od zera (podczas gdy w rzeczywistości, tzn. w populacji jego wartość wynosi zero), może w tym przypadku znacznie przekraczać 0,05. Poprawka Bonferroniego będzie dokonywana przez podzielenie poziomu istotności alfa (przyjmowanego na poziomie 0,05) przez liczbę przeprowadzanych testów.

Zogniskowany wywiad grupowy (FGI) z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, nauczycielami oraz studentami

W ramach projektu badawczego zostanie zorganizowany zogniskowany wywiad grupowy (FGI) poprzez moderowaną dyskusję z dwiema grupami tj.: grupą lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz grupą przyszłych lekarzy i pielęgniarek z Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz z dwiema grupami nauczycieli. Przewidziany czas trwania każdego wywiadu to około 70 minut. Badanie pozwoli uzyskać zróżnicowane opinie na temat badanego zjawiska.

Badanie wśród lekarzy pozwoli m.in. dostarczyć informacji na temat świadomości lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dotyczącej problematyki samobójstw wśród dorosłych pacjentów oraz młodzieży, ocenić wiedzę i kompetencje lekarzy w zakresie rozpoznawania i postępowania w przypadku zachowań samobójczych, pozyskać informacje na temat strategii prewencji samobójstw w ramach POZ.

Studenci pielęgniarstwa oraz nauczyciele zostali wskazani jako grupa uczestników wywiadu bowiem reprezentują jednostki mające doświadczenie i wiedzę na temat samobójstw. Podczas prowadzonej rekrutacji uczestników badacz weźmie pod uwagę różnorodność doświadczeń i poglądów uczestników na temat samobójstw. Zostanie opracowany scenariusz do dyskusji. Pytania przyjmą formę otwartych, aby zachęcić uczestników do swobodnej wypowiedzi. Scenariusz będzie również elastyczny, by w naturalny sposób przeprowadzić wymianę myśli.

Podczas wywiadu do dyspozycji będą kartki papieru, materiały piśmiennicze (długopis, ołówek), flipchart, pisaki, wizytówki. Podczas wywiadu planowane jest zastosowanie kilku metod pracy tj. dyskusja grupowa, burza mózgów, praca w zespołach.

Moderator wprowadzi uczestników w spotkanie poprzez zapoznanie ich z celem wywiadu, zasadami uczestnictwa, etapami prowadzonej dyskusji. Następnie będzie kierował dyskusją uwzględniając wszystkie przygotowane wcześniej tematy, a tym samym dając możliwość swobodnej wypowiedzi uczestnikom spotkania. Dopuszcza się również zadawanie przez moderatora pytań uzupełniających, w celu pogłębienia tematu bądź rozwinięcia myśli.

Wywiad grupowy będzie nagrywany za zgodą uczestników. Pozwoli to w późniejszym czasie dokładnie przeanalizować jego treść. Moderator podczas spotkania będzie również prowadził notatki, uwzględniając kluczowe zagadnienia, emocje i wzajemne oddziaływanie na siebie uczestników spotkania.

W ramach analizy wyników wywiadu zostanie wykonana transkrypcja nagrania poprzez najwierniejszy zapis treści nagranej rozmowy na tekst pisany. Następnie zostaną zakodowane dane, co umożliwi analizę statystyczną przez koodera. Na podstawie zebranych danych zostaną sformułowane wnioski, które mogą zostać wykorzystane do dalszych badań.

Gromadzenie danych

Dane badawcze będą gromadzone w ramach całego procesu badawczego w celu pozyskania informacji umożliwiających udzielenie odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz weryfikację hipotez. Etap ten zostanie starannie zaplanowany, by pozyskać wiarygodne, dokładne i reprezentatywne dane.

Projekt badawczy uwzględnia zarówno pierwotne, jak i wtórne dane. Wszystkie uwzględnione w procesie badawczym metody gromadzenia danych zostały wskazane i opisane w pkt. I.

Przed rozpoczęciem procesu gromadzenia danych zdefiniowano populację, z której dane będą zbierane, tj. student pedagogiki i kierunku lekarskiego, psycholog, psychoterapeuta, nauczyciel, pedagog szkolny, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka/pielęgniarz. Każda osoba będąca reprezentantem danej populacji mogła znaleźć się w próbie.

Przed rozpoczęciem gromadzenia danych zaprojektowano narzędzia badawcze: ankieta, scenariusze do wywiadów (indywidualnych, grupowych). W ramach badania ankietowego zaplanowano pilotaż na mniejszej próbie, w celu przetestowania narzędzia badawczego jakim był kwestionariusz.

Zbieranie danych zaplanowano poprzez bezpośredni kontakt z respondentami w ramach wywiadów indywidualnych i grupowych. Z kolei w ramach badania ankietowego zaplanowano gromadzenie danych z wykorzystaniem ankiety on-line.

Etap gromadzenia danych będzie przebiegał na permanentnym monitorowaniu pozyskanych danych. Takie działanie pozwoli zebrać dane w sposób dokładny i kompletny.

Zgromadzone dane ilościowe zostaną przetworzone za pomocą profesjonalnego software statystycznego. Struktura macierzy danych surowych z badania przedstawiona będzie w postaci macierzy danych SPSS (.sav) oraz Excel. Dodatkowo struktura danych surowych zawierać będzie zmienne opisujące każdą z obserwacji (w ramach dokumentacji METADATA). Dane jakościowe będą gromadzone w formie plików audio.

Przechowywanie, ochrona danych i tworzenie kopii zapasowych podczas badań

Dane zostaną pozyskane zgodnie z wytycznymi ESOMAR. ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research) Europejskie Stowarzyszenie Badaczy Opinii Publicznej i Rynku. Działalność stowarzyszenia ukierunkowana jest na podnoszenie standardów etycznych badań opinii publicznej i badań rynkowych, np. przez „Międzynarodowy Kodeks postępowania w badaniach rynkowych i społecznych” opracowany wspólnie przez ESOMAR i ICC (Międzynarodową Izbę Handlu).

Pozyskane dane będą przechowywane z zachowaniem najwyższego bezpieczeństwa tj. z wykorzystaniem:

- Szyfrowania danych (zapewni bezpieczne przechowywanie danych na serwerach i urządzeniach wykorzystanych w ramach procesu badawczego);
- Anonimizacja danych (w ramach procesu badawczego nie będą pobierane dane osobowe oraz wrażliwe respondentów).

Pozyskane dane w czasie realizacji procesu badawczego będą przechowywane przez osoby odpowiedzialne za wykonanie danego zadania z zachowaniem odpowiedniego bezpieczeństwa tj. zabezpieczone przed ich utratą z powodu np. awarii sprzętu, nieuprawnionego dostępu, kradzieżą danych, m.in. poprzez backupy (cykliczne tworzenie kopii zapasowych danych zapisywana na urządzeniu lokalnie w siedzibie SGMK, jak i zdalnie).

Udostępnianie i dostępność danych

Wyniki procesu badawczego zostaną wykorzystane do wyrównywania wykrytych braków w wiedzy, zwłaszcza w kontekście grup społecznych, takich jak lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, studenci kierunku lekarskiego, studenci pielęgniarstwa, studenci pedagogiki oraz nauczyciele szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Wyniki badań posłużą przede wszystkim do:

- Wypracowaniu programu edukacyjnego dla rodziców, opiekunów i nauczycieli – w ramach współpracy z ekspertami, testowanie jego skuteczności w wybranych placówkach edukacyjnych i środowiskach społecznych;
- Wypracowania materiałów edukacyjnych dostosowanych do grup społecznych;
- Stworzenia Interaktywnej Strony Internetowej dedykowanej do każdej grupy społecznej;
- Organizacji warsztatów edukacyjnych;
- Promocji materiałów edukacyjnych w środowiskach zawodowych np. konferencjach lekarskich, seminariach nauczycielskich.

Zarządzanie danymi, odpowiedzialność

W ramach zarządzania danymi będzie prowadzone szczegółowe dokumentowanie pochodzenia danych. Osoba odpowiedzialna za zarządzanie danymi będzie identyfikowała źródła pozyskanych danych (skąd pochodzą dane), a także określała metadane źródeł (format danych, czas pozyskania, strukturę, właściciela danych).

Miejszem docelowym przechowywania danych po ich przetworzeniu w ramach procesu badawczego będzie siedziba SGMK. Będą one miały postać m.in. raportów.

Każda zmiana związana z przepływem danych będzie rejestrowana i możliwa do odtworzenia. Prowadzona będzie kontrola jakości pozyskanych danych poprzez ich sprawdzanie na każdym etapie przetwarzania, a także poprzez rejestr wszelkich problemów z jakością danych oraz wskazaniem działań naprawczych.

Etyka i kwestie prawne

Na każdym etapie procesu badawczego wymagana jest zgoda uczestnika na udział w badaniu – w ramach zaplanowanych indywidualnych i grupowych wywiadów przewiduje się zebranie pisemnej zgody na uczestnictwo w badaniu. Zostanie zachowana poufność danych osobowych uczestników badania. W ramach badania ankietowego uwzględniona jest anonimowość ankiet. Na każdym etapie respondenci informowani będą o celu przeprowadzanego badania, a także sposobie wykorzystania pozyskanych danych badawczych.

Finansowanie i zasoby

Proces badawczy jest finansowany z budżetu państwa na podstawie umowy zawartej pomiędzy Skarbem Państwa reprezentowanym przez Ministra Edukacji i Nauki, a SGMK dotyczącej wykonania zadania pn. „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna”.

Zarówno sprzęt niezbędny do przeprowadzenia procesu badawczego, jaki inne zasoby (m.in. odpowiednie oprogramowania, dostęp do danych), w tym również personel projektu został zapewniony przez realizatora działania tj. SGMK.

Wstęp analityczny

Dane cząsteczkowe do uzasadnienia projektu

Identyfikacja wzorców i trendów, ocena poziomu wiedzy, rozumienie perspektyw społecznych, weryfikacja skuteczności dotychczasowych działań edukacyjnych, identyfikacja priorytetów działań prewencyjnych

Wprowadzenie

W ślad za I. Pospiszyl należy uznać, iż jedną z najdrastyczniejszych form rozwiązywania problemów życiowych jednostki jest rezygnacja z życia¹. W literaturze przedmiotu odnajdujemy szereg propozycji zdefiniowania zjawiska samobójstwa². Dostrzegamy również szereg analiz w zakresie przyczyn, skali oraz przejawów popełniania tegoż czynu. Ponadto należy podkreślić, że problematyka samobójstw znajduje się w obszarze zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Każda z nich poprzez odwołanie się do własnego aparatu pojęciowego i wypracowanych konstruktów dąży, zgodnie z ogólnymi celami naukowymi, do jego opisywania, wyjaśniania, a także określania czynników ryzyka, czyli tworzenia modeli predykcyjnych. Powyższe świadczy o wielowymiarowości i złożoności tego zjawiska. Najbardziej znaną postacią, do której odwołują się opisujący zjawisko suicydalności naukowcy, to Emil Durkheim. Wspominany naukowiec definiuje samobójstwo jako „każdy przypadek śmierci, będący wynikiem bezpośredniego lub pośredniego negatywnego lub pozytywnego działania wykonanego przez samą ofiarę, która wie, jaki będzie rezultat tego działania (Durkheim, 1979).

Mając na uwadze złożoność materii, **samobójstwo** to takie świadome zachowanie jednostki, którego przynajmniej jednym z bezpośrednich celów jest odebranie sobie życia³.

¹ I. Pospiszyl, *Patologie społeczne i problemy społeczne*, Warszawa 2023, s. 174.

² R. C. Carson, N. J. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, Sopot 2003; E. Durkheim, *Samobójstwo*, Warszawa 2006; V. E. Frankl, *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*, New York 1963; K. Popielski, *Noetyczny wymiar osobowości*, Lublin 1993; B. Hołyst, *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983; D. Kubacka-Jasiecka, *Autodestrukcja i autoagresja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń*, Kraków 2006; A. Adler, *Sens życia*, Warszawa 1986; L. Festinger, *Teoria dysonansu poznawczego*, Warszawa 2007; i in.

³ I. Pospiszyl, dz. cyt., s. 174.

Analiza (FOCUS)

Analizując dane zawarte w Dokumencie orientacyjnym WHO na temat zdrowotnych aspektów dekryminalizacji samobójstw i prób samobójczych odnajdujemy stwierdzenie, iż „jeden na 100 zgonów na świecie jest samobójstwem. Każdego roku ponad 700 000 osób odbiera sobie życie. Ponadto samobójstwo jest czwartą najczęstszą przyczyną zgonów wśród osób w wieku 15-29 lat. Do szczególnie dotkniętych subpopulacji należą na przykład ludy tubylcze, członkowie społeczności LGBTQI+, osoby uwięzione lub przebywające w więzieniu, uchodźcy i migranci. Ta utrata życia jest nie tylko tragiczna sama w sobie, ale ma również głęboki i niszczyielski wpływ na rodziny i całe wspólnoty.

Samobójstwo wiąże się z licznymi, złożonymi i krzyżującymi się czynnikami i wyzwaniem społecznymi, gospodarczymi, kulturowymi i psychologicznymi, w tym z odmową poszanowania podstawowych praw człowieka i dostępu do zasobów, a także ze stresującymi wydarzeniami życiowymi, takimi jak utrata środków do życia, presja na pracę lub naukę, rozpad relacji, dyskryminacja i inne kryzysy życiowe. Samobójstwo nie jest stanem zdrowia psychicznego, ale niektóre osoby z chorobami psychicznymi mogą być bardziej narażone na samobójstwo”⁴. Dokonując przeglądu wspomnianego Raportu WHO, jak również danych zawartych na stronie internetowej organizacji, odnajdujemy szereg informacji uzasadniających podjęty wysiłek badawczy. Celem przybliżenia skali zjawiska, porównując dane dotyczące samobójstw w grupie wiekowej 15–19 lat, uwzględniając wskaźnik na 100000 mieszkańców⁵ danego kraju (uzyskane za rok 2019) zauważamy, iż Polska prezentuje wskaźnik na poziomie 5,3. W innych europejskich krajach przedmiotowy wskaźnik prezentuje się następująco:

• Niemcy – 4,7	• Estonia – 12
• Czechy – 5,7	• Szwecja – 7,1
• Węgry – 4,4	• Norwegia – 5,4
• Rumunia – 4,5	• Finlandia – 10,4
• Austria – 6,4	• Holandia – 5
• Włochy – 1,8	• Francja – 2,8
• Białoruś – 6,9	• Hiszpania – 2
• Litwa – 11,7	• Portugalia – 1,9
• Łotwa – 7,1	

Wysoki wskaźnik zauważono w Rosji – 14,1, Kazachstanie – 15,3, Uzbekistanie – 15,4 i Islandii – 18,9. Natomiast w Kanadzie to – 8,6, w USA – 9,4, Brazylii – 6,2, Meksyku – 6,6. Ogólnie w Europie to – 12,8, południowo wschodniej Azji – 10,1, Ameryce – 9,6, region Zachodniego Pacyfiku – 8,7, Afryce – 6,9 a region wschodniego morza śródziemnego to 5,9.

⁴ World Health Organization, *Suicide worldwide in 2019*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> [dostęp: 29.05.2024].

⁵ World Health Organization, *The Global Health Observatory*, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates> [dostęp: 29.05.2024].

Globalny wskaźnik samobójstw w 2019 roku wskazał poziom 9,2. Dokonując przeglądu spektrum niniejszego wskaźnika w perspektywie lat 2009 – 2019, to w roku 2018 wskaźnik był na poziomie 9,3, w 2017 – 9,2, w 2016 r. – 9,3, w 2015 r. – 9,5, w 2014 – 9,7, w 2013 wynosił 10, w 2012 – 10,3, w 2011 – 10,6, w 2010 – 10,8 zaś w 2009 było to 11. W ujęciu globalnym można stwierdzić, iż zauważalna jest tendencja spadkowa, co prawda mało dynamiczna, ale jednak dołująca. W tym miejscu należy również podkreślić, iż prezentowane dane przez WHO są zprzed okresu pandemii Covid-19, która rozlała się po całym świecie w roku 2020 i niewątpliwie oddziaływała na zjawisko samobójstw.

Autorzy Raportu WHO podkreślili, iż grupa wiekowa 15-29 lat jest najbardziej narażona na zjawisko suicydalności. Stąd też dalszy wysiłek badawczy zostanie przekierowany na analizę zjawiska w Polsce. Instytucją zajmującą się zbieraniem danych statystycznych zjawiska suicydalności w Polsce jest przede wszystkim Policja, która to następnie przekazuje dane dalej do Głównego Urzędu Statystycznego. I to właśnie te statystyki zostaną poddane analizie⁶. Jako ograniczenie czasowe w badaniu przyjęto lata 2017-2023. Dane prezentuje poniższa tabela nr 1.

ROK	Liczba osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem	Grupa wiekowa 7-12	Grupa wiekowa 13-18	Grupa wiekowa 19-24	Grupa wiekowa 25-29
2017	5276	1	115	353	406
2018	5182	5	92	344	446
2019	5255	4	94	360	402
2020	5165	1	106	349	415
2021	5201	2	125	344	384
2022	5108	6	150	317	356
2023	5233	7	138	304	390

Tabela 1. Liczba osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem w grupach wiekowych 7-12, 13-18, 19-24 i 25-29.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> [dostęp 29.05.2024].

Powyższe dane pokazują niepokojący trend wzrostowy w grupie najmłodszej oraz w przedziale wiekowym 13-18.

Do powyższych rozważań należy również dołączyć analizę danych nie tylko w zakresie tzw. skutecznych prób samobójczych, czyli zakończonych zgonem. Zdaniem Autorów należy dokonać stosownej analizy w kontekście liczby osób dokonujących zamach samobójczy ogółem (PRÓBY I ZAKOŃCZONE ZGONEM). Dane te mogą przedstawić rzeczywisty problem jakim jest suicydalność, bądź też odsłonią inny równie poważny, a dotyczący np. sfery psychicznej. Każda podjęta próba może zakończyć się skutecznie. Dane zostaną przedstawione w poniższej tabeli.

⁶ Oficjalny portal internetowy Policji, *Zamachy samobójcze*, Policja, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> [dostęp: 29.05.2024].

ROK	Liczba osób w zamachach samobójczych ogółem (PRÓBY I ZAKOŃCZONE ZGONEM)	Grupa wiekowa 7-12	Grupa wiekowa 13-18	Grupa wiekowa 19-24	Grupa wiekowa 25-29
2017	11139	28	702	1143	1199
2018	11167	26	746	1143	1104
2019	11961	46	905	1226	1183
2020	12013	29	814	1242	1222
2021	13798	85	1411	1573	1268
2022	14520	85	2008	1699	1270
2023	15133	85	2054	1736	1351

Tabela nr 2. Liczba osób w zamachach samobójczych ogółem (PRÓBY I ZAKOŃCZONE ZGONEM) w grupach wiekowych 7-12, 13-18, 19-24 i 25-29

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp 29.05.2024).

Tendencja wzrostowa, jaką można zauważyć w trzech grupach wiekowych pokazuje, że zjawisko suicydalności stanowi znaczący współczesny problem społeczny. Analiza i porównanie danych z dwóch tabel pokazuje, że w ostatnich latach wzrosła tendencja do dokonywania wśród młodzieży tzw. prób samobójczych. W przeciągu ostatnich czterech lat w grupie wiekowej 19-24 tendencja wzrosła o ponad 500 przypadków, co stanowi wzrost o prawie 1/3. **Natomiast wręcz przerażającą wartość pokazała grupa wiekowa 13-18. Wzrost o ponad 1200 przypadków, a dokładnie 1240, co stanowi wzrost o ponad 150%.**

Wnioski

Dokonując analizy danych zawartych w statystykach WHO można stwierdzić, że zjawisko suicydalności w Polsce, w porównaniu do innych krajów jest na średnim poziomie. Lecz poziom ten nie jest satysfakcjonujący i należy podjąć wszelkie działania ukierunkowane na obniżenie tego wskaźnika. Co prawda wskaźnik globalny jest wyższy aniżeli w Polsce, lecz w krajach takich jak Portugalia czy Hiszpania jest o wiele niższy.

W zakresie analizy danych statystycznych w Polsce, gdzie przyjęto czasowe ograniczenia badawcze tj. lata 2017-2023 można zauważyć niepokojący trend wzrostowy w grupie najmłodszej oraz w przedziale wiekowym 13-18 w kontekście skutecznych prób samobójczych, czyli zakończonych zgonem. Jednakże dokonując przeglądu danych, a w szczególności ostatnich czterech lat w rozpiętości liczby osób w zamachach samobójczych ogółem (PRÓBY I ZAKOŃCZONE ZGONEM) w grupie wiekowej 19-24 tendencja wzrosła o ponad 500 incydentów, co stanowi wzrost o prawie 1/3. **Natomiast wręcz przerażającą wartość pokazała grupa wiekowa 13-18. Wzrost o ponad 1200 przypadków, a dokładnie 1240, co stanowi wzrost o ponad 150%.**

Powyższe wskazuje na konieczność podjęcia działalności o charakterze naukowo-praktycznym ukierunkowanym na permanentną diagnozę podniesionego przedmiotem poznania niniejszej analizy, zjawiska suicydalności. Koniecznym również wydaje się, aby w pierwszej kolejności przedmiotowe działania ukierunkowane winny być na działania analityczne i prewencyjne w stosunku, co do dzieci i młodzieży.

Podsumowując:

1. Dane epidemiologiczne gromadzone przez Światową Organizację Zdrowia wskazują na tendencję wzrostową zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia na całym świecie. Zjawisko to pozostaje wyzwaniem również dla Polski. Według danych Europejskiego Urzędu Statystycznego z lat 2012-2021 współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób wśród dzieci i nastolatków między 10 a 14 rokiem życia oraz między 15 a 19 rokiem życia osiągał w Polsce wartości wyższe niż średnia europejska.
2. Istotnych informacji o powadze tego zjawiska w Polsce dostarczają dwa oficjalne źródła, jakimi są Komenda Główna Policji oraz Główny Urząd Statystyczny. Mimo rozbieżności danych pochodzących ze wspomnianych źródeł, wynikających głównie z metod jak i celu ich gromadzenia, pozwalają one sformułować ogólne wnioski dotyczące skali tego zjawiska.
 - 2.1. W ciągu ostatniego dziesięciolecia w Polsce nastąpił wzrost liczby zamachów samobójczych, tj. prób samobójczych niezakończonych i zakończonych zgonem, wśród dzieci i nastolatków do 24 roku życia. Według danych z Komendy Głównej Policji między 2010 a 2023 rokiem liczba zamachów samobójczych wśród dzieci i nastolatków do 24 roku życia wzrosła z 828 w 2010 roku do 3875 w 2023 roku, przy czym największy wzrost odnotowano wśród nastolatków między 13 a 18 rokiem życia. Największy skok liczby zamachów samobójczych wśród dzieci i nastolatków do 24 roku życia nastąpił w latach 2020-2021, co przypisuje się wpływowi szeroko rozumianych zmian wywołanych przez pandemię COVID-19.
 - 2.2. Pomimo wzrastającej w ciągu ostatniego dziesięciolecia w Polsce liczby zamachów samobójczych wśród dzieci i nastolatków do 24 roku życia nastąpił procentowy spadek prób samobójczych zakończonych zgonem w tej grupie wiekowej. Według danych z Komendy Głównej Policji w 2010 roku blisko 56% zamachów samobójczych we wspomnianej grupie wiekowej zakończyło się zgonem, zaś w 2023 roku było to blisko 12%, przy czym największy spadek procentu zamachów samobójczych zakończonych zgonem odnotowano wśród dzieci i nastolatków między 7 a 12 rokiem życia. Warto wskazać, że dane obejmujące okres pandemii COVID-19 w Polsce nie wskazują na znaczne zwiększenie liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem wśród dzieci i młodzieży do 24 roku życia.

3. Polscy eksperci szacują, iż w rzeczywistości może dochodzić do 10-20% więcej zamachów samobójczych wśród dzieci i nastolatków w stosunku do tych zarejestrowanych w oficjalnych statystykach. Problem niedoszacowania statystyk dotyczących tego zjawiska jest przedmiotem debaty publicznej zarówno w Polsce jak i na świecie, stanowiąc istotne wyzwanie dla pełnego poznania jego struktury i dynamiki.

Część I

Określenie poziomu świadomości społecznej na temat problematyki samobójstw wśród dzieci w różnych grupach społecznych

Rozdział 1

Przegląd danych epidemiologicznych, diagnoza sytuacji w Polsce odnośnie problemów samobójstw (dane od 2010 roku), kompleksowa analiza literatury naukowej, raportów zdrowotnych i statystyk związanych z samobójstwami

1.1. Problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) w 2019 roku samobójstwo było czwartą najczęstszą przyczyną śmierci wśród osób w wieku 15-29 lat (dane na dzień 28 sierpnia 2023)⁷. Raporty WHO wskazują na tendencję wzrostową zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży na całym świecie⁸.

Struktura i dynamika samobójstw w Polsce zmienia się nieprzerwanie przez ostatnie dziesięciolecia, doprowadzając do wzrostu liczby samobójstw w młodszych grupach wiekowych⁹. W roku 2014, samobójstwa były drugą przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży, zaraz po wypadkach, stanowiąc 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej do lat 19¹⁰. Wśród płci męskiej odpowiadały za ok. 26% wszystkich przyczyn zgonów, zaś u płci żeńskiej, ok. 16 %¹¹. Literatura z 2024 roku wskazuje zaś, iż samobójstwa wśród ludzi młodych stanowią trzecią przyczynę zgonów (zaraz po wypadkach oraz nowotworach)¹².

Według Raportu Fundacji *Dajemy Dzieciom Siłę* z 2017 roku, Polska w 2014 roku znalazła się wśród krajów europejskich o najwyższych liczbach samobójstw wśród dzieci i młodzieży do lat 19¹³. Po publikacji raportu problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży

⁷ World Health Organization, *Suicide: key facts*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [dostęp: 29.05.2024].

⁸ H. Witkowska, *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*, Warszawa 2021, s. 28.

⁹ A. Bąbik, D. Olejniczak, *Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 13, no 2, Warszawa 2014, s. 99-121, <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/30/21> [dostęp: 29.05.2024].

¹⁰ Tamże, s. 103.

¹¹ Tamże, s. 104.

¹² Za: E. Mazur, K. Łukasik, *Samobójstwa wśród młodzieży jako problem kryminologiczny*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia”, vol. 71, no. 1, Lublin 2024, s. 41-58, <https://journals.umcs.pl/g/article/view/16516/11553> [dostęp: 29.05.2024].

¹³ Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą 2017. Raport zagrożeń bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 16, nr 1, Warszawa 2017.

w Polsce został nagłośniony w świecie medialnym¹⁴. Raport opublikowany przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2020 roku wskazuje, iż w latach 2017-2019 problem poważnych zaburzeń psychicznych wymagających profesjonalnej pomocy wykazywało aż 9% dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia¹⁵. Stanowi to ok. 630 tys. młodych Polek i Polaków.

Ze względu na małą ilość kampanii społecznych poruszających temat samobójstwa w odpowiedni sposób, Polki i Polacy nie zdają sobie sprawy z ogromu problemu jakim są zachowania samobójcze w Polsce¹⁶. Tematy te są uważane za wstydlive społecznie¹⁷.

1.2. Źródła statystyk na temat samobójstw w Polsce

W Polsce istnieją dwa oficjalne źródła statystyk dotyczących samobójstw oraz prób samobójczych na terenie kraju: Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz Komenda Główna Policji (KGP)¹⁸. Niestety dane z dwóch źródeł są rozbieżne, co zostało podkreślone w artykułach Agnieszki Gmitrowicz oraz Krzysztofa Rosy¹⁹ (rozbieżności ukazane zostały na Wykresach 3, 4, 5 oraz 6 w dalszej części raportu). Owe rozbieżności wynikają w głównym stopniu z odmiennych metod zbierania danych oraz (dodatkowo) z celu ich gromadzenia²⁰.

Statystyki policyjne sporządzane są w oparciu o dane zebrane za pomocą formularzy „KSIP 10” dotyczące rejestracji zgłoszenia zamachu samobójczego²¹. Od 2017 roku formularz otrzymał nowe brzmienie: *KSIP 10 – zgłoszenie zamachu/zachowania samobójczego* oraz rozszerzono zakres gromadzonych w nim danych poprzez między innymi uszczegółowienie miejsca zamachu/zachowania samobójczego²². Policja odpowiada za ustalenie przyczyny śmierci, która nie została spowodowana przez osoby trzecie. Po wykluczeniu udziału osób trzecich oraz wyniku sekcji zwłok wskazującego na śmierć samobójczą, kwalifikacja jest zakończona²³. Na podstawie danych Policji GUS udostępnia informacje w Rocznikach Statystycznych. Z drugiej strony, tabele raportowane przez GUS publikowane są z rocznym opóźnieniem w porównaniu do danych KGP oraz nie są w nich uwzględniane próby

¹⁴ A. Ziółkowska, *Samobójstwa dzieci i młodzieży przed wybuchem II wojny światowej i obecnie – co się zmieniło, co pozostało bez zmian*, „Nowa kodyfikacja prawa karnego”, t. 55, Wrocław 2020, s. 117-141, https://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/117840/PDF/12_Ziolkowska_A_M_Samobojstwa_dzieci_i_mlodziezy_przed_wybuchem_II_wojny_swiatowej_i_obecnie.pdf [dostęp: 30.05.2024].

¹⁵ *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017-2019). Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2020, s. 5, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,22730,vp,25429.pdf> [dostęp: 1.06.2024].

¹⁶ H. Witkowska, *Samobójstwo w kulturze...*, s. 29.

¹⁷ Tamże.

¹⁸ Tamże; H. Witkowska, A. Czabański, L. Kicińska, M. Łuba, J. Palma, W. Szczepaniak, *Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych (wersja rozszerzona)*, Warszawa 2022, s. 16, <https://zapobiegajmy.samobojstwom.pl/wp-content/uploads/2022/09/standardydlugie.pdf> [dostępny: 1.06.2024].

¹⁹ A. Gmitrowicz, *Dlaczego powinniśmy rejestrować zachowania samobójcze?*, <https://www.gov.pl/documents/292343/436711/Dlaczego+rejestrowa%C4%87+zachowania+samo-b%C3%B3jcze.docx> [dostęp: 4.03.2024].

²⁰ K. Rosa, *(Nie)wiarygodność danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych. Perspektywa teoretyczna i praktyka społeczna*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, t. 61, z. 2, s. 265–290, s. 281, <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-61f5e1db-0a70-4813-84ed-968a05e4d959> [dostęp: 4.07.2024].

²¹ Tamże, s. 280.

²² Główny portal Policji, *Zamachy samobójcze*, Policja, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> [dostęp: 29.05.2024].

²³ K. Rosa, dz. cyt., s. 281.

samobójcze²⁴. Dodatkowo GUS rejestruje zamachy samobójcze zakończone zgonem na podstawie „Karty zgonu” i załączonej „Karty Statystycznej”. Następnie zebrane dane publikowane są w tabelach w Rocznikach Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego. Tabele zawierają liczbę zgonów samobójczych na podstawie formularzy wypełnionych przez lekarza oraz liczbę zgonów niestwierdzonych przez lekarzy²⁵. Tak więc dane gromadzone przez GUS na podstawie Kart Zgonów przeprowadzane są bardziej rzetelnie²⁶. Możliwe powody nieścisłości i błędów w danych statystycznych zbadane zostały przez Krzysztof Rosa w artykule *(Nie)wiarygodność danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych. Perspektywa teoretyczna i praktyka społeczna*.

W poniższej części raportu przedstawione zostaną dane epidemiologiczne Komendy Głównej Policji (dostępne na stronie www.policja.pl) z lat 2010-2023 oraz dane Głównego Urzędu Statystycznego (dostępne na stronie www.stat.gov.pl) z lat 2010-2022.

1.3. Przegląd danych epidemiologicznych: dane na temat prób samobójczych wśród młodzieży

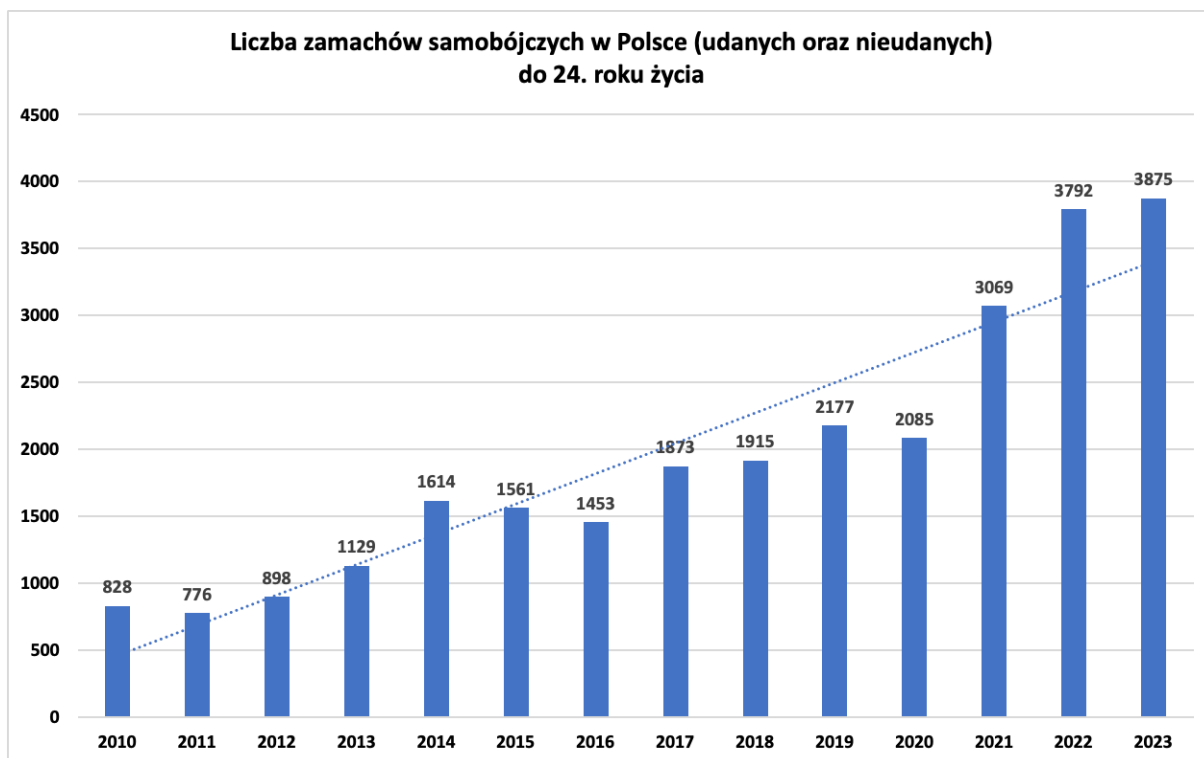
W lutym 2024 roku na stronie Komendy Głównej Policji zostały udostępnione najnowsze dane dotyczące prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. Według danych KGP²⁷ w 2023 roku liczba zamachów samobójczych (zamach samobójczy w rozumieniu próby zakończonej lub niezakończonej zgonem) podjęło 3875 dzieci i nastolatków (7-24 rok życia) [Wykres 1 oraz Tabela 1], co było najwyższą odnotowaną liczbą od 1999 roku. W 2010 roku ilość zamachów samobójczych (udanych i nieudanych) wynosiła 828, co oznacza, iż między 2023 a 2010 rokiem nastąpił wzrost o 468%. Przekłada się to na średni roczny wzrost w okresie 2010-2023 o ok. 12,6%. Między 2010 a 2020 rokiem średni roczny wzrost wynosił ok. 9,67%, lecz, jak widać na Wykresie 1 oraz w Tabeli 1, między rokiem 2020 a 2021 pojawił się największy roczny wzrost o 47,2% (z 2085 do 3069 prób). Prawdopodobną przyczyną tego wzrostu jest negatywny wpływ lockdownu na zdrowie psychiczne młodych ludzi (szczegółowa analiza wpływu lockdownu w dalszej części raportu pt. *Przyczyny wzrostu prób samobójczych w latach 2020-2023*). Założenie to jest również zgodne z faktem, że obostrzenia covidowe i zajęcia zdalne dla uczniów skończyły się w lutym 2022, a wzrost ilości zamachów między 2022 a 2023 wyniósł relatywnie niski poziom równy 2%.

²⁴ H. Witkowska, *Samobójstwo w kulturze...*, s. 29.

²⁵ K. Rosa, dz. cyt., s. 280.

²⁶ Tamże.

²⁷ Oficjalny portal Policji, *Zamachy samobójcze*, Policja, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> [dostęp: 29.05.2024].



Wykres 1. Liczba zamachów samobójczych w Polsce (udanych oraz nieudanych) do 24. roku życia

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

Zamachy samobójcze do 24 roku życia			
Rok	Liczba	Rok	Liczba
2010	828	2017	1873
2011	776	2018	1915
2012	898	2019	2177
2013	1129	2020	2085
2014	1614	2021	3069
2015	1561	2022	3792
2016	1453	2023	3875

Tabela 1. Liczba zamachów samobójczych do 24. roku życia

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

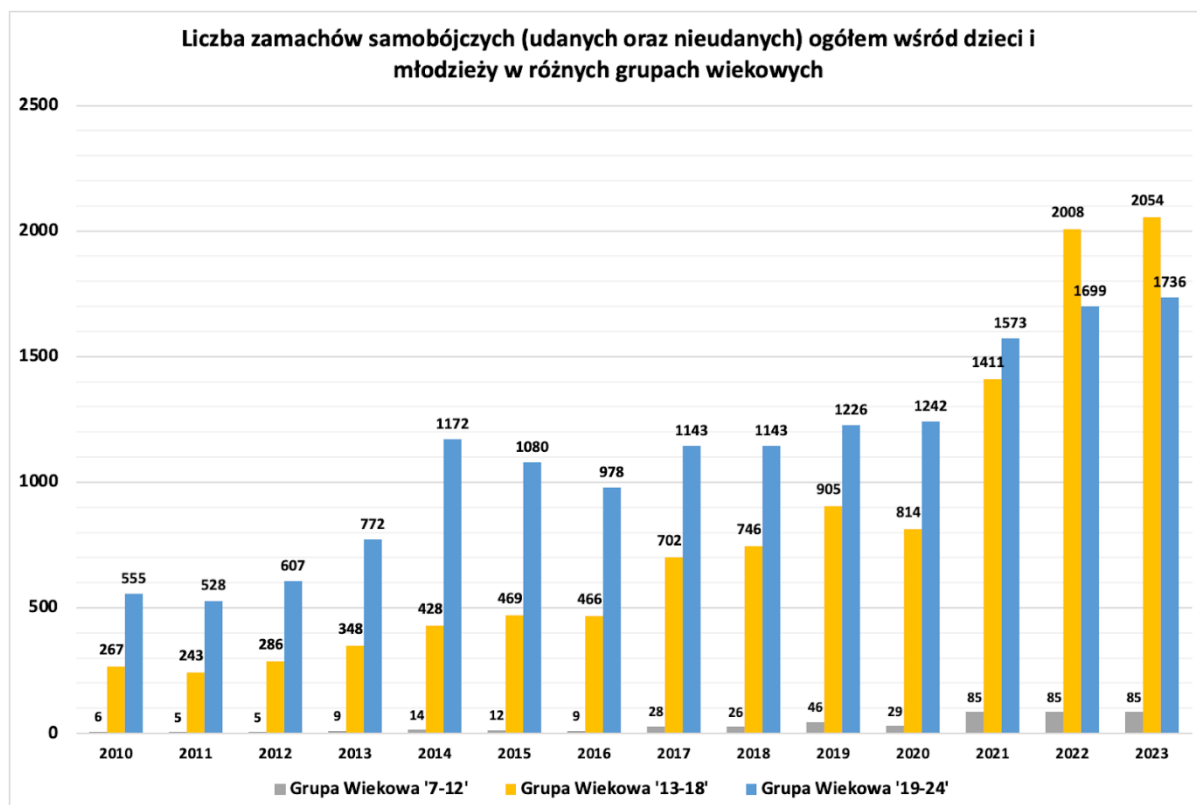
1.3.1. Dane na temat prób samobójczych wśród młodzieży z przedziałami wiekowymi

W 2023 roku z 3875 prób samobójczych 85 dotyczy prób podjętych przez dzieci w wieku 7-12 lat, 2054 prób wśród młodzieży w wieku 13-18 lat, oraz 1736 prób wśród osób w wieku 19-24 roku życia [Wykres 2, Tabela 2]. Największy przyrost na przestrzeni lat 2010-2023 występuje wśród grupy wiekowej 13-18, gdzie w 2010 roku zarejestrowano 267 zamachów

samobójczych, za to w 2023 roku liczba wyniosła 2054 zamachów – jest to wzrost o ok. 669%. Między 2010 i 2020 rokiem średni wzrost wynosił około 11,8% (z 267 zamachów samobójczych do 814). Następnie, liczba zamachów między latami 2020 i 2022 wzrosła z 814 w 2020 do 1411 w 2021 roku, oraz do 2008 zamachów w 2022. To przekłada się na odpowiednio procentowy wzrost o 73,34% i następnie o 42,31%. Między 2022 a 2023 wzrost wyniósł jedynie 2,23%.

W grupie wiekowej 19-24 w 2023 roku zarejestrowano 1736 zamachów samobójczych, i między rokiem 2010 a 2023 nastąpił wzrost ok. 312,8% (z 555 w 2010 roku). Podobnie jak w innych grupach wiekowych, między 2020 a 2021 rokiem, w grupie 19-24 nastąpił skok z 1242 prób samobójczych w 2020 roku do 1573 w 2021 (wzrost o 26,65%) i między 2022 rokiem a 2021 o 8%. Między 2023 a 2022 rokiem wzrost wyniósł jedynie 2,18%.

W grupie wiekowej 7-12 liczba zamachów wyniosła 85 w 2023, co jest wzrostem z 6 zamachów w 2010 roku. Liczba ta w porównaniu do osób w wieku 13-18 i 19-24 jest znacząco niższa. Warto zauważyć, że największy skok liczby samobójstw wydarzył się między 2020 a 2021 rokiem, gdzie liczba zamachów wzrosła z 29 do 85. W 2022 i 2023 roku liczba również wynosiła 85 zamachów. Dla trzech przeanalizowanych grup wiekowych widać ogromny wzrost prób samobójczych między 2020 i 2021 rokiem, a dla grupy 13-18 ten kilkudziesięcioprocentowy wzrost jest widoczny nie tylko między 2021 a 2020 rokiem, ale również między 2022 a 2021 rokiem.



Wykres 2. Liczba zamachów samobójczych (udanych oraz nieudanych) ogółem wśród dzieci i młodzieży w różnych grupach wiekowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Grupa wiekowa '0-6'	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grupa wiekowa '7-12'	6	5	5	9	14	12	9	28	26	46	29	85	85	85
Grupa wiekowa '13-18'	267	243	286	348	428	469	466	702	746	905	814	1411	2008	2054
Grupa wiekowa '19-24'	555	528	607	772	1172	1080	978	1143	1143	1226	1242	1573	1699	1736
Suma końcowa	828	776	898	1129	1614	1561	1453	1873	1915	2177	2085	3069	3792	3875

Tabela 2. Liczba zamachów samobójczych w różnych grupach wiekowych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

1.3.2. Porównanie wzrostu zamachów samobójczych w różnych regionach Polski

W Tabelach 3 oraz 4 przedstawiamy zagregowane dane z Komendy Głównej Policji, które pokazują liczbę zamachów udokumentowanych w różnych Komendach Wojewódzkich. Porównanie liczb całkowitych w regionach [Tabela 3] nie może być jednak wyznacznikiem, który region ma największy problem z samobójstwami, gdyż oczywistym jest, że regiony różnią się zaludnieniem i demografią. Z tego względu Tabela 4 przedstawia coroczną zmianę ilości zamachów samobójczych (w porównaniu do roku wcześniejszego).

W ostatnich czterech latach warto spojrzeć na województwo Pomorskie, które niechłubnie wyróżnia się największym wzrostem ilości samobójstw – w 2021 roku ilość zamachów samobójczych wzrosła o 256,3%. Nawet w liczbach całkowitych KWP w Gdańsku udokumentowało w 2023 roku największą liczbę zamachów samobójczych (w porównaniu do innych regionów), pomimo iż woj. pomorskie jest jedynie 7. najbardziej zaludnionym województwem w Polsce, i na przykład woj. Śląskie ma ok. 85% więcej ludności²⁸ a Wielkopolskie 48% więcej ludności²⁹.

²⁸ Główny Urząd Statystyczny, *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2023 roku*, Warszawa 2023, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2023-roku,7,20.html> [dostęp: 29.08.2024].

²⁹ Tamże.

Komenda z której pochodzą dane	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023
KSP Warszawa	31	32	58	49	80	55	61	67	76	99	126	151	163
KWP Białystok	39	43	40	44	69	39	64	69	88	90	122	164	152
KWP Bydgoszcz	37	42	40	32	32	48	45	68	71	58	84	111	123
KWP Gdańsk	48	47	40	40	78	77	93	115	142	158	563	659	685
KWP Gorzów Wlkp.	41	31	29	28	39	32	31	47	54	53	52	64	62
KWP Katowice	103	99	106	149	220	243	238	290	338	339	418	523	543
KWP Kielce	25	16	94	113	121	119	89	97	90	82	110	135	131
KWP Kraków	58	54	76	110	163	157	167	187	205	200	307	393	339
KWP Lublin	56	44	52	78	104	83	67	98	119	125	138	205	197
KWP Łódź	60	59	76	86	145	169	144	237	241	219	274	366	401
KWP Olsztyn	56	69	68	86	119	118	87	102	123	93	120	133	165
KWP Opole	49	33	25	29	37	34	33	33	30	36	36	40	48
KWP Poznań	49	48	36	60	90	75	67	102	99	96	130	178	213
KWP Radom	61	56	48	69	87	69	66	99	99	93	113	141	140
KWP Rzeszów	39	30	28	44	58	87	55	99	99	103	133	171	126
KWP Szczecin	42	45	53	54	82	76	65	76	85	88	133	133	147
KWP Wrocław	34	28	29	58	90	80	81	129	218	153	210	225	240
Wszystkie komendy łącznie	828	776	898	1129	1614	1561	1453	1915	2177	2085	3069	3792	3875

Tabela 3. Liczba zamachów samobójczych do 24. roku życia w różnych regionach Polski

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

Komenda z której pochodzą dane	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023
KSP Warszawa	3.2%	81.3%	-15.5%	63.3%	-31.3%	10.9%	9.8%	13.4%	30.3%	27.3%	19.8%	7.9%
KWP Białystok	10.3%	-7.0%	10.0%	56.8%	-43.5%	64.1%	7.8%	27.5%	2.3%	35.6%	34.4%	-7.3%
KWP Bydgoszcz	13.5%	-4.8%	-20.0%	0.0%	50.0%	-6.3%	51.1%	4.4%	-18.3%	44.8%	32.1%	10.8%
KWP Gdańsk	-2.1%	-14.9%	0.0%	95.0%	-1.3%	20.8%	23.7%	23.5%	11.3%	256.3%	17.1%	3.9%
KWP Gorzów Wlkp.	-24.4%	-6.5%	-3.4%	39.3%	-17.9%	-3.1%	51.6%	14.9%	-1.9%	-1.9%	23.1%	-3.1%
KWP Katowice	-3.9%	7.1%	40.6%	47.7%	10.5%	-2.1%	21.8%	16.6%	0.3%	23.3%	25.1%	3.8%
KWP Kielce	-36.0%	487.5%	20.2%	7.1%	-1.7%	-25.2%	9.0%	-7.2%	-8.9%	34.1%	22.7%	-3.0%
KWP Kraków	-6.9%	40.7%	44.7%	48.2%	-3.7%	6.4%	12.0%	9.6%	-2.4%	53.5%	28.0%	-13.7%
KWP Lublin	-21.4%	18.2%	50.0%	33.3%	-20.2%	-19.3%	46.3%	21.4%	5.0%	10.4%	48.6%	-3.9%
KWP Łódź	-1.7%	28.8%	13.2%	68.6%	16.6%	-14.8%	64.6%	1.7%	-9.1%	25.1%	33.6%	9.6%
KWP Olsztyn	23.2%	-1.4%	26.5%	38.4%	-0.8%	-26.3%	17.2%	20.6%	-24.4%	29.0%	10.8%	24.1%
KWP Opole	-32.7%	-24.2%	16.0%	27.6%	-8.1%	-2.9%	0.0%	-9.1%	20.0%	0.0%	11.1%	20.0%
KWP Poznań	-2.0%	-25.0%	66.7%	50.0%	-16.7%	-10.7%	52.2%	-2.9%	-3.0%	35.4%	36.9%	19.7%
KWP Radom	-8.2%	-14.3%	43.8%	26.1%	-20.7%	-4.3%	50.0%	0.0%	-6.1%	21.5%	24.8%	-0.7%
KWP Rzeszów	-23.1%	-6.7%	57.1%	31.8%	50.0%	-36.8%	80.0%	0.0%	4.0%	29.1%	28.6%	-26.3%
KWP Szczecin	7.1%	17.8%	1.9%	51.9%	-7.3%	-14.5%	16.9%	11.8%	3.5%	51.1%	0.0%	10.5%
KWP Wrocław	-17.6%	3.6%	100.0%	55.2%	-11.1%	1.3%	59.3%	69.0%	-29.8%	37.3%	7.1%	6.7%
Wszystkie komendy łącznie	-6.3%	15.7%	25.7%	43.0%	-3.3%	-6.9%	31.8%	13.7%	-4.2%	47.2%	23.6%	2.2%

Tabela 4. Procent zmiany liczby zamachów samobójczych do 24. roku życia w różnych regionach Polski

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

1.3.3. Potencjalne niedoszacowanie wartości

Gwałtowny wzrost prób samobójczych świadczy o nasilaniu się problemu zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży w Polsce. Należy również pamiętać, że statystyki policyjne nie odzwierciedlają pełnej skali problemu³⁰. Funkcjonariusze nie są wzywani do wszystkich prób samobójczych, o wielu z nich nie są informowane służby, a o niektórych wiedzą jedynie dzieci, które zdecydowały się taką próbę podjąć³¹. Na każdy odnotowany zgon w wyniku próby samobójczej (we wszystkich kategoriach wiekowych) przypada między 100 a 200 prób³². Problem niedoszacowań statystyk w Polsce i krajach zagranicznych jest tematem debaty publicznej co potwierdza artykuł opublikowany w *BMC Psychiatry* w 2012 roku: *The reliability of suicide statistics: a systematic review* (po polsku: „Wiarygodność statystyk dotyczących samobójstw: przegląd systematyczny”)³³, który podsumowuje brak systematycznej oceny wiarygodności statystyk dotyczących samobójstw. Polscy eksperci twierdzą, iż w rzeczywistości może dochodzić do między 10-20% więcej prób samobójczych niż tych zarejestrowanych w statystykach (dr Halszka Witkowska). Inni zaś sugerują, że jest 10-15 razy więcej prób samobójczych niż te zarejestrowane w oficjalnych danych policji (prof. Agnieszka Gmitrowicz).

Suicydolog, dr Halszka Witkowska potwierdza znaczne pogorszenie sytuacji w latach 2021-2022, podczas których odnotowano znaczny skok w liczbie prób samobójczych³⁴, co można zauważyć na Wykresie 1: 3069 prób w roku 2021 w porównaniu do 3792 prób w roku 2022. Pozostaje pytanie, jakie czynniki doprowadziły do tak tragicznych statystyk?

1.3.4. Przyczyny wzrostu prób samobójczych w latach 2020-2023

Jak podkreślono powyżej, na przestrzeni ostatnich czterech lat doszło do drastycznego wzrostu liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży do 24 roku życia. Należy zauważyć, iż dana tendencja wzrostowa została jednak zahamowana w 2023 roku. Raporty wskazują, iż do tak drastycznego wzrostu z pewnością przyczyniła się panująca od 2020 roku pandemia COVID-19. Mowa tutaj nie o bezpośrednim wpływie wirusa, lecz o związanych z nim zmianami społecznymi i środowiskowymi, które dotknęły całe społeczeństwo³⁵. Pandemia koronawirusa bardzo silnie wpłynęła na funkcjonowanie młodych ludzi oraz ich zdrowie jak i ogólny dobrostan psycho-fizyczny. Wymuszona edukacja zdalna spowodowana pandemią koronawirusa diametralnie zmieniła sytuację życiową na wielu płaszczyznach doprowadzając

³⁰ P. Litwin, M. Glanc, *Samobójstwa w 2023 roku. Analizujemy pełne dane policji*, 2023, https://demagog.org.pl/analizy_i_raporty/samobojstwa-w-2023-roku-analizujemy-pelne-dane-policji/ [dostęp: 29.05.2024].

³¹ H. Witkowska, L. Kicińska, J. Palma, M. Łuba, *Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II Edycja Raportu na Podstawie Danych KGP i Serwisu www.zwjz.pl*, Warszawa 2024, s. 4, https://backend.zwjz.pl/media/attachments/Raport_zwjz_2024_Wo8JsWZ.pdf [dostęp: 29.05.2024].

³² L. Kicińska, J. Palma, *Raport za lata 2012–2021. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży*, Warszawa 2021, s. 5, https://backend.zwjz.pl/media/attachments/Raport_za_lata_2012-2021_zachowania_samobojcze_mlodzirzy_2_JVEHSu1.pdf [dostęp: 29.05.2024].

³³ I.M. Tøllefsen, E. Hem, Ø. Ekeberg, *The reliability of suicide statistics: a systematic review*, „BMC Psychiatry”, vol. 12 nr 9, 2012, <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-12-9> [dostęp: 29.05.2024].

³⁴ P. Litwin, M. Glanc, dz. cyt.

³⁵ H. Witkowska i in., *Zrozumieć...*, dz. cyt., s. 13.

do ryzyka braku zaspokojenia wielu podstawowych potrzeb dzieci i młodzieży³⁶. Badanie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę przeprowadzone we wrześniu 2020 roku na grupie wiekowej 13-17 lat wykazało, że w pierwszym okresie pandemii koronawirusa 2,9% respondentów w wieku 15-17 lat próbowało popełnić samobójstwo, a blisko co trzeci respondent uznał, że w badanym okresie jego samopoczucie pogorszyło się³⁷. Zaistniała sytuacja spowodowana koronawirusem doprowadziła również do znacznego pogorszenia się samooceny dzieci i młodzieży. Według *Raportu z Badania stanu emocjonalnego uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w Polsce po nauce zdalnej w związku z COVID-19* przeprowadzonego przez Profi Competence w grudniu 2021 roku, 27,11% badanych ukazało bardzo niski poziom samooceny, a aż 42,38% poziom niski, co potwierdza pogorszenie się generalnej samooceny młodzieży w Polsce w okresie sytuacji covidowej³⁸.

Główne aspekty związane z pandemią koronawirusa, mające wpływ na zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży zostały wymienione w Raporcie *Zrozumieć, aby zapobiec 2024*. Jako pierwszy wymieniony został wzrost przemocy rówieśniczej. Według raportu *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowania krzywdzenia dzieci z 2018 roku*, podejmowanie próby samobójczej przez dzieci, które doświadczyły owej przemocy zachodzi siedem razy częściej niż wśród ich rówieśników, którzy nie doświadczyli przemocy³⁹. Takiej przemocy doświadcza obecnie 66% nastolatków (w porównaniu, w 2019 roku było to 57% dzieci i nastolatków do 18 roku życia)⁴⁰. Następny czynnik dotyczy spożywania alkoholu, który ma wpływ na zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży w Polsce. Sposób spożywania alkoholu znacząco zmienił się na przestrzeni lat 2021/2022 doprowadzając do wzrostu nadmiernego poziomu konsumpcji przez osoby wcześniej pijące⁴¹. Niebezpiecznymi aspektami mającymi wpływ na wzrost zachowań samobójczych w przypadku alkoholu jest: alkoholizm rodziców, uzależnienie w młodym wieku oraz skutki alkoholu potęgujące impulsywne reakcje⁴². Kolejny aspekt pandemii mający negatywny wpływ na zachowania wśród dzieci i młodzieży to izolacja społeczna, która odcięła możliwość przebywania oraz dzielenia się emocjami z rówieśnikami. To zaś doprowadziło do przeniesienia się funkcjonowania do Internetu, który pomimo nieskończonych możliwości jakie oferuje, bezpośrednio naraża dzieci i młodzież na niebezpieczeństwa, jakimi są między innymi: łatwy dostęp do treści związanych z zachowaniami samobójczymi, nawoływanie lub podżeganie do takich zachowań, czy

³⁶ *Raport z Badania stanu emocjonalnego uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w Polsce po nauce zdalnej w związku z COVID-19*, Profi Competence, Szczecin 2021, s. 77.

³⁷ K. Makaruk, J. Włodarczyk, R. Szredzińska, *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii – raport z badań ilościowych*, Warszawa 2020, slajdy 35-36, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/e/500e0774b0109a6892ce777b0d8595f528adea62/Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.-Raport-z-badan-ilosciowych-1.pdf [dostęp: 29.05.2024].

³⁸ *Raport z Badania stanu emocjonalnego...*, dz. cyt. s. 77.

³⁹ J. Włodarczyk, K. Makaruk, P. Michalski, M. Sajkowska, *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci, Raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę*, Warszawa 2018, s. 8, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/a/500aebc9b081441adf85491306a93ff093341566/Og%C3%B3lnopolska-diagnoza-skali-i-uwarunkowa%C5%84-krzywdzenia-dzieci_Wyniki-badania_2018.pdf [dostęp: 29.05.2024].

⁴⁰ H. Witkowska i in. *Zrozumieć...*, dz. cyt., s. 13.

⁴¹ A.M. Fala, *Zwrot w modelach konsumpcji – 2. edycja raportu alkohol w Polsce*, Warszawa 2023, <https://pracodawcy.pl/storage/app/media/Co%20robimy/Raporty/zwrot-w-modelach-konsumpcji-online-1.pdf> [dostęp: 29.05.2024].

⁴² H. Witkowska i in. *Zrozumieć...*, dz. cyt., s. 13–14.

gloryfikacja śmierci samobójczej poprzez media społecznościowe⁴³. Co więcej, Internet niesie za sobą wiele pośrednich czynników negatywnie wpływających na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Do takich czynników można zaliczyć między innymi: wpływ mediów społecznościowych na obniżenie samooceny, cyberbulling (jako nową formę przemocy rówieśniczej), czy samotność w sieci.

1.3.5. Ogólne przyczyny zamachów samobójczych wśród nastolatków

Na zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży wpływ ma wiele wzajemnie oddziaływujących na siebie czynników i nie jest możliwe ukazanie jednej konkretnej przyczyny⁴⁴. W artykule *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat*⁴⁵ opublikowanym w 2013 roku, wyróżnione zostało pięć głównych czynników: związane z trudną sytuacją rodzinną, społeczna izolacja, choroby somatyczne i psychiczne, stresujące wydarzenia oraz przeciwności życiowe⁴⁶. Według badania przedstawionego w Artykule, uczucie emocjonalnego odręcenia przez rodziców okazało się dominującym czynnikiem związanym z rodziną wpływającym na decyzję o próbie samobójczej wśród dzieci i młodzieży (czynnik został wskazany przez aż 57% badanej młodzieży). Do kolejnych czynników związanych z rodziną zaliczono: konflikty z rodzicami, śmierć jednego lub obojga rodziców, alkoholizm ojca, alkoholizm matki, konflikty między ojcem a matką, struktura rodziny, konflikty z rodzeństwem i inne⁴⁷. W przypadku czynników związanych ze środowiskiem rówieśniczym jako główny czynnik zdiagnozowano trudności w relacjach z kolegami (wskazane przez 56% badanej populacji), a następnie posiadanie lub brak sympatii (29%) oraz niska pozycja w grupie rówieśników (27%). Do czynników związanych z kryzysem rozwojowym 56% badanej próby wskazała niemożność realizacji własnej drogi życiowej⁴⁸.

Artykuł *Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży* z 2018 roku wskazuje na dwa zespoły czynników wpływających na zachowania samobójcze wśród dzieci, jakimi są: suicydogenny układ sytuacyjny oraz osobnicze skłonności samobójcze⁴⁹. Do samobójstwa może dojść w wypadku pokrycia się danego suicydogennego układu sytuacyjnego z określonym typem osobniczych skłonności samobójczych⁵⁰. Autorzy wyróżnili pięć kategorii czynników ryzyka popełnienia samobójstwa: demograficzne, społeczne, psychologiczne, chorobowe oraz biologiczne (można więc zauważyć zbieżności, lecz również różnice z wyżej wymienionym Artykułem). Do demograficznych czynników zaliczono płeć, wiek oraz miejsce zamieszkania. W badaniach dotyczących płci zauważono tak zwany „paradoks płci” polegający na statystycznie częstszych przypadkach popełnienia samobójstwa przez mężczyzn, lecz większej ilości prób

⁴³ Tamże, s. 16.

⁴⁴ A. Kielan, D. Olejniczak, *Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyki”, vol. 17, no. 3, 2018, s. 14, <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/680/536> [dostęp: 29.05.2024].

⁴⁵ M. Makara-Studzińska, *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat*, „Psychiatria”, t. 10, nr 2, 2013, s. 76-83, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/35886/25975> [dostęp: 29.05.2024].

⁴⁶ Tamże, s. 76.

⁴⁷ Tamże, s. 78.

⁴⁸ Tamże, s. 79-81.

⁴⁹ A. Kielan, D. Olejniczak, *Czynniki...*, dz. cyt.

⁵⁰ Tamże, s. 14.

samobójczych wśród kobiet. Paradoks najprawdopodobniej wynika z faktu, iż statystycznie mężczyźni decydują się na skuteczniejsze środki takie jak między innymi broń palna lub skok z wysokości⁵¹. Do społecznych czynników autorzy zaliczyli rodzinę oraz środowisko szkolne, zaś wśród psychologicznych wymienione zostały: cechy osobowości, wydarzenia traumatyczne, umiejętności życiowe oraz uzależnienia behawioralne. W przypadku chorobowych kategorii, wpływ na zachowania samobójcze mają choroby psychiczne i somatyczne. Badania dotyczące czynników biologicznych wskazują na pewne cechy zwiększające predyspozycje do zamachów samobójczych oraz znaczenie podłoża genetycznego w skłonnościach do takich zachowań⁵². Tak więc na przykład przypadki zamachów samobójczych wśród członków rodziny mogą mieć wpływ na podjęcie próby przez nastoletnie dziecko.

Próba zbadania konkretnych powodów podejmowania zamachów samobójczych wśród dzieci i młodzieży nie jest możliwa z powodu braku wyodrębnienia przedziałów wiekowych w danych statystyk Komendy Głównej Policji dotyczących przyczyn samobójstw w Polsce.

1.4. Zamachy samobójcze zakończone zgonem

Pomimo ok. 468% wzrostu zamachów samobójczych (udanych i nieudanych), według Komendy Głównej Policji, między 2023 a 2010 rokiem liczba udanych zamachów samobójczych zakończonych zgonem (do 24. roku życia) kształtuje się w 2023 roku na poziomie 449 zgonów w porównaniu do 461 zgonów w 2010 roku [Wykres 3]. Jedynie w latach 2013-2015 wartość udanych zamachów samobójczych przekroczyła 500 osób. Szczegółowy podział w zależności od wieku można znaleźć na Wykresie 4.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2010 doszło zaś do 612 zamachów samobójczych zakończonych zgonem, a w 2023 było ich 401 [Wykres 5. oraz Wykres 6. z podziałem na przedziały wiekowe]. Ilustruje to rozbieżności w liczbie zgonów spowodowanych samobójstwem do 24. roku życia między danymi GUS a danymi Komendy Głównej Policji, o których mowa była powyżej. Rozbieżności widoczne są szczególnie w latach 2010, 2011 oraz 2012, gdzie wartości GUS są kolejno o 32,75%, 36,55%, 25,6% wyższe niż dane Komendy Głównej Policji. Od 2015 roku wartości samobójstw odnotowanych przez GUS są niższe niż wartości Komendy Głównej Policji. Warto zauważyć, że GUS nie udostępnił danych na temat samobójstw z podziałem na wiek w 2020 roku.

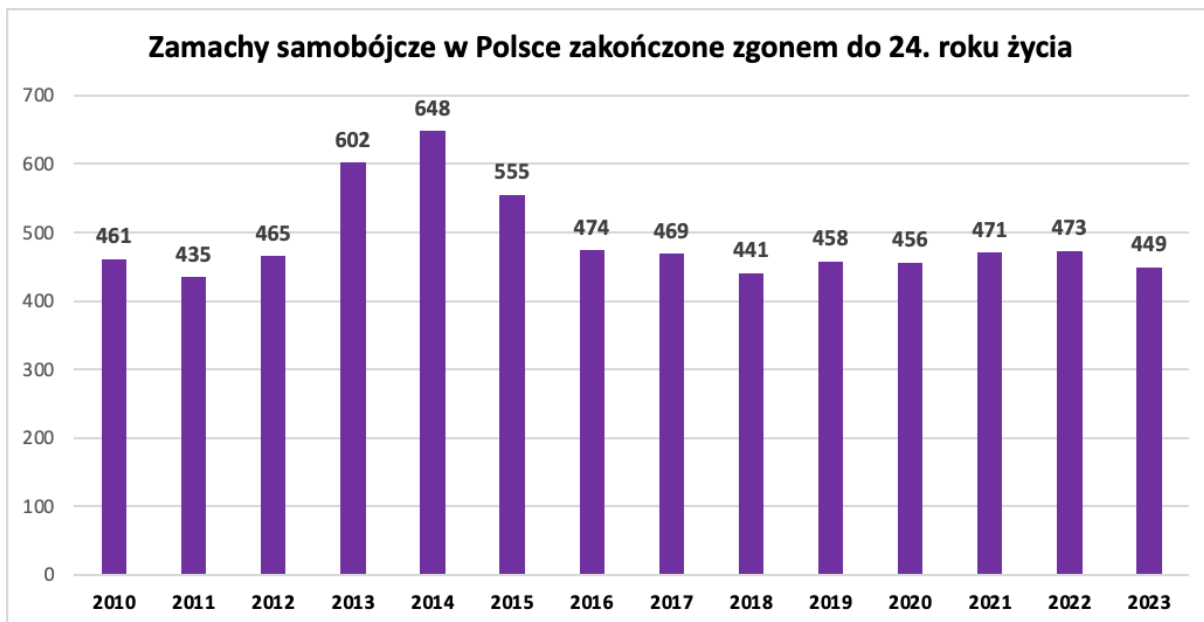
Jak podkreślono w pierwszej części raportu, różnice w danych wynikają w głównym stopniu z odmiennych metod zbierania danych. Innym czynnikiem mającym znaczenie jest cel gromadzenia danych.

Wykres 7 przedstawia ilość zamachów samobójczych zakończonych zgonem z podziałem na kobiety i mężczyzn bazując na danych z GUS. Między 2010 a 2022 rokiem w każdym roku (poza 2020, gdzie brak jest dostępnych danych) kobiety stanowią pomiędzy ok. 9-24% wszystkich samobójstw zakończonych zgonem, za to mężczyźni stanowią między 81-76% wszystkich samobójstw. Z tego wynika, że w okresie 2010-2021 doszło do średnio około ponad 6-krotnie więcej samobójstw mężczyzn w porównaniu do kobiet. Warto zauważyć,

⁵¹ Tamże, s. 15.

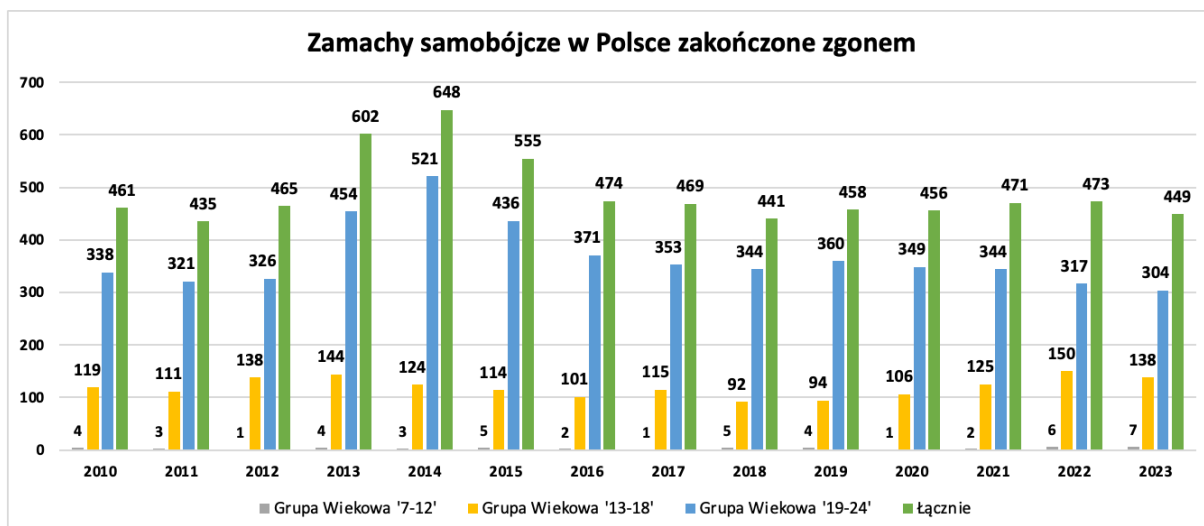
⁵² K. Pujer, *Problemy nauk społecznych, humanistycznych, ekonomicznych. Konteksty i wyzwania*, Wrocław 2017, s. 49.

że w tym okresie, dla mężczyzn trend ilości samobójstw jest spadkowy, zaś dla kobiet od 2010 do 2014 był trend wzrostowy, od 2014 do 2017 spadkowy i niestety od 2018 do 2022 jest ponownie zwyżkowy. W 2022 roku 23,7% wszystkich samobójstw zostało popełnione przez kobiety, co jest o wiele wyższą procentową wartością w porównaniu do 2010, w którym to kobiety stanowiły jedynie 9% wszystkich samobójstw.



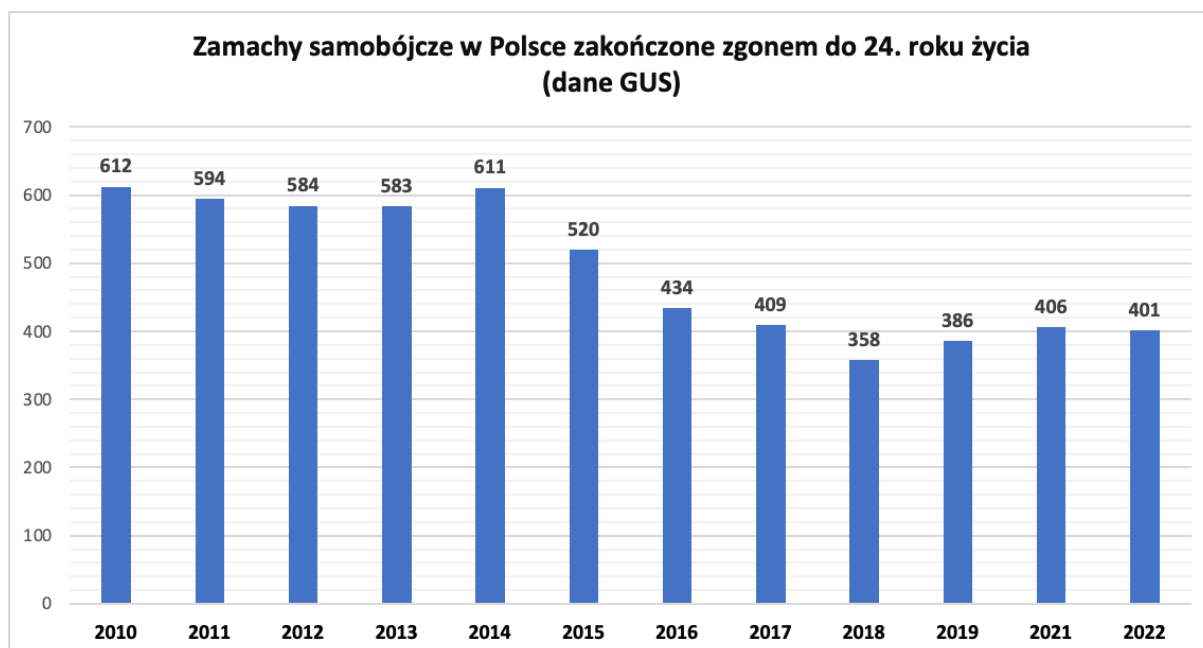
Wykres 3. Zamachy samobójcze w Polsce zakończone zgonem do 24. roku życia

Źródło: Komenda Główna Policji.



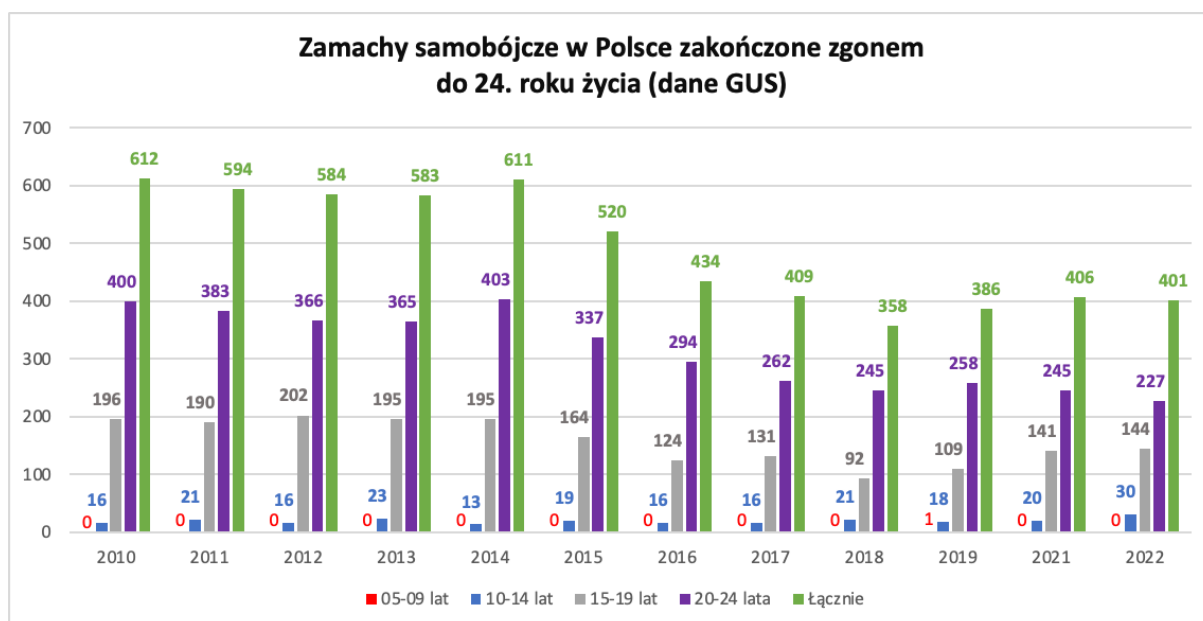
Wykres 4. Zamachy samobójcze w Polsce zakończone zgonem

Źródło: Komenda Główna Policji



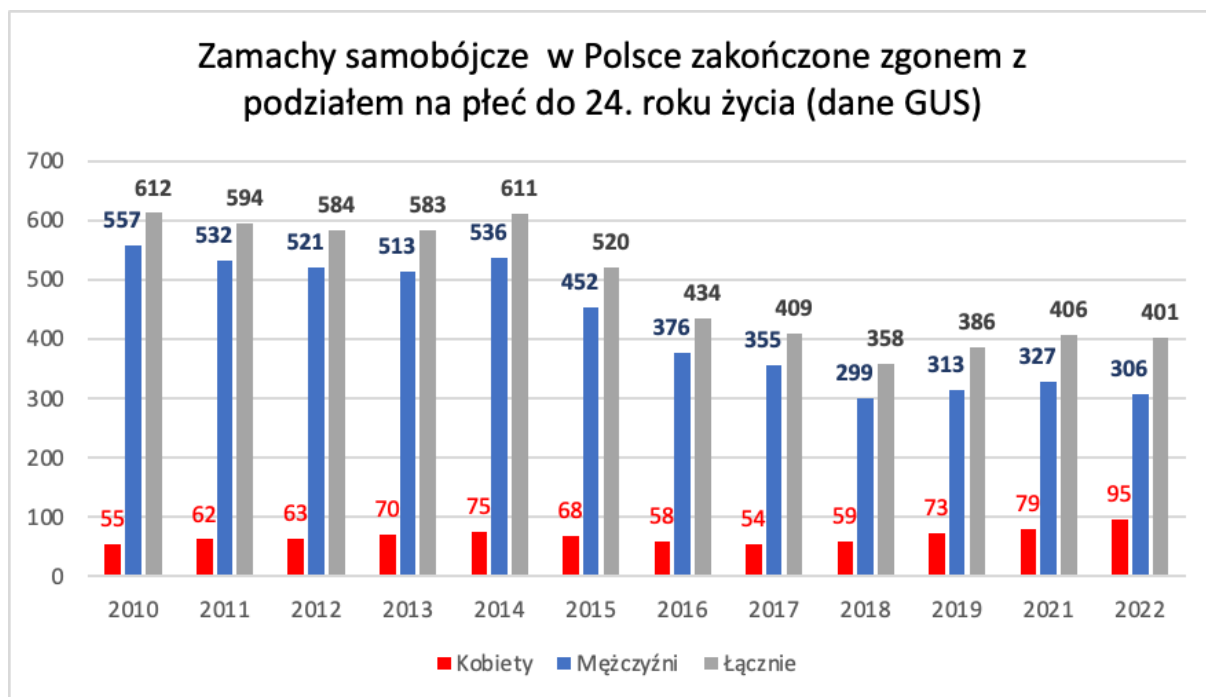
Wykres 5. Zamachy samobójcze w Polsce zakończone zgonem do 24. roku życia.

Źródło: Główny Urząd Statystyczny



Wykres 6. Zamachy samobójcze w Polsce zakończone zgonem do 24. roku życia

Źródło: Główny Urząd Statystyczny



Wykres 7. Zamachy samobójcze w Polsce zakończone zgonem z podziałem na płeć do 24. roku życia

Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

1.4.1. Spadający procent zamachów samobójczych zakończonych zgonem

Pomimo wzrastającej liczby prób samobójczych, coraz mniejszy procent z nich kończy się śmiercią. W 2010 55,68% prób samobójczych zakończyło się zgonami, za to w 2023 roku 11,59% zamachów samobójczych zakończyło się zgonem [Wykres 8, Tabela 5]. Między 2010 a 2024 średnio co roku ilość prób samobójczych spadła o 11,59% (o 3,39 punktów procentowych). Największe spadki tego wskaźnika można zauważyć między 2014 a 2013, gdzie procent udanych zamachów spadł z 53,32% w 2013 do 40,135% 2014. Ponadto, duży spadek widoczny jest między latami 2016 i 2017 (z 32,62% do 25,04%) oraz między latami 2020 i 2021 (z 21,87% do 15,35%).

Największy spadek procentu zamachów samobójczych zakończonych zgonem na przestrzeni lat 2010-2023 można zauważyć wśród dzieci w wieku 7-12 lat. W 2010 roku wyniósł on 66,7%, zaś w 2023 roku – jedynie 8,2%. W latach 2012, 2014, 2016 oraz 2018 było to około 20%. Jednak w latach 2015 i 2017 współczynnik wyniósł ponad 40%, a w roku 2017 – jedynie 3,6%. Takie różnice świadczą o dużych zmiennych w zamachach samobójczych zakończonych śmiercią na przestrzeni badanych lat w tej grupie wiekowej [Wykres 9].

Sytuacja nieco różni się w grupie wiekowej 13-18 lat, gdzie spadek współczynnika był bardziej stały i wyniósł 44,6% w roku 2010 i 6,7% w 2023 roku. Od roku 2013 do 2023 współczynnik niezmiennie spadał z wyjątkiem roku 2020 (w którym to wyniósł 13%) [Wykres 9].

Wśród osób w wieku 19-24 lat współczynnik jest najwyższy spośród wszystkich badanych grup z wyjątkiem lat 2010 i 2015 (w których współczynnik dla grupy wiekowej 7-12 lat okazał się wyższy o odpowiednio 5,8 i 1,3 punktu procentowego). W 2010 roku współczynnik wyniósł 60,9% a w następnych latach spadał aż do 17,5% w 2023 roku

(z wyjątkiem 2013 roku, w którym wyniósł o 1,54 punktu procentowego więcej niż w roku poprzednim) [Wykres 9].

Należy zauważyć więc, iż w czasie lockdownu i po nim dane nie wskazują na zwiększoną liczbę udanych samobójstw, a jedynie na znaczny wzrost prób samobójczych. Ten znaczny spadek wskaźnika udanych prób samobójczych w latach 2010 – 2023 może wynikać z różnicy w pierwszorzędnym celu próby zamachu samobójczego przez osoby młode. Coraz więcej osób podejmujących próbę samobójczą nie chce umierać, lecz zwrócić na siebie uwagę. Młodzi ludzie wykazują przejawy myślenia o reakcji otoczenia w większym stopniu niż o nieodwracalnych skutkach samobójstwa⁵³. W takich wypadkach grupa osób podejmujących próbę decyduje się na sięgnięcie po metody nie prowadzące bezpośrednio do śmierci (takie jak między innymi zażycie minimalnej dawki antydepresantów, leków przeciwbólowych lub płytkie podcięcie żył⁵⁴). Dotyczy to głównie przedstawicielek płci żeńskiej⁵⁵, co najprawdopodobniej jest przyczyną rozbieżności stosunku liczby podejmowanych prób samobójczych a liczby zgonów wśród płci żeńskiej w porównaniu do płci męskiej. W takich sytuacjach osoba decydująca się na podjęcie próby samobójczej zaplanuje ten akt w taki sposób, aby interwencja osób trzecich (rodziny/najbliższych) była nieunikniona⁵⁶. Opisywane zjawisko może być wytłumaczone przez towarzyszącą myślom samobójczym ambiwalencję⁵⁷. Takie zachowania mogą być wynikiem młodzieńczego buntu, zemsty lub chęci przekroczenia pewnej granicy, co tłumaczy cel, którym nie jest odebranie sobie życia, lecz chęć zwrócenia na siebie uwagi⁵⁸. Z drugiej jednak strony, w niektórych przypadkach osoba decydująca się na podjęcie próby samobójczej pozostawia swoje życie w rękach losu. W takiej sytuacji osoba ta używa niebezpiecznych, lecz wolno działających metod z przekonaniem, że może umrzeć, a jeśli do tego nie dojdzie to był to zamiar losu⁵⁹.

Zmniejszający się procent prób samobójczych zakończonych zgonem może być oczywiście spowodowany innymi czynnikami, lecz pełna analiza przyczyn tego spadku to temat na osobną pracę naukową.

⁵³ K. De Walden-Gałuszko, *Zarys psychopatologii ogólnej i psychiatrii*, Gdańsk 1999, s. 116-117.

⁵⁴ E. Mazur, K. Łukasik, *Samobójstwa wśród...*, dz. cyt., s. 51.

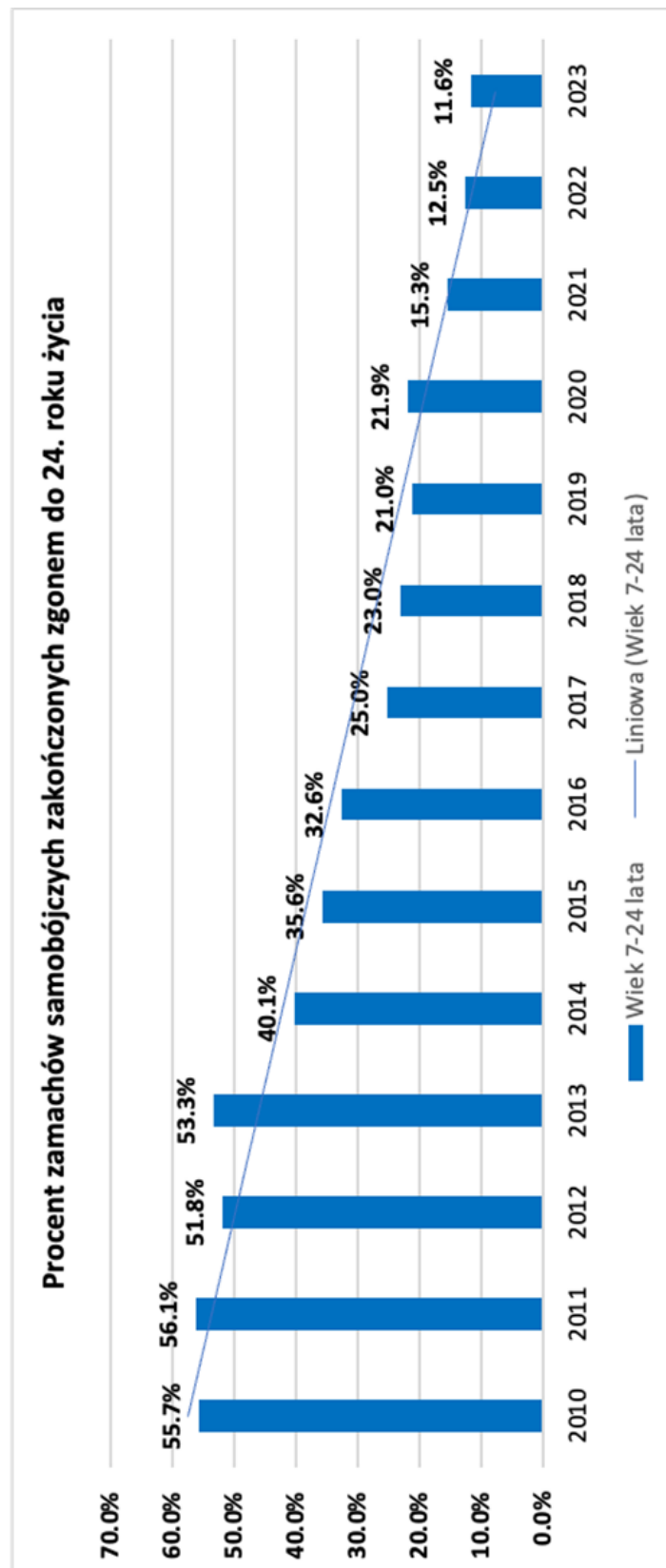
⁵⁵ Tamże.

⁵⁶ Tamże.

⁵⁷ Tamże.

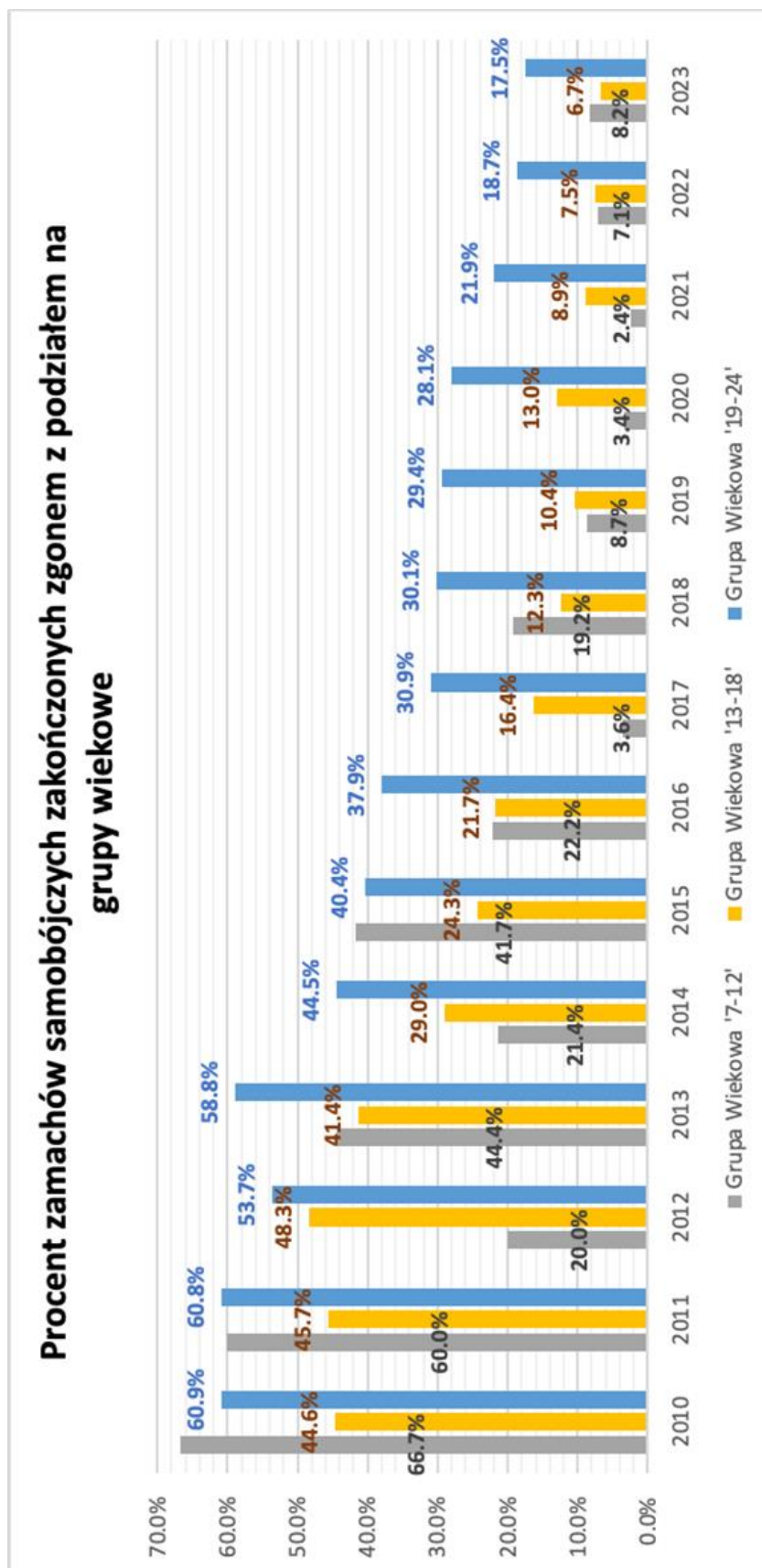
⁵⁸ K. Pujer, *Problemy nauk...*, dz. cyt., s. 50.

⁵⁹ E. Mazur, K. Łukasik, *Samobójstwa wśród...*, dz. cyt., s. 51.



Wykres 8. Procent zamachów samobójczych zakończonych zgonem do 24. roku życia

Źródło: Komenda Główna Policji.



Wykres 9. Procent zamachów samobójczych zakończonych zgonem z podziałem na grupy wiekowe

Źródło: Komenda Główna Policji.

Łącznie	Grupa Wiekowa '19-24'	Grupa Wiekowa '13-18'	Grupa Wiekowa '7-12'	Grupa Wiekowa '0-6'	
461	338	119	4	0	2010
435	321	111	3	0	2011
465	326	138	1	0	2012
602	454	144	4	0	2013
648	521	124	3	0	2014
555	436	114	5	0	2015
474	371	101	2	0	2016
469	353	115	1	0	2017
441	344	92	5	0	2018
458	360	94	4	0	2019
456	349	106	1	0	2020
471	344	125	2	0	2021
473	317	150	6	0	2022
449	304	138	7	0	2023

Tabela 5. Zamachy samobójcze zakończone zgonem z podziałem na wiek

Źródło danych: Komenda Główna Policji.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Łącznie	55,7%	56,1%	51,8%	53,3%	40,1%	35,6%	32,6%	25,0%	23,0%	21,0%	21,9%	15,3%	12,5%	11,6%
Grupa Wiekowa '19-24'	60,9%	60,8%	53,7%	58,8%	44,5%	40,4%	37,9%	30,9%	30,1%	29,4%	28,1%	21,9%	18,7%	17,5%
Grupa Wiekowa '13-18'	44,6%	45,7%	48,3%	41,4%	29,0%	24,3%	21,7%	16,4%	12,3%	10,4%	13,0%	8,9%	7,5%	6,7%
Grupa Wiekowa '7-12'	66,7%	60,0%	20,0%	44,4%	21,4%	41,7%	22,2%	3,6%	19,2%	8,7%	3,4%	2,4%	7,1%	8,2%
Grupa Wiekowa '0-6'	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 6. Procent zamachów samobójczych zakończonych zgonem z podziałem na grupy wiekowe

Źródło: Komenda Główna Policji.

1.5. Polska w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej

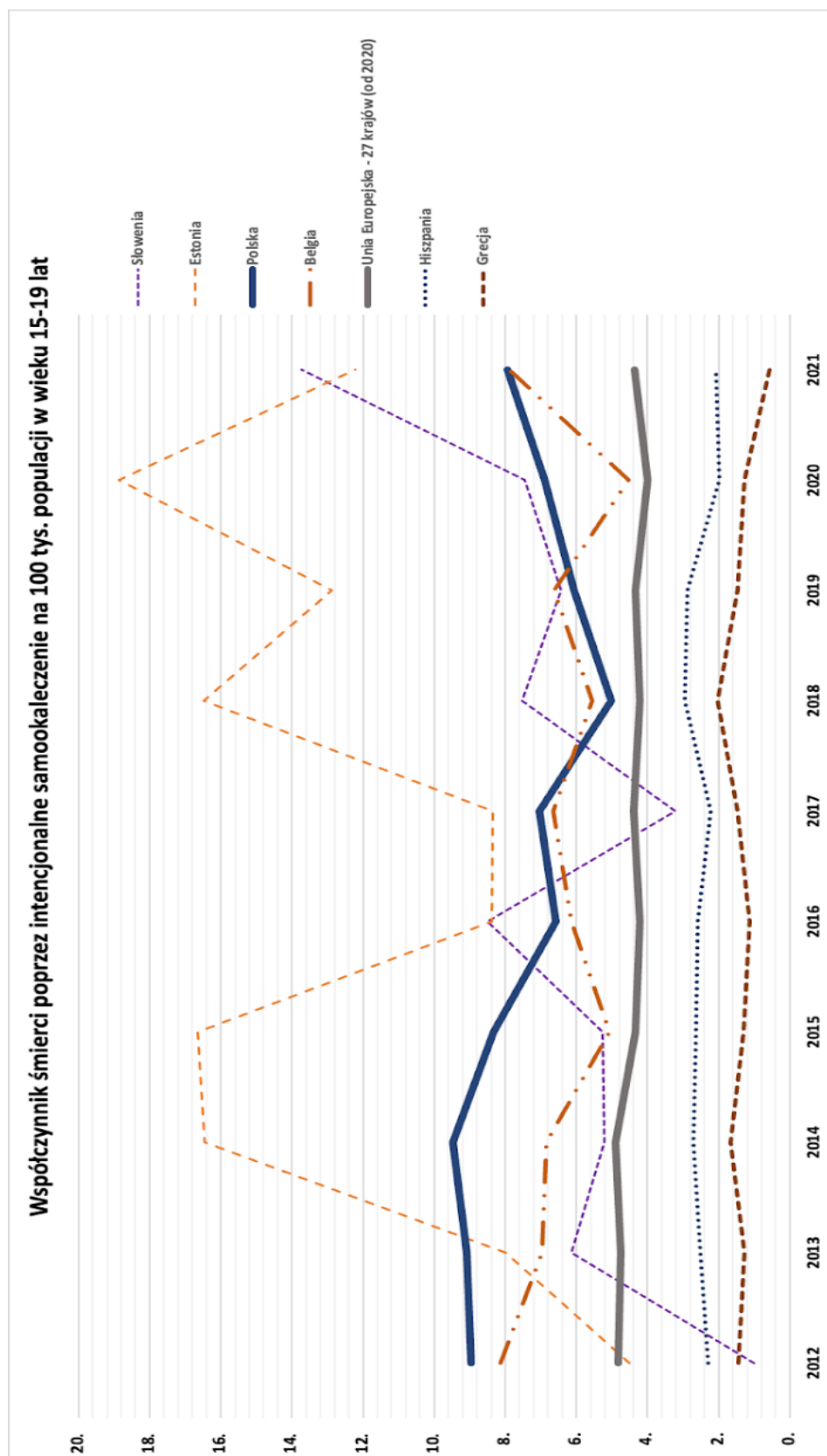
Według danych Europejskiego Urzędu Statystycznego dostępnych na oficjalnej stronie internetowej Unii Europejskiej (EUROSTAT), w latach 2012-2021, współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób wśród młodzieży w wieku 15-19 lat utrzymuje się na poziomie pomiędzy 4-5 osób w krajach Unii Europejskiej [Wykres 10, Tabela 7]. Według najnowszych dostępnych danych (z roku 2021), państwem, w którym doszło do

największej liczby zgonów w danym zakresie jest Słowenia, ze współczynnikiem równym 13.72. Do najmniejszej liczby zgonów doszło w Grecji, w której współczynnik wynosi 0,56 osoby na 100 tys. W Polsce w 2021 roku zginęło 7.95 na 100 tys. osób, umiejscawiając kraj ponad średnią europejską. W porównaniu z rokiem 2012, w którym współczynnik wyniósł 8.96, można zaobserwować lekką poprawę sytuacji. Należy jednak pamiętać, że dane dotyczą jedynie prób zakończonych zgonem, a nie prób samobójczych udanych jak i nieudanych.

Sytuacja prezentuje się nieco inaczej w przypadku grupy wiekowej 10-14 lat [Wykres 11, Tabela 8]. W latach 2012-2021, współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób w krajach Unii Europejskiej wynosił pomiędzy 0.53, a 0.83 [Wykres 11, Tabela 8]. Wskazuje to, iż w krajach Unii Europejskiej w latach 2012-2021 mniej niż 1 na 100 tys. osób w wieku 10-14 lat straciła życie w wyniku intencjonalnego samookaleczenia. Krajem o najwyższym współczynniku na rok 2021, wynoszącym 1.76, jest Szwecja, zaś krajem o najniższym współczynniku, 0.24, okazała się Austria. Na rok 2021, współczynnik w Polsce wyniósł 0.97, co umiejscawia kraj nieco ponad średnią europejską (Polska znajduje się ponad średnią europejską niezmiennie od 2012 roku).

W 2021 wskaźnik ten dla grupy wiekowej 5-9 lat wyniósł średnio w Unii Europejskiej w 0.01⁶⁰, i wszystkie kraje unijne miały ten wskaźnik zbliżony lub równy 0 (najwyższą wartość w 2021 roku miały Włochy: 0.04.). W 2012 roku współczynnik ten dla Unii Europejskiej (nie wliczając Wielkiej Brytanii) miał wartość 0.02 i w kolejnych latach wahał się między 0-0.02.

⁶⁰ Źródło danych: Eurostat.



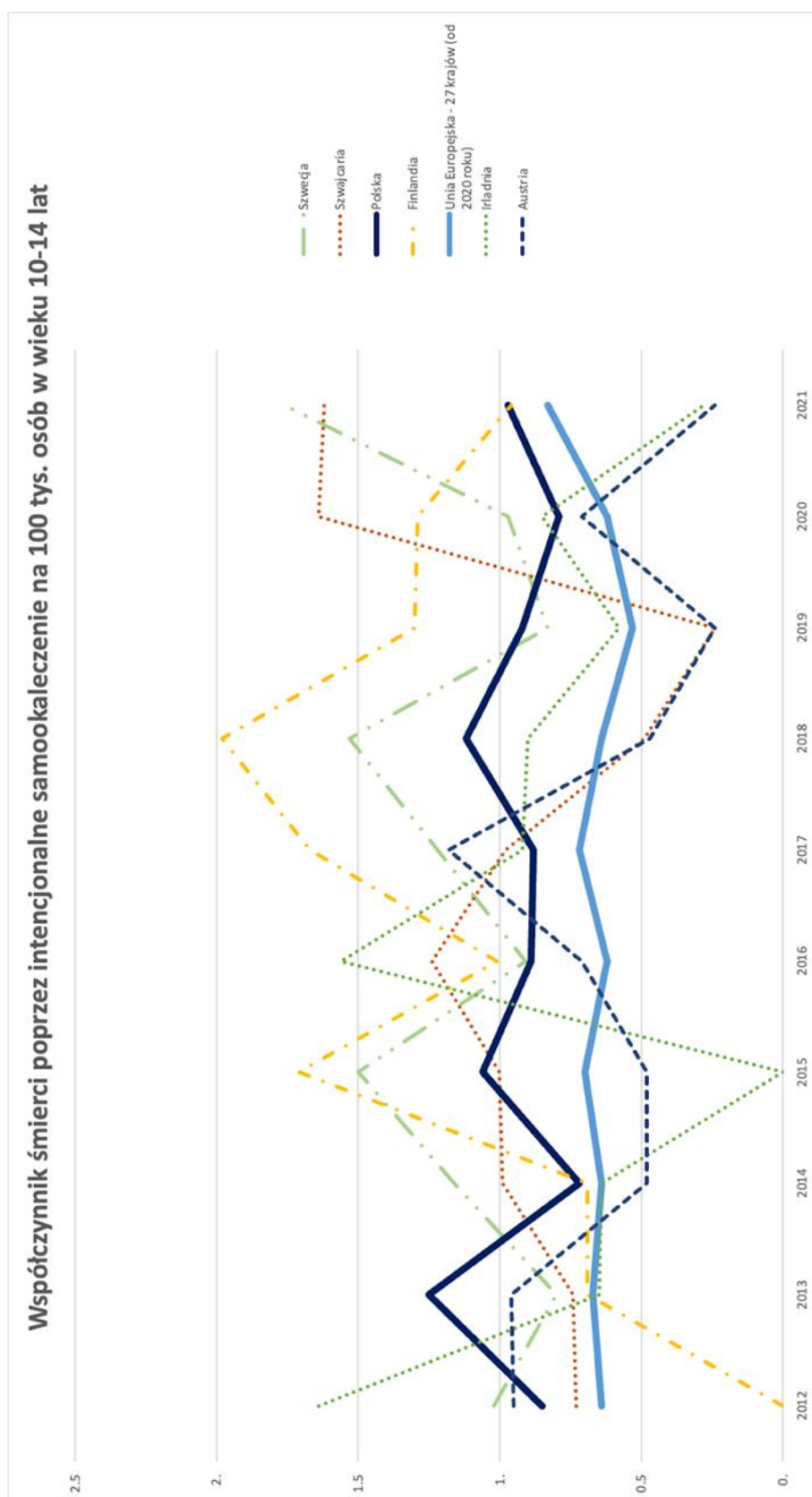
Wykres 10. Współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. populacji w wieku 15-19 lat

Źródło: Eurostat.

Czas						Słowenia		Estonia		Polska		Belgia		Unia Europejska – 27 krajów (od		Hiszpania		Grecja	
2012						1.01		4.52		8.96		8.14		4.82		2.29		1.45	
2013						6.14		7.98		9.08		6.96		4.76		2.51		1.28	
2014						5.21		16.45		9.48		6.84		4.9		2.7		1.66	
2015						5.27		16.64		8.33		5.07		4.35		2.63		1.31	
2016						8.5		8.37		6.57		6.15		4.21		2.59		1.12	
2017						3.21		8.35		7.03		6.65		4.39		2.23		1.48	
2018						7.53		16.47		5.03		5.55		4.23		2.96		2.02	
2019						6.43		12.89		6.06		6.62		4.34		2.87		1.46	
2020						7.46		18.86		6.9		4.54		3.99		1.98		1.28	
2021						13.72		12.22		7.95		7.89		4.37		2.07		0.56	

Tabela 7. Współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. populacji w wieku 15-19 lat.

Źródło: Eurostat.



Wykres 11. Współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób w wieku 10-14 lat

Źródło: Eurostat.

KRAJ							
	Szwecja	Szwajcaria	Polska	Finlandia	Unia Europejska – 27 krajów (od 2020 roku)	Irlandia	Austria
2012	1.02	0.73	0.85	0	0.64	1.64	0.95
2013	0.8	0.74	1.25	0.69	0.67	0.65	0.96
2014	1.16	0.99	0.72	0.69	0.64	0.64	0.48
2015	1.5	1	1.06	1.71	0.7	0	0.48
2016	0.91	1.24	0.89	1.01	0.62	1.56	0.71
2017	1.22	0.98	0.88	1.67	0.72	0.92	1.18
2018	1.53	0.49	1.12	1.98	0.64	0.9	0.47
2019	0.83	0.24	0.92	1.3	0.53	0.58	0.24
2020	0.97	1.64	0.79	1.29	0.62	0.85	0.71
2021	1.76	1.62	0.97	0.96	0.83	0.28	0.24

Tabela 8. Współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób w wieku 10-14 lat.

Źródło: Eurostat.

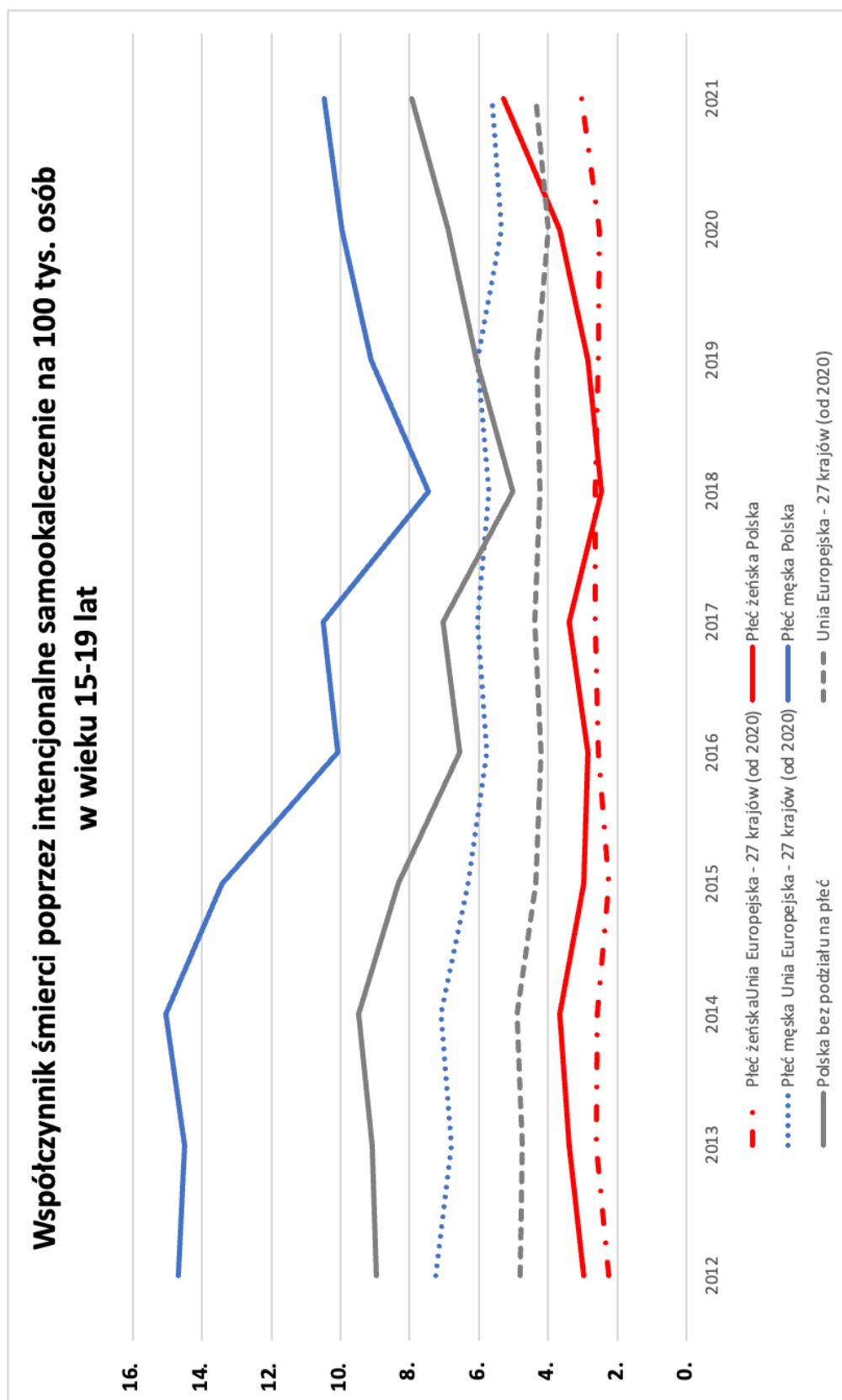
1.5.1. Polska w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej pod względem podziału na płeć

W Polsce w 2021 roku 5.29 na 100 tys. kobiet w wieku 15-19 dokonało samookaleczenia ze skutkiem śmiertelnym [Wykres 12., Tabela 9.]. W roku 2012 wskaźnik ten wyniósł 2.99 na 100 tys. kobiet i między rokiem 2012 i 2021 widać lekki trend wzrostowy dla tego wskaźnika w Polsce. Średnia dla Unii Europejskiej kształtowała się w 2021 roku na poziomie 3,05, a w 2012 roku 2,26 co również pokazuje trend wzrostowy w Unii Europejskiej. Jak widać na wykresie, Polska, oprócz 2018 roku, zawsze znajdowała się ponad średnią UE, a w 2021 roku wskaźnik ten jest 73,3% wyższy niż średnia.

W 2021 wskaźnik ten dla mężczyzn w Polsce wynosi aż 10,48 na 100 tys. mężczyzn i stanowi czwarty najwyższy wskaźnik wśród krajów Unii Europejskiej. W roku 2012 wskaźnik ten wynosił 14,67 na 100 tys. mężczyzn. W Polsce od 2013 do 2018 widoczny był znacznie spadkowy trend wskaźnika, lecz od 2019 do 2021 ten wskaźnik rósł.

Średnia dla Unii Europejskiej kształtowała się na poziomie 5,62 w 2021, a w 2012 wynosiła 7,26. Widoczny jest również średnio spadkowy trend w całej Unii Europejskiej.

Dla grupy wiekowej 10-14 lat, współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie wyniósł w 2021 roku w Polsce 1,2 na 100 tys. dla przedstawicieli płci żeńskiej oraz 0,76 na 100 tys. dla przedstawicieli płci męskiej. Sytuacja zmieniła się w porównaniu do 2012 roku, w którym współczynnik wyniósł odpowiednio: 0,44 na 100 tys. przedstawicieli płci żeńskiej oraz 1,24 na 100 tys. przedstawicieli płci męskiej [Wykres 13 i Tabela 10]. Wskazuje to, iż na 2021 rok współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie okazał się wyższy dla przedstawicieli płci żeńskiej. Co ciekawe, współczynniki dla obu płci wynosiły nieco powyżej średniej europejskiej, jednak od 2020 roku, współczynnik dla mężczyzn spadł poniżej owej średniej. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, iż dane współczynniki są na niewielkim poziomie i niezależnie od płci, od 2012 roku, żaden nie przekroczył progu 1,8 na 100 tys. osób.



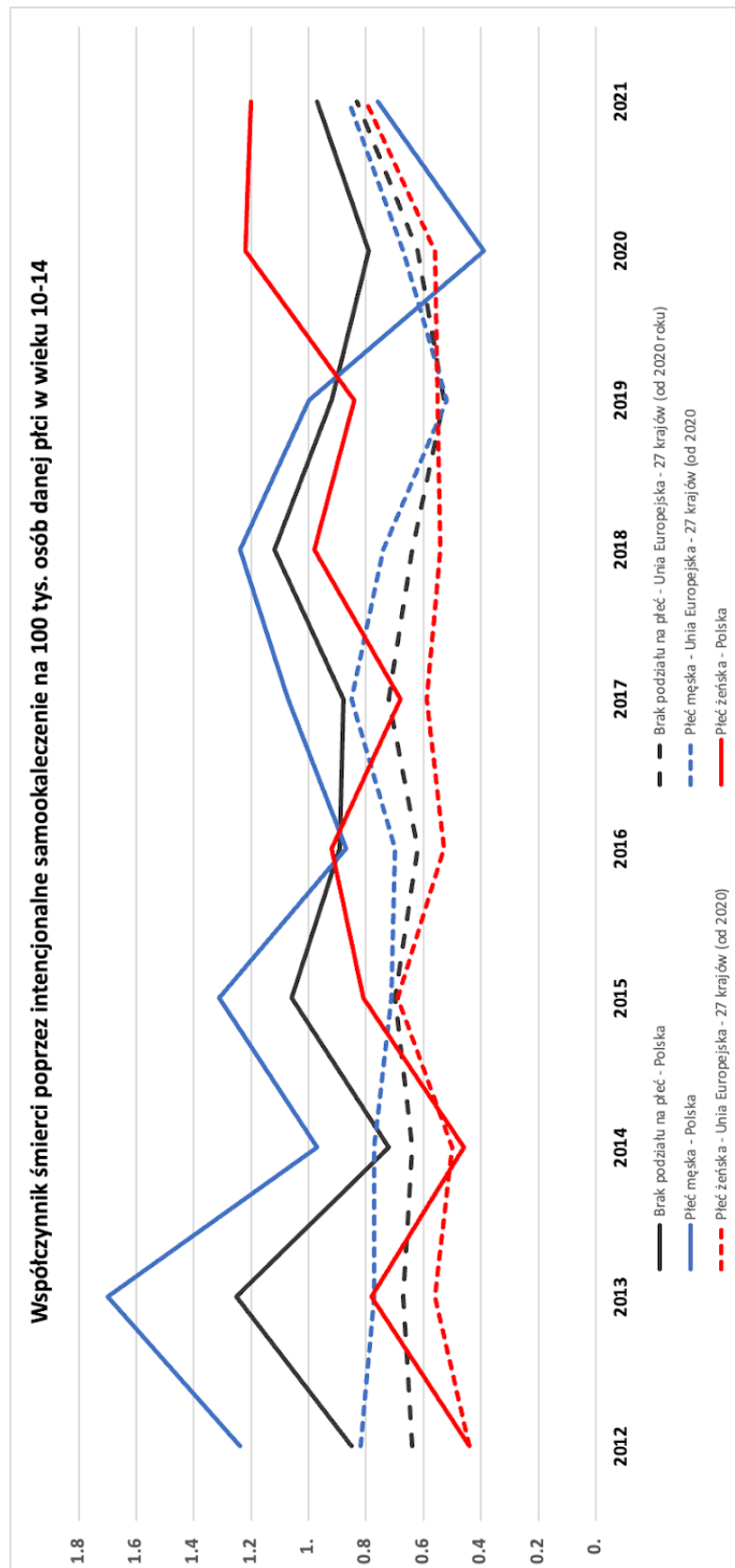
Wykres 12. Współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób w wieku 15-19 lat

Źródło: Eurostat.

Unia Europejska – 27 krajów (od 2020)	Polska bez podziału na płeć	Płeć męska Polska	Płeć męska Unia Europejska – 27 krajów (od	Płeć żeńska Polska	Płeć żeńska Unia Europejska – 27 krajów (od	Czas
4,82	8,96	14,67	7,26	2,99	2,26	2012
4,76	9,08	14,5	6,8	3,41	2,61	2013
4,9	9,48	15,03	7,11	3,67	2,58	2014
4,35	8,33	13,42	6,31	2,98	2,26	2015
4,21	6,57	10,09	5,76	2,86	2,56	2016
4,39	7,03	10,49	6,04	3,39	2,64	2017
4,23	5,03	7,46	5,7	2,47	2,65	2018
4,34	6,06	9,11	6,03	2,85	2,55	2019
3,99	6,9	9,96	5,35	3,68	2,53	2020
4,37	7,95	10,48	5,62	5,29	3,05	2021

Tabela 9. Współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób w wieku 15-19 lat z podziałem na płeć

Źródło: Eurostat.



Wykres 13. Współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób danej płci w wieku 10-14 lat

Źródło: Eurostat.

KRAJ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brak podziału na płeć – Polska	0,85	1,25	0,72	1,06	0,89	0,88	1,12	0,92	0,79	0,97
Brak podziału na płeć – Unia Europejska – 27	0,64	0,67	0,64	0,7	0,62	0,72	0,64	0,53	0,62	0,83
Płeć męska – Polska	1,24	1,7	0,97	1,31	0,87	1,07	1,24	1	0,39	0,76
Płeć męska – Unia Europejska – 27 krajów (od	0,82	0,77	0,77	0,71	0,7	0,85	0,74	0,52	0,67	0,86
Płeć żeńska – Unia Europejska – 27 krajów (od	0,44	0,56	0,5	0,69	0,53	0,59	0,54	0,55	0,56	0,8
Płeć żeńska – Polska	0,44	0,78	0,46	0,81	0,92	0,68	0,98	0,84	1,22	1,2

Tabela 10. Współczynnik śmierci poprzez intencjonalne samookaleczenie na 100 tys. osób w wieku 10-14 lat z podziałem na płeć

Źródło: Eurostat.

Dane przeanalizowane w tym raporcie przedstawiają szczegółową analizę statystyk wszystkich źródeł dostępnych w Polsce dotyczących prób samobójczych zakończonych i niezakończonych zgonem wśród dzieci i młodzieży pod wieloma płaszczyznami oraz analizę sytuacji na terenie Unii Europejskiej. Analiza literatury naukowej pozwala na zrozumienie szerszego obrazu problemu zachowań samobójczych wśród ludzi młodych i wyjaśnienie zaistnienia wielu tendencji zilustrowanych przez wykresy oraz tabele.

1.6. Bibliografia:

1. Oficjalny portal Policji: www.policja.pl
2. Strona internetowa Głównego Urzędu Statystycznego: www.stat.gov.pl
3. Oficjalna strona Europejskiego Urzędu Statystycznego: www.ec.europa.eu/eurostat
4. Bąbik A., Olejniczak D., *Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 13, no 2, 2014, <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/30/21> [dostęp: 29.05.2024].
5. De Walden-Gałuszko K., *Zarys psychopatologii ogólnej i psychiatrii*, Gdańsk 1999.
6. Naczelna Izba Kontroli, *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019). Informacja o wynikach kontroli NIK*, Warszawa 2020, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,22730,vp,25429.pdf> [dostępny: 1.06.2024].
7. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą 2017. Raport zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol.16, nr 1, Warszawa 2017.
8. Fala A.M., *Zwrot w modelach konsumpcji – 2. edycja raportu alkohol w Polsce*, Warszawa 2023, <https://pracodawcyrp.pl/storage/app/media/Co%20robimy/Raporty/zwrot-w-modelach-konsumpcji-online-1.pdf> [dostęp: 29.05.2024].
9. Główny Urząd Statystyczny, *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2023 roku*, Warszawa 2023, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2023-roku,7,20.html> [dostęp: 29.08.2024].
10. Gmitrowicz A., *Dlaczego powinniśmy rejestrować zachowania samobójcze?*, <https://www.gov.pl/documents/292343/436711/Dlaczego+rejestrowa%C4%87+zachowania+samo-b%C3%B3jcze.docx> [dostęp: 4.03.2024].
11. Kicińska L., Palma J., *Raport za lata 2012–2021. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży*, Warszawa 2021, https://backend.zwjrp.pl/media/attachments/Raport_za_lata_2012_2021_zachowania_samobojcze_mlodziemy_2_JVEHSu1.pdf [dostęp: 29.05.2024].
12. Kielan A., Olejniczak D., *Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyki”, vol. 17, no. 3, 2018, <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/680/536> [dostęp: 29.05.2024].

13. Litwin P., Glanc M., *Samobójstwa w 2023 roku. Analizujemy pełne dane policji*, Demagog.org.pl., 2023, https://demagog.org.pl/analizy_i_raporty/samobojstwa-w-2023-roku-analizujemy-pelne-dane-policji/ [dostęp: 29.05.2024].
14. Makara-Studzińska M., *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat*, „Psychiatria”, t. 10, nr 2, 2013, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/35886/25975> [dostęp: 29.05.2024].
15. Makaruk K., Włodarczyk J., Szredzińska R., *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii – raport z badań ilościowych*, Warszawa 2020, slajdy 35-36, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/e/500e0774b0109a6892ce777b0d8595f528adea62/Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.-Raport-z-badan-ilosciowych-1.pdf [dostęp: 29.05.2024].
16. Mazur E., Łukasik K., *Samobójstwa wśród młodzieży jako problem kryminologiczny*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia”, vol. 71, no. 1, 2024, s. 41-58, <https://journals.umcs.pl/g/article/view/16516/11553> [dostęp: 29.05.2024].
17. Pujer K., *Problemy nauk społecznych, humanistycznych, ekonomicznych. Konteksty i wyzwania*, Wrocław 2017.
18. *Raport z Badania stanu emocjonalnego uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w Polsce po nauce zdalnej w związku z COVID-19*, Profi Competence, Szczecin 2021.
19. Włodarczyk J., Makaruk K., Michalski P., Sajkowska M., *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci, Raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę*, Warszawa 2018, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/a/500aebc9b081441adf85491306a93ff093341566/Og%C3%B3lnopolska-diagnoza-skali-i-uwarunkowa%C5%84-krzywdzenia-dzieci_Wyniki-badania_2018.pdf [dostęp: 29.05.2024].
20. Rosa K., *(Nie)wiarygodność danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych. Perspektywa teoretyczna i praktyka społeczna*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 61, z. 2, 2012, <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-61f5e1db-0a70-4813-84ed-968a05e4d959> [dostęp: 4.07.2024].
21. Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø., *The reliability of suicide statistics: a systematic review*, „BMC Psychiatry”, 2012, vol. 12 nr 9, <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-12-9> [dostęp: 29.05.2024].
22. Witkowska H., Czabański A., Kicińska L., Łuba M., Palma J., Szczepaniak W., *Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych (wersja rozszerzona)*, Warszawa 2022, <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/wp-content/uploads/2022/09/standardydlugie.pdf> [dostępny: 1.06.2024].
23. Witkowska H., *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*, Warszawa 2021.
24. Witkowska H., Kicińska L., Palma J., Łuba M., *Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II Edycja Raportu na Podstawie Danych KGP i Serwisu www.zwjr.pl*, Warszawa 2024, https://backend.zwj.pl/media/attachments/Raport_zwjr_2024_Wo8JsWZ.pdf [dostęp: 29.05.2024].
25. World Health Organization, *Suicide: key facts*, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/suicide> [dostęp: 29.05.2024].

26. *Zamachy samobójcze*, Policja, [https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy -samobojcze](https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze) [dostęp: 29.05.2024].
27. Ziółkowska A., *Samobójstwa dzieci i młodzieży przed wybuchem II wojny światowej i obecnie – co się zmieniło, co pozostało bez zmian*, „Nowa kodyfikacja prawa karnego”, t. 55, 2020, https://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/117840/PDF/12_Ziolkowska_A_M_Samobojstwa_dzieci_i_mlodziezy_przed_wybuchem_II_wojny_swiatowej_i_obecnie.pdf [dostęp: 30.05.2024].

Część II

**Analiza wpływu rodziny, środowiska
szkolnego, mediów oraz innych
czynników społecznych na problem
samobójstw wśród dzieci oraz ocena
efektywności obecnie stosowanych
metod edukacji i społeczeństwa na temat
problemu samobójstw wśród dzieci**

Rozdział 2

Analiza przekazów medialnych, treści kampanii społecznych i prowadzonych aktualnie programów dotyczących wraz z odniesieniem do podpunktu o zapobieganiu samobójstwom – sporządzenie raportu (dane od 2010 roku). Opis sytuacji aktualnej – raport uwzględniający zmiany w okresie około pandemicznym i stan obecny

2.1. Wstęp

Prezentowany raport dotyczy analizy przekazów medialnych, treści kampanii społecznych oraz weryfikacji prowadzonych programów dotyczących zapobiegania samobójstwom wśród dzieci. Analizie poddano ww. elementy, na podstawie zweryfikowanego zbioru ok. 21 tys. przekazów medialnych, w okresie od roku 2010 do 2024 roku ze szczególnym uwzględnieniem okresu około pandemicznego oraz stanu obecnego. Celem przeprowadzenia analizy było zaprezentowanie jak najpełniejszego obrazu fluktuacji tematyki samobójstw wśród dzieci, młodzieży na przestrzeni wskazanych lat w szeroko rozumianym przekazie medialnym dostępnym w radiu, telewizji, prasie, social mediach itd. a także na podstawie prowadzonych w tym okresie kampanii społecznych. Raport został przygotowany z uwzględnieniem najbardziej istotnych aspektów wpływu wydarzeń, zmian w przestrzeni publicznej, jakie miały miejsce w kraju i na świecie, rzutujących na analizę badanego tematu.

W ramach przeglądu analizowanej bazy przekazów medialnych wyodrębniono szereg tematów, które stanowiły wielokrotnie powtarzające się odniesienie do różnych kwestii związanych z badaną tematyką w ramach pkt. 2 prezentowanego raportu. Wyodrębnione tematy stanowią odniesienie do treści informacyjnych przygotowanych przez dziennikarzy, ale także różnego rodzaju formy wywiadów, spotkań, wypowiedzi specjalistów, ekspertów w dziedzinie suicydologii.

Załącznikiem do prezentowanego pkt. 2.2 ww. raportu stanowi baza zbioru 21 tys. zweryfikowanych przekazów medialnych dotyczących prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci.

2.2. Analiza źródeł danych o próbach samobójczych i samobójstwach wśród dzieci w przekazach medialnych. Formuła efektu skali w tzw. newsie dziennikarskim

Istotną kwestią dotyczącą badanego tematu w analizowanych przekazach medialnych, rzutującą w sposób istotny na sposób wyrażania i formułowania przekazu, była kwestia odniesienia się do samych danych liczbowych dotyczących prób samobójczych jak liczby samobójstw wśród dzieci i nastolatków. Ten element miał istotny wpływ na liczbę ukazujących się artykułów, reportaży itp. przekazów medialnych z jednej strony (im większa liczba przypadków tym większe zainteresowanie mediów). Z drugiej zaś strony ww. liczba przypadków stanowiła tzw. efekt newsu podbijający „atrakcyjność” informacji prezentując np. wykreowany przez dziennikarzy na początku 2024 roku stan tzw. „epidemii samobójstw” wśród dzieci.

Warto podkreślić, iż sama kwestia danych stanowiła element szerokiej dyskusji w temacie ich poprawności i wiarygodności prezentowanych przez różnego rodzaju instytucje (Główny Urząd Statystyczny, Komenda Główna Policji) w badanym okresie. Istotny pozostaje fakt, o czym rzadko informowały w swych przekazach media, iż w rejestrach policji nie ma informacji o próbach samobójczych, o których „nikt nie wiedział”, a tak bardzo często się dzieje, kiedy mówimy o próbach samobójczych dzieci i nastolatków.

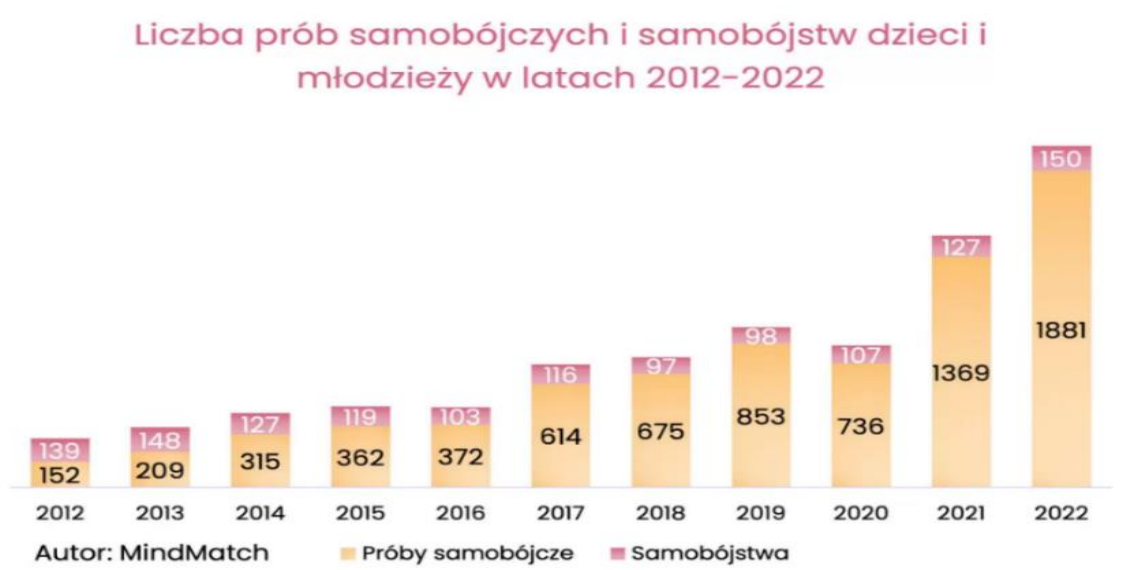
Ponadto nie trafiają tam też próby samobójcze, o których wiedzą tylko rodzice lub o których specjaliści dowiadują się w późniejszym czasie. Warto również podkreślić, iż w 2013 i 2017 roku nastąpiła, o czym rzadko dowiadujemy się w analizowanych przekazach medialnych, zmiana w zakresie sposobu gromadzenia ww. danych przez Policję. Jedynie w wypowiedziach niektórych specjalistów zostało podkreślone, iż ww. zmiana wpłynęła w bardzo istotny sposób na kwestię prezentowanych danych przez Policję (w 2013 roku zmienił się sposób gromadzenia i generowania danych statystycznych dotyczących zamachów samobójczych przez Policję. W 2017 roku zmieniony został formularz KSIP 10 oraz rozszerzono zakres gromadzonych ww. danych).

W przypadku danych prezentowanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) możemy jedynie mówić o analizie kart zgonu ze szpitali, na których bazuje sam Urząd. Jeśli więc ktoś chciał popełnić samobójstwo, zatruwając się jakąś substancją i w wyniku tego trafił do szpitala, ale umarł przez powikłania dwa tygodnie później, to niekoniecznie taka śmierć jest klasyfikowana jako samobójstwo przez GUS.

Częściej lekarze raportują, że była to np. niewydolność jakiegoś narządu, bo często sami nie wiedzą, dlaczego pacjent trafił na oddział. Ponadto samobójstwo popełniane przez rzucenie się pod samochód jest często klasyfikowane jako wypadek komunikacyjny – a te są najczęstszą przyczyną zgonów wśród polskich nastolatków (podobnie na kolei samobójstwo kwalifikowane jest jako wypadek na kolei). Należy w tym miejscu podkreślić, iż bardzo rzadko w analizowanych materiałach, przekazach medialnych pojawiały się informacje wyjaśniające ww. kwestie.

Ponadto warto również podkreślić, iż w analizowanych przekazach medialnych różnorodność prezentowanych danych nt. prób samobójczych czy też samych samobójstw była niekiedy bardzo dowolna bez odniesienia się do właściwych i potwierdzonych źródeł, z których same dane pochodziły. Powodowało to niekiedy przypadki, w których w przekazach

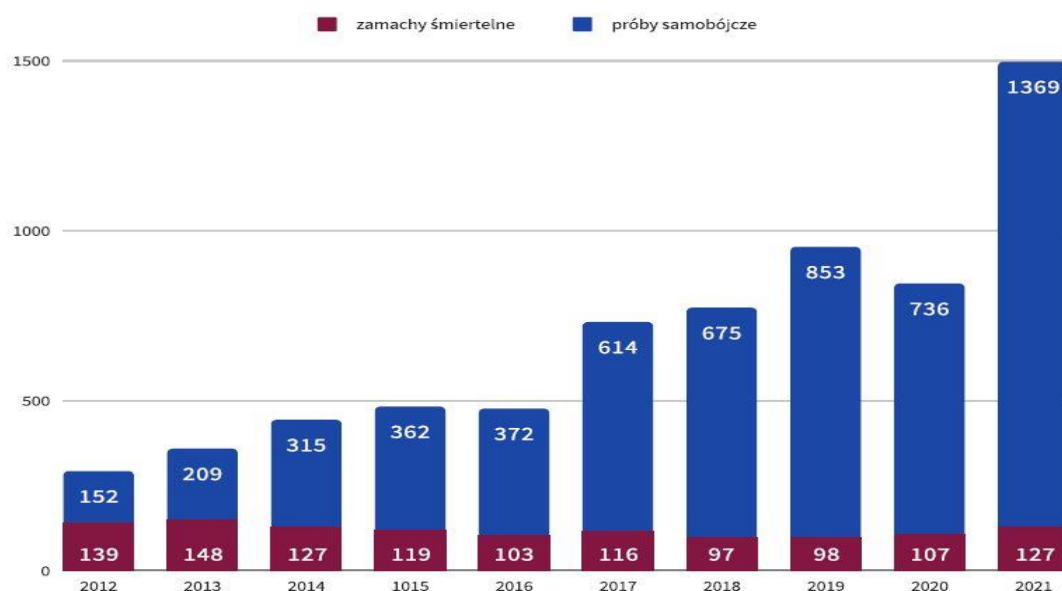
medialnych dla jednych następował wzrost liczby prób samobójczych zaś w innych artykułach już, w tym samym czasie, ogłaszano spadek liczby ww. przypadków.



Wykres 1. Liczba prób samobójczych i samobójstw dzieci i młodzieży w latach 2012-2022

Źródło: <https://mindmatch.pl/porady/statystyki-samobojstw-w-polsce-dzieci-mlodziezy-rekord> [dostęp: 30.10.2024].

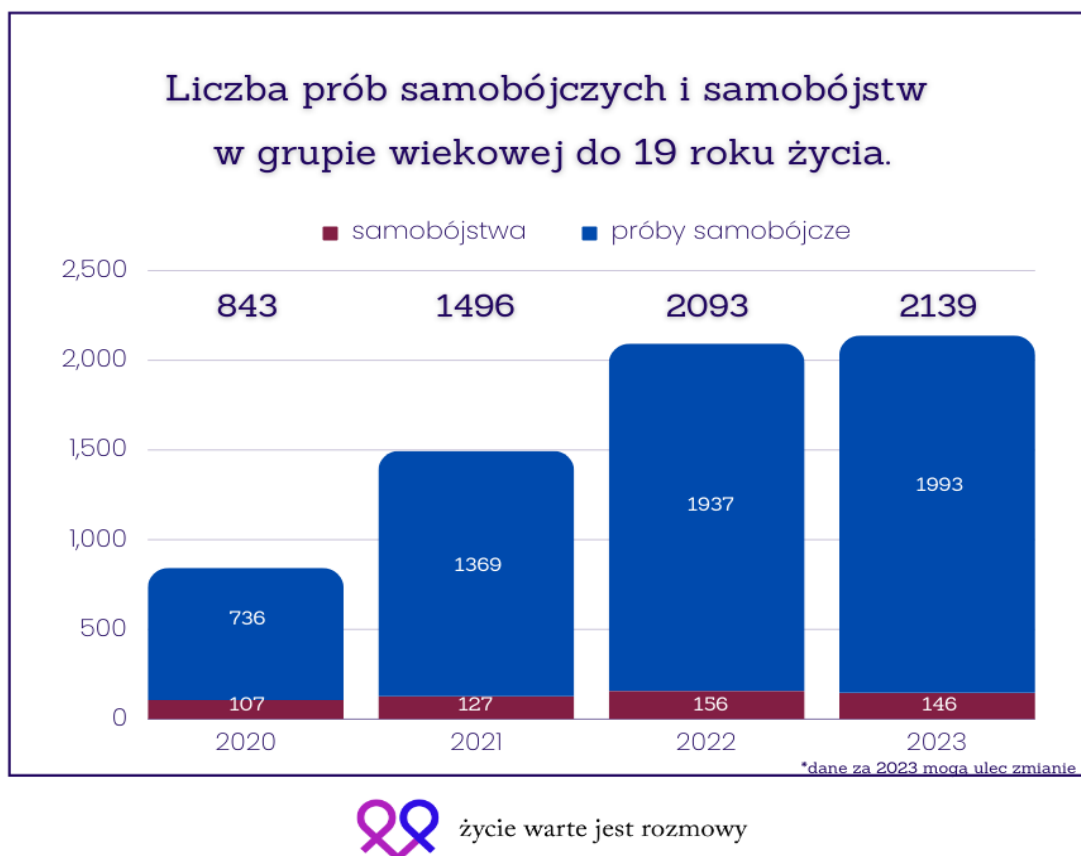
Poniżej prezentowane są przykładowe dane, z różnych źródeł, prezentujące m.in. liczbę prób samobójczych lub liczbę samobójstw wśród dzieci. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż prezentowane niekiedy dane wymagają bardziej szczegółowego zaprezentowania (szerszego opisu kontekstu) o czym wielokrotnie zapomniano przeklejując niekiedy informacje w różnego rodzaju artykułach.



Wykres 2. Liczba prób samobójczych niezakończonych śmiercią oraz zamachów śmiertelnych wśród osób do 18. Roku życia w latach 2012-2021

Źródło: *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012-2021*, s. 5.

Chcąc zrozumieć dynamikę jak i charakter przekazów medialnych w badanym okresie należy przede wszystkim odnieść się do prezentowanych statystyk w mediach obrazujących skalę prezentowanego tematu. Nakładając na ten element różnego rodzaju wydarzenia, sytuacje jakie miały miejsce w badanym okresie można przeanalizować, jak zwiększało się lub też malało zainteresowanie mediów prezentowaną tematyką. Wprost proporcjonalnie pokazuje to liczba ukazujących się materiałów oraz samo zainteresowanie tą tematyką przez dziennikarzy czy też opinią publiczną w social mediach. Przykładem tego typu podejścia do analizy tematu jest np. istotny wzrost liczby przekazów dotyczących kwestii samobójstw wśród dzieci w 2017 roku wynikający z pojawiania się tzw. gry Niebieski Wieloryb (celem gry jest ukończenie pięćdziesięciu zadań, które są wyznaczane przez tzw. opiekuna. Zadania te w ostateczności miały prowadzić do samobójstwa) czy też „podbiciem” przez media tej tematyki po ukazaniu się statystyki wzrostu liczby samobójstw na początku 2023 roku po okresie tzw. postpandemicznym.

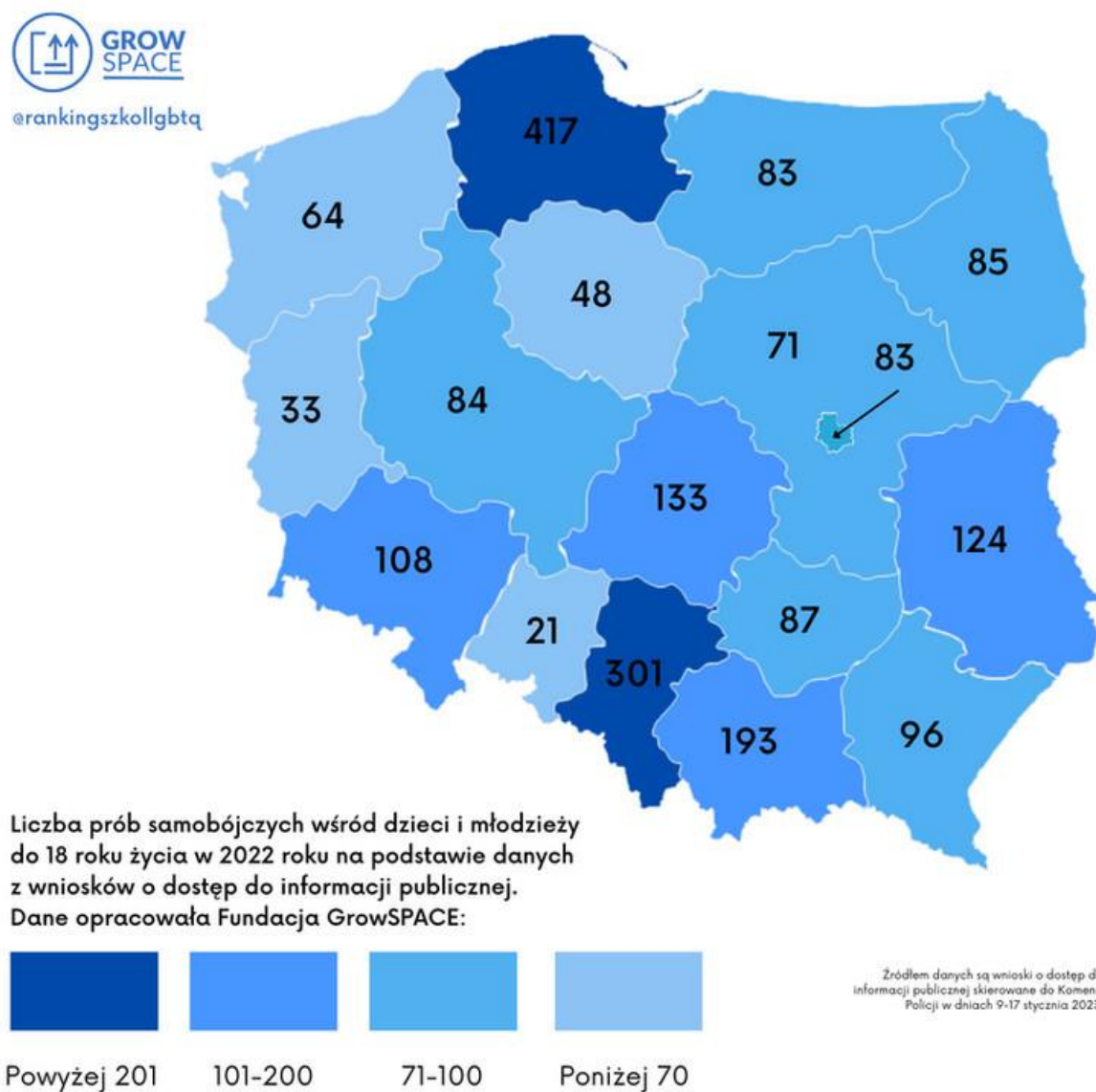


Wykres 3. Liczba prób samobójczych i samobójstw w grupie wiekowej do 19 roku życia

Źródło: www.termedia.pl/wartowiedziec/Nie-mamy-epidemii-samobojstw-wsrod-dzieci,54548.html [dostęp: 11.08.2024]

Warto również podkreślić, iż o tragicznych sytuacjach, które odnosiły się do śmierci dziecka w wyniku samobójstwa w przekazach medialnych mieliśmy wielokrotnie, w badanym okresie, pojedyncze publikacje, wzmianki w mediach (szczególnie lokalnych) o zaistniałej sytuacji. Natomiast w przypadku ww. przykładów czy też samych kampanii społecznych realizowanych w 2016 roku czy 2023 roku (których tak naprawdę jednym z celów było

zwrócenie uwagi mediów na tą tematykę) temat ten „rozgrzewały media” podbijając tym samym liczbę przekazów dotyczącej tej tematyki w przestrzeni medialnej. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku, gdy liczba prób samobójczych czy też samobójstw w jednym województwie, regionie stanowczo odbiegała swą liczbą od reszty kraju podbijając tym samym zainteresowanie tym tematem.



Wykres 4. Liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży do 18 roku życia w 2022 roku na podstawie danych z wniosków o dostęp do informacji publicznej

Źródło: Fundacja GrowSPACE alarmuje, że dramatycznie rośnie liczba prób samobójczych wśród najmłodszych. Najnowsze dane – Głos Nauczycielski [dostęp: 1.08.2024].

2.3. Sposoby formułowania przez dziennikarzy przekazów medialnych nt. samobójstw wśród dzieci

Bardzo ciekawym obszarem tematu samobójstw wśród dzieci jest sama kwestia sposobu jego prezentowania (kreacji tematu) przez media w tym przez dziennikarzy, ekspertów czy też szeroko rozumianych twórców przekazów medialnych. Analizując różne formy przekazu medialnego w badanym okresie należy zwrócić uwagę na kilka aspektów.

Po pierwsze bardzo ważne jest, aby we właściwy sposób mówić o problemie. Nie może to być narracja w charakterze skandalu i taniej sensacji, bo to tylko może przyczynić się do zwiększenia liczby prób samobójczych i samobójstw. Odnosząc się w tym miejscu do ww. kwestii, biorąc pod uwagę analizowane treści artykułów w wyznaczonym okresie, należy podkreślić, iż sposoby prezentowania tematu ulegały zmianie na osi czasu. Zmiany te wynikały m.in. z faktu prowadzenia różnego rodzaju kampanii społecznych (np. prowadzonych w 2016 i 2023 roku) mającymi w dużym stopniu swój edukacyjny charakter również dla samych dziennikarzy. Równie istotnym wpływem na sposób formułowania przekazu o samobójstwach był szeroki przekaz „głosu ekspertów”, który wybrzmiał szczególnie w okresie postpandemicznym, dając tym samym impuls do szeregu publikacji w latach 2021-2023.

Kolejny element wielokrotnie prezentowany w przekazach medialnych w badanym okresie to niekiedy nieodpowiedzialne informowanie o takich przypadkach poprzez popularyzowanie konkretnych miejsc, w których dochodziło do prób samobójczych czy też samobójstw. Ten sposób informowania wielokrotnie pojawiał się w przekazach lokalnych mediów poszukujących niekiedy „sensacji” niż rzetelnego informowania o samym temacie.

Skrajnie nieodpowiedzialnym sposobem informowania o samobójstwach wśród dzieci były przekazy informujące, wręcz prezentujące szczegóły dotyczącego samego samobójstwa. Formułowanie tzw. recepty na samobójstwo szczególnie często było przedmiotem osobistych opowieści prezentowanych przez osoby, które doświadczyły próby samobójczej. Taka forma przekazu stanowi pewną formę poszukiwania sensacji nie zaś o kwestii przekazu informacji.

Obok pojawiających się, na szczęście incydentalnie, ww. przekazów medialnych formułowane były również właściwie, rzetelnie konstruowane przez dziennikarzy komunikaty obejmujące m.in. z jakiej grupy wiekowej lub środowiskowej pochodzi ofiara, a przede wszystkim jak można pomóc osobom w kryzysie samobójczym.

Warto również odnieść się do formułowania przez dziennikarzy tzw. newsów, mających treścią swych nagłówków zainteresować jak największą liczbę osób. „Czarne statystyki”, „Znów padł rekord”, „Straszne dane” – to tylko niektóre z nagłówków, które obieły media na początku 2024 roku. Należy zwrócić uwagę na sposób, w jaki media informowały o problemie samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Warto podkreślić, iż w Polsce nie było epidemii samobójstw. Tak samo jak nie było „wielkiej katastrofy” i „czarnych statystyk”. Każde z tych określeń w przekazach medialnych było nieprawdziwe, a także niezgodne z rekomendacjami suicydologów dotyczącymi informowania o zachowaniach samobójczych.

Analizując zbiór przygotowanych przekazów medialnych należy podkreślić, iż nieprawidłowe formy przekazu medialnego mogą wywołać efekt Wertera, czyli de facto przyczynić się do wzrostu prób samobójczych. Warto w tym miejscu podkreślić, iż media powinny odchodzić od sensacyjnego tonu i w przekazach na temat kryzysów psychicznych skupiać się na wskazywaniu rozwiązań, a nie na epatowaniu, jak zła jest sytuacja – nawet jeśli

jest⁶¹. Stąd lepiej jest, gdy prasa mówi o problemie, a nie o tym, że samobójstwo było rozwiązaniem czyichś problemów.

Wśród pozytywnych aspektów związanych z formułowaniem przekazów medialnych warto odnotować, analizując przekazy medialne szczególnie po 2021 roku, informowanie o wszelkiego rodzaju możliwościach uzyskania wsparcia i pomocy, numerach telefonów i miejscach do których każde dziecko poszukujące pomocy może się zwrócić, uzyskać wsparcie, być wysłuchanym. Element ten coraz bardziej zaczął wypierać bardzo niepokojący przekaz obecny w mediach od lat (przekaz tak naprawdę formułowany przez same media), że osoby w kryzysie nie mają się do kogo zwrócić, muszą czekać na wizytę u specjalisty wiele miesięcy czy wręcz lat, że sytuacja jest beznadziejna co tak naprawdę potrafiło skutecznie (mając do czynienia wielokrotnie z takim przekazem medialnym) zniechęcić do szukania takiej pomocy.

Równie istotnym elementem, który zaczął być obecny w przekazach medialnych szczególnie po 2021 roku, była kwestia formułowana przez specjalistów informacji w zakresie czynników ryzyka i symptomów jakie mogą stanowić pierwszy element sugerujący o depresji w jakiej dziecko mogło się znaleźć. Poniższa tabela obrazuje szczegółowo przekazywane najczęściej w mediach ww. elementy.

Indywidualne	Związane ze szkołą	Związane z rodziną
Rozmowy o śmierci	Odrzucenie od społeczności klasowej	Przemoc i konflikty rodzinne
Porządkowanie spraw, oddawanie swoich rzeczy	Konflikty z nauczycielami, rówieśnikami	Brak opieki rodziców lub nadmierna troska
Fascynowanie się osobami, które popełniły samobójstwo	Zmiana szkoły, klasy	Zbyt duże lub zbyt małe wymagania ze strony rodziców
Unikanie towarzystwa, samotność	Przemoc ze strony grupy, nauczyciela	Rozwód w rodzinie
Niedbanie o swój wygląd, higienę	Wagary	Próby samobójcze w rodzinie
Problemy ze snem, nadmierna senność	Problemy uczuciowe, zerwanie z chłopakiem/dziewczyną	Brak czasu dla dziecka, brak zainteresowania dzieckiem
Nieradzenie sobie z emocjami		Uzależnienia w rodzinie
Utrata kogoś bliskiego		Śmierć rodzica, rodzeństwa
Niechciana ciąża		Zła sytuacja finansowa rodziny
Poważna choroba		Częste przeprowadzki
Kłęska żywiołowa		Choroby somatyczne rodziców

⁶¹ Podręcznik dla osób wypowiadających się w mediach, zwjr.pl/artykuly/poradnik-dla-osob-wypowiadajacych-sie-w-mediach, [dostęp:19.08.2024].

Indywidualne	Związane ze szkołą	Związane z rodziną
Próby samobójcze w wywiadzie		Depresja w rodzinie, choroby psychiczne w rodzinie
		Rodzina zastępcza

Tabela 1. Wpływ pandemii Covid-19 na zamachy samobójcze wśród dzieci i młodzieży – porównanie statystyk z lat 2013-2021. Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży

Źródło: K. Ruszel, R. Dubel, A. Czekaj, N. Namroży, J. Dubel, H. Pieciewicz-Szczęsna, Wpływ pandemii Covid-19 na zamachy samobójcze wśród dzieci i młodzieży – porównanie statystyk z lat 2013-2021. Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(7), s. 357-365, DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.07.034>

Warto również odnieść się do informacji, jaką w przekazach medialnych, prezentowano w temacie stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i formułowania przez dziennikarzy odpowiedzialnego opisywania zachowań samobójczych w mediach. Poruszając ten temat WHO uznaje, iż należy przestrzegać zasad bezpiecznego informowania, które szczegółowo opisane są w Rekomendacjach dla dziennikarzy, powstałych dzięki Programowi Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Jest to tym bardziej istotne, gdy w mediach porusza się temat związany z zachowaniami samobójczymi dzieci i młodzieży, ponieważ to właśnie ta grupa wiekowa jest najbardziej narażona na naśladownictwo i „efekt Wertera”. Najbardziej niebezpieczną i szkodliwą narracją jest łączenie doniesień o wzroście zachowań samobójczych z brakiem dostępu do miejsc, gdzie można uzyskać pomoc w kryzysie psychicznym. Tak poprowadzona narracja zniechęca do szukania pomocy i odbiera nadzieję na jej uzyskanie, zwłaszcza osobom, które takiego kryzysu obecnie doświadczają⁶².

2.4. Okres okołopandemiczny i jego wpływ na samobójstwa wśród dzieci w przekazach medialnych

Obok okresów, w których w przekazach medialnych pokazywało się szereg treści związanych z prowadzonymi kampaniami społecznymi, równie istotny dla ww. tematyki był okres pandemii i czas okołopandemiczny. Należy podkreślić, iż nastąpił wówczas istotny wzrost przekazów medialnych dotyczących analizowanej tematyki.

Czas pandemii spowodował wzrost problemów i zaległości w nauce. Zaległości w nauce i trudności w ich przezwyciężeniu są silnie powiązane ze stresem szkolnym i słabą kondycją psychiczną młodzieży. Źródłem problemu było nie tyle samo zdalne nauczanie, co kolejne zmiany trybu nauczania ze stacjonarnego na zdalny i odwrotnie. Znaczna część uczniów nie potrafi się dobrze zaadaptować do takich zmian. W najtrudniejszej sytuacji znaleźli się uczniowie, którzy nie byli w stanie przezwyciężyć problemów adaptacyjnych o własnych siłach, a zarazem nie mogli liczyć na wsparcie najbliższego otoczenia. Z taką formą przekazu

⁶² Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II Edycja Raportu Na Podstawie Danych Komendy Głównej Policji i Serwisu Pomocowego WWW.ZWJR.PL.

sytuacji jaka zaistniała w tym czasie w kraju mieliśmy do czynienia w szeregu artykułach, wywiadach ze specjalistami ukazującymi się bardzo szeroko w tym czasie.

Bardzo istotnym elementem wpływającym na liczbę ukazujących się w tym czasie przekazów medialnych miał oczywiście odnotowywany skokowo wzrost liczby prób samobójczych czy też samobójstwa wśród dzieci. I ten fakt stanowił jeden z głównych tematów przekazu większości artykułów w tym czasie napędzając niejako „spiralę zainteresowania” mediów tą tematyką.

Równie istotnym elementem przekazów medialnych, podkreślanym przez ekspertów, w tym okresie był czynnik przymusowej lub zalecanej izolacji, który wpłynął pośrednio na kwestię badanego tematu. Przymusowe odosobnienie, początkowo promowane jako „dystans społeczny”, doprowadziło do redukcji kontaktów i osłabienia więzi społecznych. Zastosowane na całym świecie środki dystansu fizycznego w znacznym stopniu ograniczyły możliwości młodych ludzi do angażowania się w bezpośrednie kontakty społeczne, osłabiły interakcje z rówieśnikami oraz pogłębiły fizyczny dystans rówieśniczy. W okresie kwarantanny dzieci przebywające w domach były szczególnie narażone na obciążenia psychiczne. Była to konsekwencja zamknięcia szkół, ograniczenia aktywności fizycznej, praktykowania nieprawidłowych zasad żywienia i rytmu dobowego związanego ze snem – co wielokrotnie podkreślano było w przekazach medialnych.

W okresie pandemii wybrzmiewało, w różnego rodzaju formułowanych wypowiedziach w mediach, wiele zdarzeń o charakterze zaniedbań wobec dzieci, przemocy domowej i wyzysku. Pandemia stworzyła również, idealne środowisko dla osób wykorzystujących dzieci przez Internet. Dzieci i młodzież spędzały przed komputerami wiele czasu, często bez jakiegokolwiek kontroli osób dorosłych. W ten sposób mogły stać się łatwiejszym celem dla przestępców uwodzących i wykorzystujących dzieci przez Internet. Wszystkie te ww. elementy miały wpływać na różnego rodzaju sytuacje prób samobójczych czy też samobójstw wśród dzieci i młodzieży, co wybrzmiewało w wielu przekazach medialnych formułowanych przez ekspertów w tym okresie.

Warto podkreślić, iż niektóre dzieci są szczególnie narażone na negatywne skutki pandemii. Dotyczy to szczególnie tych z ubogich środowisk oraz cierpiących na choroby czy zaburzenia psychiczne oraz dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Konieczność zamknięcia i kwarantanny uniemożliwiała dzieciom wizyty u lekarzy psychiatrów oraz utrudniały proces psychoterapii. Wprowadzona możliwość terapii on-line nie zawsze spotykała się z aprobatą młodzieży, która mniej chętnie uczestniczyła w tej formie terapii. Osoby z niepełnosprawnościami w czasie, gdy pozamykane były szkoły specjalne, nie miały możliwości uczestniczenia w nauczaniu. Zajęcia on-line dla tych dzieci często nie były możliwe.

Bardzo istotnym elementem okresu pandemii, który wpłynął zdaniem wielu specjalistów tego tematu, na wzrost zachowań samobójczych wśród dzieci, był sam fakt przeniesienia się funkcjonowania młodych ludzi do środowiska, jakim stał się dla nich Internet, który oprócz szkoły i domu rodzinnego stanowił równoważną przestrzeń codziennego spędzania czasu. Do najważniejszych czynników bezpośrednich związanych z Internetem zaliczono kwestię

m.in. ekspozycji treści związane z zachowaniami samobójczymi (filmy, seriale, gry, doniesienia medialne, treści w mediach społecznościowych)⁶³.

Okres pandemii, obok swoich negatywnych skutków miał również pewne pozytywne aspekty wpływający na analizowany temat o czym mogliśmy dowiedzieć się w niektórych przekazach medialnych. Dla wielu rodzin czas pandemii stał się okresem, w którym przewartościowano swoje priorytety, na pierwszym miejscu stawiając zdrowie, ceniąc rodzinę i relacje społeczne. Wspólne spędzanie czasu, brak pośpiechu sprzyjały bliskości rodzinnej. W pewnych wymiarach zdalna edukacja stworzyła okazję do efektywniejszego uczenia się. Pojawiły się możliwości wprowadzania bardziej elastycznych rozwiązań, zindywidualizowanego tempa pracy, spersonalizowanego podejścia, wykorzystania atrakcyjniejszych metod pracy i narzędzi oceniania postępów. Edukacja w domu u części uczniów mogła zmniejszać stres związany z nauką, ekspozycją społeczną, przemocą rówieśniczą. Wrażliwi uczniowie lepiej radzili sobie w czasie edukacji w domu niż na zajęciach w szkole. Brak presji rówieśniczej i stresu wynikającego z bycia ocenianym przez kolegów i koleżanki z klasy stwarzały korzystniejsze warunki do nauki. Znacznie lepiej zaczęli funkcjonować uczniowie określani jako „bardziej wycofani”, „nieśmiali”, „mniej aktywni”, „wyobcowani”. Zauważono wzrost ich aktywności podczas lekcji, większą koncentrację na nauce oraz poprawę wyników.

Podsumowując okres pandemii w przekazach medialnych to przede wszystkim duże wzrosty prób samobójczych wśród dzieci. Należy również stwierdzić, iż w 2022 roku zaczęło się sporo dziać wokół tego tematu. Krajowy Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym realizowany w ramach Ministerstwa Zdrowia, ponadto sporo kampanii edukacyjnych dotyczących pierwszej pomocy emocjonalnej, czyli jak zauważyć kryzys u dziecka. A od 2021 roku uruchomiona została kampania społeczna w ramach, której działał serwis Życie Warto jest Rozmowy. Warto podkreślić, że również przekazy medialne informujące nt. wprowadzenie nowego modelu, jeżeli chodzi o psychiatrię dzieci i młodzieży – w ramach centrów zdrowia psychicznego, ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej, miejsc pomocy dla dzieci w kryzysie emocjonalnym.

2.5. Wpływ wojny na Ukrainie na liczbę samobójstw wśród dzieci w Polsce

Wpływ wybuchu wojny na Ukrainie na wzrost lub też spadek liczby prób samobójczych, czy też samobójstw był różnie formułowany – co warto podkreśli – w analizowanych przekazach medialnych.

Wojna na Ukrainie i przybycie uchodźców do naszego kraju nie spowodowały negatywnych skutków psychicznych u młodzieży. Przeciwnie, empatia wobec uchodźców i mobilizacja społeczna skierowana na pomoc przyczyniły się do poprawy kondycji psychicznej niektórych grup młodzieży. Poprawa kondycji psychicznej w okresie po wybuchu wojny na Ukrainie została zaobserwowana w szczególności wśród młodszych dziewcząt (ze szkół podstawowych) oraz wśród młodzieży z położonej wzdłuż granic z Ukrainą i Białorusią „ściany

⁶³ Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II Edycja Raportu Na Podstawie Danych Komendy Głównej Policji i Serwisu Pomocowego WWW.ZWJR.PL.

wschodniej” (w odróżnieniu od młodzieży z innych regionów Polski)⁶⁴. Taką opinię, z jednej strony, możemy napotkać w przekazach medialnych w analizowanym okresie. Z drugiej zaś strony, można było uzyskać informacje o skrajnie przeciwnej opinii formułowanej w mediach nt. wpływu konfliktu na Ukrainie na poziom samobójstw czy też prób samobójczych wśród dzieci w Polsce. Brak poczucia bezpieczeństwa, wojna za granicami kraju, rosnący niepokój społeczny, kryzysy światowe. Specjaliści wskazywali na tzw. „syndrom podłego świata”, który szczególnie miałyby dotyczyć młode pokolenie w badanym okresie.

Warto w tym miejscu podnieść temat, który stosunkowo rzadko był podejmowany w przekazach medialnych po 2022 roku a mianowicie kwestii prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci ukraińskich przebywających w Polsce. Wydaje się, że tego tematu niema lub też bardzo rzadko pojawia się w przekazach medialnych. Fakt ten wynikać może również z braku szczegółowych informacji, statystyk na ten temat.

2.6. Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży. Programy zapobiegania samobójstwom wśród dzieci

W przekazach medialnych w 2020 roku pojawiło się szereg informacji nt. wprowadzenia przez Ministerstwo Zdrowia modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego na trzech poziomach referencyjności. Wprowadzony model miał na celu świadczenie pomocy młodym pacjentom i ich rodzinom jak najwcześniej i jak najbliżej miejsca zamieszkania. Jego celem było niedopuszczenie do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego pacjenta zaś z drugiej strony miał on zapobiec ewentualnej hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym, która jest często trudnym doświadczeniem dla młodej osoby i jej rodziny. Proponowany kierunek zmian był zgodny z obecnymi tendencjami kształtowania systemów ochrony zdrowia psychicznego w innych krajach europejskich oraz zgodny z międzynarodowymi rekomendacjami.

Media odnotowały, iż w ramach ww. reformy w Polsce powstało 161 Centrów Zdrowia Psychicznego, w tym 82 z oddziałami dziennymi, gdzie świadczona jest pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna. Taki też ww. przekaz możemy odnaleźć w szeregu artykułów pojawiających się w 2020 roku w zakresie tzw. trzech poziomów referencyjnych.

I poziom referencyjny

- Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży
- Zespół Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży

⁶⁴ *Młodzież w niestabilnym świecie*, raport Instytutu Profilaktyki Zintegrowanej, ipzin.org/raport-instytutu-profilaktyki-zintegrowanej-mlodziez-w-niestabilnym-swiecie/, [dostęp: 22.08.2024].

II poziom referencyjny

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży:

- Wariant nr 1 – poradnia zdrowia psychicznego, w której realizowane są świadczenia ambulatoryjne przez lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, psychologów oraz psychoterapeutów,
- Wariant nr 2 – poradnia zdrowia psychicznego oraz oddział dzienny z zatrudnionym lekarzem psychiatrą, w których realizowane są odpowiednio świadczenia ambulatoryjne i dzienne przez lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, psychologów, psychoterapeutów i terapeutów zajęciowych.

III poziom referencyjny

Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej:

- Izba przyjęć (przyjęcia nagłe – najczęściej związane ze stanem zagrożenia zdrowia lub życia (nie jest wymagane skierowanie) oraz przyjęcia w trybie planowym (wymagane jest skierowanie ważne 14 dni),
- Całodobowy oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży,
- Edukacja kadry medycznej (rezydentury, szkolenia).

Często powtarzaną informacją, która pojawiła się w różnego rodzaju przekazach medialnych w 2021 roku była informacja o przyjęciu 30 marca 2021 roku przez Radę Ministrów Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025. W NPZ w ramach celu operacyjnego 3 – w części Zapobieganie Zachowaniom Samobójczym zaproponowany został katalog zadań z zakresu zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Celem realizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym jest skuteczna profilaktyka i zmniejszenie liczby zachowań samobójczych w Polsce dzięki:

- zwiększeniu dostępu do pomocy dla osób w kryzysie samobójczym,
- zwiększeniu kompetencji osób udzielających pomocy,
- wdrożeniu programów profilaktycznych skierowanych do różnych populacji,
- ograniczeniu dostępu do metod popełnienia samobójstwa,
- poprawie monitorowania prób samobójczych i samobójstw,
- prowadzeniu odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych,
- prowadzeniu badań naukowych,

- współpracy z mediami oraz rozpoczęciu monitoringu mediów w zakresie podejmowania przez nie tematyki zachowań samobójczych⁶⁵.

Warto podkreślić, iż cel ten miał być ponadto rozwijany poprzez prowadzenie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych, w tym monitorowanie mediów, stosowanie zaleceń specjalistów np. suicydologów, specjalistów zdrowia publicznego, w opracowywaniu materiałów informacyjnych i innych przekazów o charakterze medialnym przez instytucje publiczne oraz media publiczne.

Wśród konkretnych punktów programu wspomnianych wyżej ujęte zostały następujące zagadnienia:

- rola dziennikarzy i mediów w zapobieganiu zachowaniom samobójczym;
- efekt Wertera i efekt Papageno;
- możliwość praktycznego wykorzystania Rekomendacji dotyczących informowania o zachowaniach samobójczych;
- założenia i struktura prawidłowo skonstruowanej informacji na temat zachowań samobójczych;
- analiza danych KGP i GUS na temat zachowań samobójczych;
- celowość tworzenia w redakcjach wewnętrznej polityki przygotowywania materiałów dot. zachowań samobójczych;
- możliwe konsekwencje i sposoby przeciwdziałania wtórnej traumatyzacji w zawodzie dziennikarza; podstawowe informacje o zachowaniach samobójczych – definicje, dane statystyczne grupy ryzyka;
- etiologia zachowań samobójczych – czynniki ryzyka i czynniki ochronne, charakterystyka stanu presuicydalnego;
- fałszywe przekonania i stereotypy dotyczące zachowań samobójczych; zjawisko identyfikacji z ofiarami samobójstw lub z osobami po próbach samobójczych skutkujące naśladowaniem ich zachowań.

Do realizacji ww. zadań wyznaczony został, w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Warto również przy tym temacie wspomnieć o informacjach jakie pokazały się w mediach w 2020 roku nt. programu Kompleksowej Opieki Terapeutycznej (KOT). Program realizowany w ramach reformy systemu opieki psychiatrycznej małoletnich zakładał, iż pomoc powinna być udzielana szybko i możliwie blisko miejsca zamieszkania. Powstała też specjalna, trójpoziomowa struktura: 1) terapeuci, 2) lekarze psychiatry dzieci i młodzieży, 3) stacjonarny

⁶⁵ Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, www.zapobiegajmysamobojstwom.pl/o-projekcie/ [dostęp: 19.08.2024].

szpital psychiatryczny. Wszystkie trzy elementy w założeniu programu miały współpracować ze sobą a pomiędzy nimi miała występować ścisła komunikacja⁶⁶.

2.7. Gdzie znaleźć pomoc? Jakie informacje znajdziemy w przekazach medialnych?

Bardzo istotnym elementem analizowanych przekazów medialnych była zamieszczana, w zależności od skrupulatności i rzetelności „warsztatu dziennikarskiego”, informacja o źródłach znalezienia pomocy i wsparcia psychologicznego przez dzieci. Wśród nich najczęściej wymienianymi źródłami, gdzie można uzyskać fachową i bezpłatną pomoc psychologiczną są następujące numery telefonów:

- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży (całodobowo) 116 111;
- Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka (całodobowo) 800 12 12 12;
- Linia wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego (całodobowo) 800 70 2222;
- Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” (całodobowo) 800 12 00 02;
- Infolinia pomocowa dla dzieci, młodzieży i ich opiekunów (całodobowo) 800 080 222;
- Telefon Zaufania dla Osób Dorosłych w Kryzysie Emocjonalnym 116 123;
- Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci 800 100 10;
- Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji 22 594 91 00;
- Policyjny Telefon Zaufania 800 12 02 26⁶⁷.

Ponadto wśród najczęściej podawanych, w przekazach medialnych, miejsc w których dzieci mogą uzyskać pomoc wymieniano:

- szkolne gabinety pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży,
- ośrodki interwencji kryzysowej,
- ośrodki pomocy społecznej,
- powiatowe centra pomocy rodzinie,
- oraz szereg organizacji pozarządowych wspierających dzieci w kryzysie.

⁶⁶ Durajczyk K., *Samobójstwo jest najczęstszą przyczyną śmierci nastolatków w Polsce – szokujące dane*, www.doz.pl/czytelnia/a18049-Samobojstwo_jest_najczestsza_przyczyna_smierci_nastolatkow_w_Polsce_-_szokujace_dane [dostęp: 23.08.2024].

⁶⁷ Portal Twarze Depresji, *Ważne telefony – gdzie szukać pomocy?*, www.twarzedepresji.pl/wazne-telefony-szukac-pomocy/ [dostęp: 20.08.2024].

Warto również odnotować, iż na początku 2022 roku w przekazach medialnych szeroko rozgorzała dyskusja nt. braku finansowania przez Rząd tzw. telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży – numeru telefonu 116 111. Wokół tego tematu pojawiło się szereg informacji medialnych m.in. w kwestii petycji do premiera w zakresie przywrócenia finansowania działalności telefonu⁶⁸.

2.8. Najczęściej wymieniane w mediach symptomy zagrożenia samobójczego występujące u dzieci

Analizując treści różnych form przekazów medialnych w badanym okresie należy parę słów odnieść do kwestii symptomów zagrożenia samobójczego jakie w przekazach medialnych były formułowane najczęściej przez specjalistów, ekspertów tego tematu. Wśród nich możemy wyszczególnić takie elementy jak:

- długotrwałe zmiany nastroju – przygnębienie, utrata spontaniczności, większa płaczliwość, niepokój lub ciągłe rozdrażnienie, większa skłonność do konfliktów i wybuchów;
- wyraźne zmiany sposobu odżywiania się (szczególnie odmowa jedzenia) lub snu (bezsenność, trudności z rozbudzeniem się rano);
- odmowa przyjmowania lekarstw lub – przeciwnie – domaganie się ich większej dawki;
- trudności z koncentracją, rozkojarzenie przypominające nieobecność;
- niechęć do rozmów, spotkań towarzyskich, wycofywanie się z kontaktu z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi, nieobecności w szkole lub pracy;
- utrata zainteresowania rzeczami i sprawami, które do tej pory były ważne;
- wzrost impulsywności, nagłe akty agresji lub autoagresji;
- sięganie po substancje psychoaktywne lub nasilenie ich używania;
- odrzucanie pomocy, poczucie osamotnienia i opuszczenia przez innych;
- poczucie bezradności i braku wiary w możliwość rozwiązania problemów czy poradenia sobie z trudnościami;
- deprecjonowanie i oskarżanie siebie, poczucie winy, poczucie bycia złym człowiekiem i ciężarem dla innych;
- skargi na nieustanne zmęczenie i towarzyszące im poczucie braku energii, siły i niemocy;
- wypowiadanie komunikatów wprost lub nie wprost o beznadziejności lub bezsensie życia, o śmierci, myślach i planach samobójczych;

⁶⁸ Polska Agencja Prasowa, *Telefon zaufania dla dzieci bez rządowej dotacji. "Nie rozumiemy tej sytuacji"*, www.wiadomosci.radiozet.pl/polska/Telefon-zaufania-dla-dzieci-i-mlodziezy-bez-rzadowej-dotacji.-Nie-rozumiemy-tej-sytuacji?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwrKu2BhDkARIsAD7GBosrQEIRDl41ES6AV9YWvgTDu9xlrQ3l3xTxJFxfjG0DztDLXcg1X4w0aAouGEALw_wcB [dostęp: 19.08.2024].

- przesyłanie w wiadomościach, zamieszczanie na komunikatorach internetowych i portalach społecznościowych zdjęć, filmików oraz opisów dotyczących autodestrukcji;
- poszukiwanie informacji dotyczących sposobów odebrania sobie życia;
- gromadzenie leków, potrzebnych przedmiotów czy narzędzi do odebrania sobie życia;
- pożegnania, przygotowywanie listów, sporządzanie testamentu, porządkowanie i „domykanie” różnych spraw⁶⁹.

Warto zaznaczyć, iż ww. przykłady były wielokrotnie powtarzane w szeregu analizowanych przekazach medialnych. Stanowiły wskazówkę, informację dla interpretacji i zrozumienia sygnałów zagrożeń samobójczych wśród nastolatków.

2.9. Aktualny opis sytuacji prezentowanych w przekazach medialnych. Stan obecny

Temat samobójstwa wśród dzieci prezentowany w przestrzeni medialnej szczególnie w okresie pandemii (czy też w latach około pandemicznych) w obecnych przekazach medialnych tj. w latach 2023/2024 jest nadal „aktywny” z uwagi na szereg elementów, które zostały uwypuklone w okresie pandemii a które wpływają na aktualny stan tego tematu.

Po pierwsze w przekazach medialnych możemy odnaleźć wielokrotnie przekazywaną informację, iż po pierwszy raz od trzech lat w 2023 roku odnotowano spadek, jeżeli chodzi o liczbę samobójstwa w grupie dzieci i młodzieży na poziomie 7% Natomiast w kwestii prób samobójczych media informowały, iż ich liczba wzrosła, jednak o niewielką skalę na poziomie ok. 2,9%. Porównując ją do skokowego, 86% wzrostu prób samobójczych w 2021 roku w porównaniu z rokiem poprzednim oraz wobec 41% wzrostu w 2022 roku wobec roku 2021, możemy mieć powody do ostrożnego optymizmu⁷⁰.

Innym elementem tematu, obecnym w mediach w tym czasie, była informacja nt. decyzji parlamentu o przekazaniu 3 miliardów złotych na psychiatrię i onkologię dziecięcą. Zgodnie z decyzją posłów pieniądze powinny zostać przeznaczone przede wszystkim na dalszy rozwój pomocy środowiskowej i ambulatoryjnej, wsparcie profilaktyki i psychoedukacji, zwiększenie finansowania oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży dziennych i całodobowych, ze szczególnym naciskiem na tworzenie nowych miejsc na oddziałach, a także kształcenie specjalistów.

Warto również odnieść się do przekazu ekspertów tematu, który prezentowany był w mediach jako podkreślenie obecnej sytuacji w przypadku prób samobójczych u dzieci. To przede wszystkim efekt pandemii widoczny w rosnącej sprzedaży alkoholu, nasileniu problemu przemocy domowej, rosnącej liczbie rozwodów i osłabieniu kontaktów społecznych,

⁶⁹ Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II Edycja Raportu Na Podstawie Danych Komendy Głównej Policji i Serwisu Pomocowego WWW.ZWJR.PL

⁷⁰ Polska Agencja Prasowa, *W 2023 r. mieliśmy o 7 proc. mniej samobójczych śmierci dzieci i młodzieży niż w roku poprzednim*, www.pap.pl/mediaroom/w-2023-r-mielismy-o-7-proc-mniej-samobojczych-smierci-dzieci-i-mlodziezy-niz-w-roku [dostęp: 20.06.2024].

wynikających również m.in. z faktu, iż funkcjonowanie online przełożyło się na rozluźnienie więzi i samotność⁷¹.

W szeregu artykułach możemy napotkać również informacje nt. wyników najnowszych badań dotyczących stanu emocjonalnego młodzieży. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja jest czwartą najpoważniejszą chorobą na świecie i jedną z głównych przyczyn samobójstw. Eksperci przewidują, że do 2030 roku stanie się także pierwszą najczęściej diagnozowaną jednostką chorobową na świecie. Globalnie choruje na nią aż 350 mln osób, w Polsce – 4 mln. – Eksperci WHO szacują, że depresja dotyka 20% osób poniżej 18. roku życia. Tymczasem badanie przeprowadzone w maju 2020 roku pokazywało, że w kraju już 30% nastolatków towarzyszyły objawy epizodu depresyjnego⁷².

2.10. Rekomendacje środowiska ekspertów w analizowanym temacie w różnych formach przekazów medialnych

Obok szeregu wypowiedzi ekspertów tematu nt. potrzeby rozwiązania problemu rosnącej fali prób samobójczych, jak i samobójstwa wśród dzieci, można w różnego rodzaju przekazach medialnych, odnaleźć szereg rekomendacji, pomysłów w zakresie tzw. „uzdrowienia sytuacji”. Warto podkreślić, iż wspomniane propozycje „środowiska” wybrzmiewały szczególnie w okresach prowadzonych kapania społecznych, ale także w okresie pandemii i skokowego wzrostu liczby prób samobójczych, czy też samobójstw wśród dzieci w latach 2020-2023. Wśród wielu formułowanych postulatów warto wymienić kilka najczęściej powtarzanych w przekazach medialnych przez ekspertów tematu. Wśród nich były m.in.

- wzmocnienie działań mających na celu edukację społeczeństwa w zakresie rozpoznawania kryzysów emocjonalnych i suicydalnych oraz adekwatnego reagowania na nie;
- podnoszenie kompetencji nauczycieli w zakresie rozpoznawania i reagowania na kryzys emocjonalny uczniów;
- wyposażanie szkolnych specjalistów w wiedzę i umiejętności wspierania uczniów w kryzysie emocjonalnym i samobójczym, w tym przygotowywania dostosowań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb uczniów, a także pracy z ich rodzicami;
- rozwijanie umiejętności rodziców w zakresie rozpoznawania i reagowania na kryzysy w życiu dzieci i młodzieży, a także rozwijanie wiedzy dotyczącej wsparcia w systemie edukacyjnym oraz ochrony zdrowia;

⁷¹ Portal Medycyna Praktyczna, *Efektom pandemii może być fala samobójstw wśród nastolatków*, www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/261786,efektem-pandemii-moze-byc-fala-samobojstw-wsrod-nastolatkow [dostęp: 25.08.2024].

⁷² Klinger K., Otto P., *W pandemii pękły mechanizmy obronne. Rośnie liczba prób samobójczych*, www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/8294038,pandemia-koronawirusa-liczba-prob-samobojczych.html [dostęp: 19.08.2024].

- prowadzenie działań profilaktycznych w obszarze przemocy rówieśniczej (fizycznej i psychicznej), zażywania substancji psychoaktywnych, nadużywania nowych technologii;
- kontynuowanie działań mających na celu zapewnienie oferty ogólnodostępnej specjalistycznej pomocy dla dzieci i młodzieży w ramach reformy psychiatrii;
- wspieranie organizacji oraz instytucji udzielających bezpłatnej i anonimowej pomocy (świadczonej przez ekspertów) osobom w kryzysie suicydalnym i ich bliskim;
- upowszechnianie zasady pierwszej pomocy emocjonalnej, która, tak samo jak pierwsza pomoc przedmedyczna, może uratować czyjeś życie;
- odpowiedzialne informowanie przez media o zachowaniach samobójczych w przestrzeni publicznej i przestrzeganie przez nie rekomendacji przygotowanych przez ekspertów;
- informowanie o miejscach i telefonach pomocowych, pod którymi można otrzymać bezpłatne wsparcie w kryzysie psychicznym;
- prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych zachęcających do korzystania z pomocy psychologicznej;
- finansowanie badań nad czynnikami ryzyka podejmowania zachowań samobójczych, w tym wpływu internetu na dynamikę tego zjawiska;
- nawiązywanie współpracy z twórcami kultury (reżyserami, pisarzami, muzykami), aby włączyli się w zapobieganie zachowaniom samobójczym dzięki przestrzeganiu rekomendacji dotyczących bezpiecznego prezentowania zachowań samobójczych i wywołaniu „efektu Papageno”⁷³.

Warto zaznaczyć, iż formułowane przez ekspertów rekomendacje niezależnie od czasu, w którym były prezentowane w mediach pozostają aktualne do dziś. Stanowią one potwierdzenie potrzeby intensywnej pracy nad tematem, ale przede wszystkim sygnał potrzeby wypracowania systemowego, spójnego, ogólnopolskiego „narzędzia” wsparcia dla dzieci i młodzieży w kryzysie suicydalnym.

2.11. Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom – odniesienie do prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci

Analizując tematykę przekazów medialnych nt. kwestii prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci, warto wspomnieć o obchodzonym od 2003 roku w dniu 10 września Światowym Dniu Zapobiegania Samobójstwom. Przekazom medialnym wokół tego dnia każdego roku towarzyszy szereg artykułów dotyczących ww. tematyki. Szczególnie istotnym elementem

⁷³ Polska Agencja Prasowa, *Ekspert o wsparciu osób w kryzysie samobójczym: najważniejsza jest pierwsza pomoc emocjonalna*, www.pap.pl/aktualnosci/ekspert-o-wsparciu-osob-w-kryzysie-samobojczym-najwazniejsza-jest-pierwsza-pomoc-0 [dostęp: 19.08.2024].

poruszonym w szeregu przekazach medialnych jest m.in. kwestia przekazu informacji o źródłach pomocy w kryzysie emocjonalnym⁷⁴.

2.12. Wpływ kampanii społecznych na przekazy formułowane w mediach w analizowanym okresie

Odnosząc się do prowadzonych kampanii społecznych w badanym okresie należy szczególnie zwrócić na kilka z nich, które prawdopodobnie były najszerzej zakrojone i w analizowanym okresie dotarły do największego grona odbiorców. Na wyróżnienie zasługują kampanie: „Zobacz znikam” prowadzona w 2016 roku oraz kampania społeczna z 2023 roku. „Życie Warto Jest Rozmowy” (stanowiąca rozszerzenie działania kampanii z 2018 roku). Niemniej jednak, należy podkreślić, że na przestrzeni lat pojawiło się wiele kampanii społecznych i edukacyjnych skierowanych do różnych grup wiekowych i społecznych dotyczących problematyki samobójstw.

2.12.1. Kampania społeczna – „Zobacz znikam”

Fundacja Zobacz...JESTEM zainicjowała kampanię „Zobacz... ZNIKAM” zwracającą uwagę na problem samobójstw wśród nieletnich. „Zobacz... ZNIKAM” miała uczyć, obalać mity i stereotypy na temat destrukcyjnych zachowań młodzieży i dzieci oraz promować pozytywne wzorce zachowań społecznych uwrażliwiające na problemy młodych. Swoją kampanią Fundacja Zobacz... JESTEM chciała stabilizowany temat samobójstw wśród nieletnich nagłośnić, by uświadamiać i skutecznie móc im przeciwdziałać⁷⁵.

⁷⁴ Rządowy serwis GOV.PL, *Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom*, www.gov.pl/web/psse-swidwin/swiatowy-dzien-zapobiegania-samobojstwom, [dostęp: 25.08.2024].

⁷⁵ Kampania społeczna „Zobacz...ZNIKAM”, www.watchit.org.pl/kampania-zobacz-znikam/ [dostęp: 25.08.2024].



Jeden dzień – wart całe życie



Zobacz JESTEM
237 subskrybentów

Subskrybuj



189



Udostępnij



Zapisz



Rycina 1. Kadr z filmu „Jeden dzień – wart całe życie”

Źródło: <https://www.youtube.com/watch?v=vt3dWfBtuCU> [dostęp: 22.10.2024].

W ramach kampanii „Zobacz... ZNIKAM” powstał spot wideo pt. „Jeden dzień – wart całe życie”, w którym zaprezentowano przeplatające się nieme sceny obecności i nieobecności dziecka w rodzinie, w której doszło do samobójstwa. Zdanie na końcu spotu, że „rodzice dzieci, które popełniły samobójstwo oddaliby wszystko, by móc spędzić z nimi choćby jeden dzień” jest zderzone z apelem „bądź blisko – jeden dzień wart całe życie” i sugestywnie namawia do uważnej obserwacji, bliskości i zaangażowania w sprawy nieletnich. Na stronie internetowej www.zobaczznikam.pl można znaleźć artykuły i materiały edukacyjne dla rodziców, przyjaciół i nauczycieli, a także statystyki, relacje różnych osób (młodzieży, rodziców, psychologów, psychiatrów) oraz plakaty Fundacji Zobacz... JESTEM z wymownym apelem „Nie pozwól mi zniknąć”.

Celem kampanii społecznej „Zobacz... ZNIKAM” prezentowanym w szerokim przekazie medialnym było przede wszystkim przełamanie „ciszy i otwarcie ust, otwarcie oczu wszystkim dorosłym, aby przekonanie „nas to nie dotyczy”, „ja na pewno bym wiedział, gdyby...” nie przysłoniło im prawdziwego problemu i nie doprowadziło do tragedii”⁷⁶. Kampania skierowana była do otoczenia dzieci i młodzieży – do rodziców, opiekunów i instytucji, które współpracowały z Fundacją Zobacz ...JESTEM.

Na stronie internetowej kampanii www.zobaczjestem.pl i www.zobaczznikam.pl zamieszczono m.in. artykuły edukacyjne i filmy oraz spis numerów telefonów zaufania dla dzieci i młodzieży. Główne hasło kampanii, dostępne szeroko w przekazach medialnych brzmiało „Nie pozwól mi zniknąć”.

⁷⁶ Kampania społeczna „Zobacz...Znikam”, www.zobaczznikam.pl/jeden-dzien/ [dostęp: 26.08.2024].

2.12.2. Kampania społeczna – „Życie warte jest rozmowy”

Jak piszą sami Autorzy, Kampania Społeczna – Życie warte jest rozmowy” „została zainicjowana z okazji obchodów Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom (World Suicide Prevention Day) 10 września 2018 roku przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii, przy współpracy z samorządem doktorantów Wydziału „Artes Liberales” UW. Głównym celem kampanii jest promowanie wrażliwości i otwartości na rozmowę z osobami w kryzysie psychicznym, które często nie mają możliwości opowiedzenia o swoich przeżyciach i problemach z jakimi się zmagają. Projekt został stworzony z myślą o podniesieniu świadomości społecznej dotyczącej zjawiska jakim jest samobójstwo oraz upowszechnieniu możliwych sposobów prewencji i profilaktyki.”

Celem kampanii społecznej – „Życie warte jest rozmowy”, jest promowanie wrażliwości i otwartości na rozmowę z osobami w kryzysie. Kampania ma zwrócić uwagę na fakt, że kryzys samobójczy może dotknąć każdego, jak również na to, że każdy jest w stanie pomóc osobie będącej w takim kryzysie, ratując ją przed niepotrzebną śmiercią.

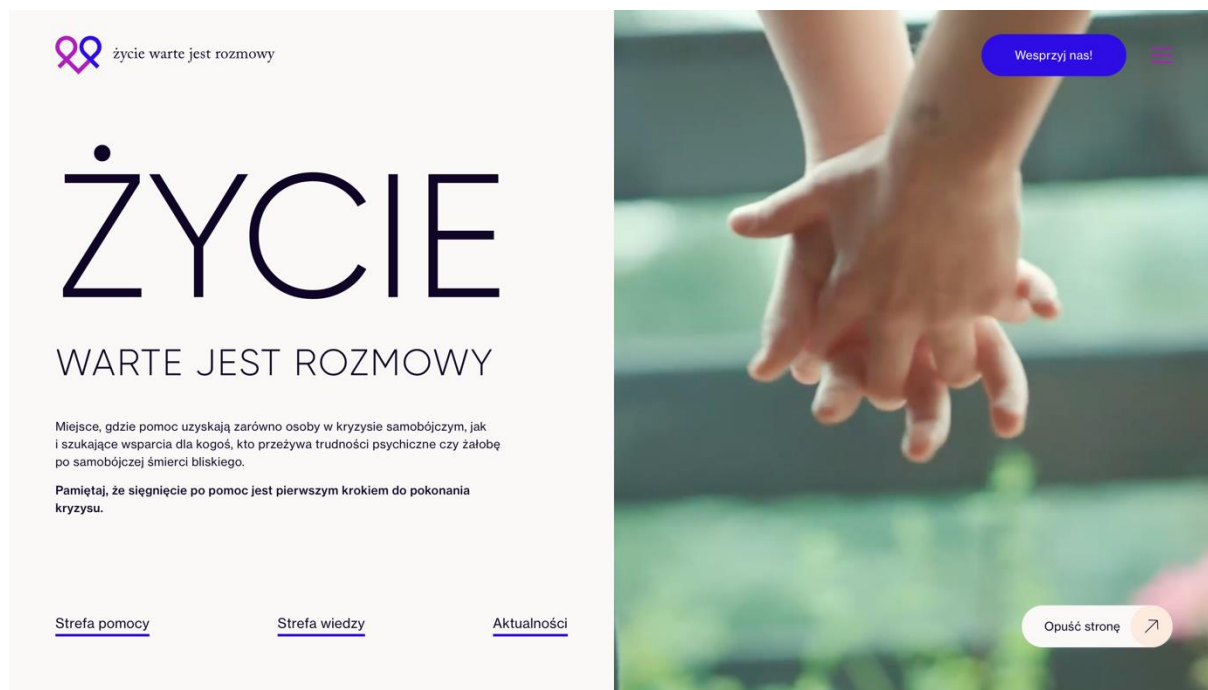
Główną ideą kampanii, szczególnie w przekazach medialnych, jest przedstawienie braku komunikacji z osobą w kryzysie psychicznym. Te elementy stanowią o kluczowej podstawie budowy wszystkich przekazów jakie zostały sformułowane w mediach w badanym okresie.

Organizatorzy przygotowali liczne narzędzia mające na celu edukację i pomoc osobom, w których otoczeniu może wystąpić problem samobójstw. Centralnym punktem jest tu serwis internetowy www.zwjz.pl. Serwis www.zwjz.pl rozpoczął swoje działanie 7 czerwca 2021 roku. Do końca 2023 roku odwiedziło go ponad 425 200 użytkowników. Serwis jest miejscem, gdzie bezpłatną i anonimową pomoc otrzymują osoby w kryzysie samobójczym i ich bliscy oraz ci, którzy stracili bliską osobę w wyniku samobójstwa. Znajdują się w nim: wykłady ekspertów, porady, recenzje książek i artykułów z zakresu profilaktyki samobójstw, baza adresowa do instytucji udzielających wsparcia osobom borykającym się z myślami samobójczymi.

Platforma ta: zapewnia profesjonalne wsparcie osobom w kryzysie samobójczym, pomaga zapobiegać samobójstwom wśród dzieci i młodzieży, wspiera szkoły, nauczycieli i rodziców w zakresie profilaktyki zachowań samobójczych, pomaga rodzicom i nauczycielom poradzić sobie w sytuacji, gdy dojdzie do próby samobójczej lub samobójstwa dziecka, prowadzi działania pomocowe i edukacyjne w całej Polsce, prowadzi bezpłatne webinary dotyczące udzielania pierwszej pomocy emocjonalnej. Ponadto na stronie można obejrzeć rozmowy z ekspertami, którzy tematyką zachowań samobójczych zajmują się od lat. W zakładce Przywróceniu życia można posłuchać podcastów, w których osoby po próbach samobójczych opowiadają o tym, jak poradziły sobie z kryzysem.

W ramach kampanii społecznej „Życie warte jest rozmowy” przygotowywane są też ulotki informujące o tym, w jaki sposób można pomóc osobie w kryzysie samobójczym, osobie po próbie samobójczej i osobie po stracie kogoś bliskiego w wyniku samobójstwa⁷⁷.

⁷⁷ A. Czabański, *Profilaktyka samobójstw jako wyraz afirmacji życia*, „Teologia i Moralność”, vol. 18, nr 2, <https://bibliotekanauki.pl/articles/31339428> [dostęp: 26.08.2024].



Rycina 2: Strona główna kampanii społecznej „Życie warte jest rozmowy”

Źródło: <https://zwjr.pl> [dostęp: 22.10.2024].

W ramach kampanii społecznej odbyło się także siedem edycji warsztatów i wykładów otwartych kierowane do zainteresowanych osób oraz profesjonalistów zajmujących się na co dzień problematyką samobójstw, które obejmowały różnorodne zagadnienia z zakresu suicydologii. Pierwsza edycja została zorganizowana z okazji obchodów światowego dnia zapobiegania Samobójstwom 10 września 2018 r. i odbyła się w gmachu Biblioteki Uniwersyteckiej. Kolejna edycja zorganizowana w 2019 r. była zatytułowana „Męska sprawa” i skupiała się na tym, jak duży odsetek samobójców stanowią mężczyźni. Kolejne edycje nosiły kolejno tytuły: „Zatrzymaj samotność”, „Działając budzimy nadzieję”, „Razem pokonać kryzys” i „Edukuj-Wspieraj-Bądź”. Edycja z 2023 roku podkreślała, że w przeciągu ostatnich lat zachowania samobójcze wśród młodzieży istotnie wzrosły, a aby skutecznie nauczyć się zapobiegać temu zjawisku, trzeba je zrozumieć, umieć rozpoznać sygnały ostrzegawcze oraz dowiedzieć się, w jaki sposób udzielić wsparcia młodym osobom w kryzysie. W tym roku wszystkie wystąpienie poświęcone były roli szkoły w zapobieganiu zachowaniom samobójczym wśród młodzieży. Eksperti opowiedzieli o głównych zagadnieniach tego zjawiska, a także o praktycznych wskazówkach pomocnych w kontakcie z dzieckiem i nastolatkiem w kryzysie. Poruszone zagadnienia były interesujące nie tylko dla nauczycieli, pedagogów szkolnych czy psychologów, ale także dla każdego rodzica.

Tegoroczna, VII edycja będzie miała miejsce 10 września 2024 roku pod hasłem: Wygraj życie! W tym celu prelegenci przybliżą działania serwisu Życie Warte Jest Rozmowy (www.zwjr.pl) oraz omówią znaczenie projektu „Wspierająca szkoła” i numeru alarmowego 112 w zapobieganiu zachowaniom samobójczym. Prelegenci podejmą również temat wpływu nowych technologii oraz rodziny dysfunkcyjnej na kryzys psychiczny młodych ludzi. Ponadto odpowiedzą na pytanie jak odpowiedzialnie mówić o zachowaniach samobójczych w mediach, a także jak wspierać rodziny w żałobie po śmierci samobójczej.

10 WRZEŚNIA 2024
10:00 — 18:00
CENTRUM NAUKI KOPERNIK

BEZPŁATNE KONSULTACJE Z SUICYDOLOGIĄ
STREAMING WYDARZENIA NA YOUTUBE
ZAPISY: ZWJR.PL/VII-EDYCJA-WYGRAJ-ZYCIE

ŚWIATOWY DZIEŃ ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM 2024



WYGRAJ ŻYCIE!

ORGANIZATORZY

życie warte jest rozmowy
terapia to NIE WSTYD fundacja

PARTNERZY

Stowarzyszenie Polskie Towarzystwo Suicydologiczne
Psiarstwo i Si-ko
Wspierająca Szkoła
PATRONITE
ADAMED
one life

PATRONAT HONOROWY

Minister Zdrowia
RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH
RZECZNIK PRAW DZIECKA

WSPÓLFINANSOWANIE

NIW
Współfinansowane ze środków
Krajowego Programu Wzrostu
– (zamiast Wzrostu Społeczności)
Opieki i pomocy społecznej
Fundacji Wspierania Osobowości
KOWIFID na lata 2021-2028

Rycina 3. Plakat Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom 2024

Źródło: <https://zwjr.pl/vii-edycja-wygraj-zycie> [dostęp: 22.10.2024].

2.12.3. Kampania społeczna – Kampanii Społecznej „Terapia to NIE wstyd”. Stop Samobójstwom! Życie ma sens.

Główny celem kampanii społecznej, uruchomionej po raz pierwszy w 2020 roku, jest oswojenie Polaków z psychoterapią i zachęcamy ich do profilaktyki zdrowia psychicznego. Wśród elementów kampanii zastosowanych w zakresie przekazów medialnych wymienić można środki przekazu m.in. w postaci:

- kampanii informacyjnej za pomocą Internetu;
- kampanii informacyjnych za pomocą paczkomatów INPOST;



Rycina 4. Plan wydarzenia „Terapia to NIE wstyd” z 2023 roku w Warszawie

Źródło: strona internetowa Fundacji „Terapia to nie wstyd”, <https://www.terapiatoniewstyd.pl/materialy-do-pobrania/> [dostęp: 22.10.2024].

- kampanii informacyjnych za pomocą TERAPIOBIUSA – bezpłatne porady w wybranych miejscach w Polsce
- wywiady, rozmowy z autorytetami w dziedzinie psychologii i psychiatrii na kanałach fb, youtube Kampanii;
- wywiady, rozmowy z osobami, które są w terapii lub ją przeszły na kanałach fb, youtube Kampanii;
- wywiady, rozmowy z osobami, które są autorytetem w różnych dziedzinach życia i chcą rozmawiać o wartościach, jakie daje profilaktyka zdrowia psychicznego na kanałach fb, youtube Kampanii.

W ramach powyższych działań organizatorzy, czyli fundacja „Terapia to NIE wstyd” organizują coroczne ogólnodostępne wydarzenia w formie „pikników” odbywających się jednocześnie w kilku miejscach w Polsce. Edycja 2023 miała miejsce w miastach takich jak Warszawa, Bełchatów, Białystok, Bolesławiec, Człuchów, Dąbrowa Tarnowska, Drawsko Pomorskie, Elbląg, Gdańsk, Jarosław, Kraków, Łęborg, Lublin, Łobez, Opole, Poznań, Puławy, Rybnik, Starogard Gdański, Świdwin, Świecie, Wejherowo, Złocieniec. W ramach wydarzeń organizowano ogólnodostępne wykłady, prelekcje i spotkania z ekspertami z zakresu ogólno-pojętej problematyki zdrowia psychicznego, ale także skierowane ściśle na problem samobójstw, wyróżnić tu należy np. zeszłoroczny wykład dr Marleny Stradomskiej pt. „Zachowania samobójcze wśród młodzieży”. W ramach wydarzeń organizowane są także występy rozrywkowe i muzyczne

W 2024 roku Kampania organizowana jest pod hasłem „Możesz więcej niż myślisz – Zobacz siebie!” i odbędzie się 10 września, czyli w Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom.

2.12.4. Kampania Społeczna #MnieToDotyczy

Kampania społeczna #MnieToDotyczy miała na celu zwrócenie uwagi na problem rosnącej liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży oraz uświadomienie, że każdy może przyczynić się do zmniejszenia plagi samobójstw. W projekcie wzięli udział popularni youtuberzy, instagramerzy, aktorzy i wokaliści: Alan Andersz, Jan Dąbrowski (JDabrowsky), Maria Jeleniewska, Oliwia Kreja (CookieMint), Emilia Królikowska (EmiFlesh), Filip Lato, Karol Osentowski, Aleksandra Pawlik (Alex Mandostyle), Sylwia Przybysz i Justyna Suchanek (Sukanek).

Kampania #MnieToDotyczy wystartowała w marcu 2020 roku i toczy się w mediach społecznościowych, na profilach uczestników na platformach YouTube, Tik Tok i Instagram. Skąd miała szansę trafić do szerokiego grona młodych odbiorców, którzy bardzo sprawnie poruszają się w nowoczesnych mediach. W ramach kampanii powstał spot, zwracający uwagę na najczęstsze myśli samobójcze i symptomy pogarszającego się stanu psychicznego. Spot zawiera apel do widzów, aby nie lekceważyli niepokojących sygnałów u osób ze swojego otoczenia. Oprócz spotu powstały także infografiki, które może udostępniać każda osoba posiadająca profile w mediach społecznościowych.

W ramach Kampanii, spot był wielokrotnie wyświetlany w przestrzeni publicznej, między innymi na nośnikach reklamowych w warszawskim metrze.



Rycina 5. Miniatura spotu kampanii #MnieToDotyczy.

Źródło: portal YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=Y8LsFJDjB-U> [dostęp: 22.10.2024].

2.12.5. Kampania społeczna „Forum Przeciw Depresji”

Forum Przeciw Depresji, organizowane przez firmę Servier Polska od 2007 roku, jest inicjatywą mającą na celu nie tylko szerzenie wiedzy na temat depresji, ale także głębsze uświadomienie społeczeństwu, że depresja nie jest chwilowym obniżeniem nastroju, lecz poważną chorobą, która wymaga profesjonalnego leczenia. Celem kampanii jest nie tylko edukowanie na temat objawów i przebiegu depresji, ale także zmiana sposobu myślenia o niej, aby odbierać ją jako realne zagrożenie zdrowia, a nie jedynie przejściowy stan emocjonalny.

Kampania ta odgrywa kluczową rolę w zmniejszaniu stygmatyzacji związanej z depresją, poprzez wspieranie osób chorych i ich rodzin w podejmowaniu decyzji o zgłoszeniu się po pomoc do lekarzy, terapeutów oraz w korzystaniu z grup wsparcia. Przełamywanie barier, takich jak wstyd i lęk przed wykluczeniem społecznym, jest jednym z głównych celów tych działań.

Działania podejmowane w ramach Forum Przeciw Depresji skierowane są nie tylko do osób bezpośrednio dotkniętych depresją, które codziennie zmagają się z jej konsekwencjami, ale również do zdrowych członków społeczeństwa. Kampania stara się dotrzeć do jak najszerszego grona odbiorców, aby budować większą empatię, zrozumienie oraz wsparcie dla osób chorujących na depresję. Dzięki temu inicjatywa promuje otwartą rozmowę o zdrowiu psychicznym, co jest niezwykle ważne w dzisiejszym społeczeństwie.

Co więcej, Forum Przeciw Depresji organizowane jest pod patronatem Prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, co dodatkowo podkreśla merytoryczną wagę i znaczenie tej

kampanii. Dzięki temu, działania te są uznawane za wiarygodne i zgodne z najnowszą wiedzą medyczną, co zwiększa ich skuteczność w walce z problemem depresji w Polsce.

Główny cel kampanii, jakim jest szerzenie wiedzy w zakresie depresji realizowany jest poprzez różnorakie działania, koncentrujące się wokół serwisu internetowego. <https://forumprzeciwdepresji.pl>. W serwisie zawarto odnośniki takie jak:

- ważne telefony antydepresyjne
- gdzie szukać pomocy?
- mój bliski ma depresję
- jak dbać o swoje zdrowie psychiczne?
- Każda z tych podstron zawiera wysokiej jakości wiedzę oraz odniesienia do miejsc i telefonów, gdzie można uzyskać realną pomoc dla osób zmagających się z problemem depresji i w konsekwencji zagrożonych samobójstwem.
- Rycina 6. Strona internetowa kampanii społecznej Forum Przeciw Depresji.



Rycina 6. Strona główna portalu internetowego kampanii społecznej „Forum przeciw depresji”

Źródło: <https://forumprzeciwdepresji.pl/> [dostęp: 22.10.2024].

Co istotne, w ramach Kampanii prowadzona jest także Akademia Uważnego Rodzica, kierowana do rodziców nastolatków zagrożonych samobójstwami oraz rozdawane nagrody Kryształowe Pióra za najciekawsze prace dziennikarskie o depresji, co ma zachęcać przedstawicieli mediów do prawidłowego i odpowiedzialnego pisania o problematyce depresji i samobójstw.

2.13. Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym

Ostatnie szczegółowo opisywane w tym rozdziale zadanie, opisuje program przygotowany pod patronatem rządowym. 30 marca 2021 roku Rada Ministrów zatwierdziła Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na okres 2021-2025. Głównym celem tego programu jest wydłużenie życia w dobrym zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności zdrowotnych w społeczeństwie.

Cele operacyjne NPZ obejmują:

1. Profilaktykę nadwagi i otyłości.
2. Profilaktykę uzależnień.
3. Promocję zdrowia psychicznego.
4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne.
5. Wyzwania demograficzne.

Zadania związane z ochroną zdrowia publicznego są realizowane w ramach określonych celów operacyjnych przez ministra zdrowia, we współpracy z innymi odpowiednimi ministrami oraz podmiotami wskazanymi w ustawie o zdrowiu publicznym. W Narodowym Programie Zdrowia (NPZ), w ramach celu operacyjnego 3, który dotyczy zapobiegania zachowaniom samobójczym, opracowano szczegółowy zestaw działań mających na celu przeciwdziałanie tym zjawiskom.

Szczegółowe założenia zadania obejmują:

- Rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych.
- Ograniczanie dostępu do metod dokonywania samobójstw w celu zmniejszenia liczby zachowań samobójczych.
- Opracowanie, wdrażanie i ewaluacja programów profilaktyki uniwersalnej.
- Zapewnienie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym przez dostęp do konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych.
- Opracowanie, aktualizacja, upowszechnianie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w przypadku ryzyka zachowań samobójczych.
- Rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pracowników oświaty, pomocy społecznej, służb mundurowych, osób duchownych i innych grup zawodowych.
- Rozwój kompetencji przedstawicieli środków masowego przekazu, w szczególności dziennikarzy, redaktorów, sekretarzy redakcji, wydawców.
- Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, zachowań samobójczych, postaw społecznych.
- Prowadzenie działalności naukowo-badawczej, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych.

W ramach programu przede wszystkim organizowane są wydarzenia edukacyjne, kursy i warsztaty. W 2023 i 2024 roku zaplanowano serię wydarzeń mających na celu profilaktykę zachowań samobójczych, skierowanych do różnych grup zawodowych.

Dziennikarze są kluczową grupą, do której skierowano liczne inicjatywy, takie jak webinary, warsztaty i szkolenia. Przykładem są wydarzenia z 5 grudnia 2023 r., 28 listopada 2023 r., czy 28 maja 2024 r., podczas których omówiono odpowiedzialne raportowanie o samobójstwach. Dziennikarze uczą się, jak przygotowywać materiały zgodnie z rekomendacjami, aby nie przyczyniać się do wzrostu liczby takich zachowań.

Nauczyciele również mogą skorzystać z szkoleń, które mają na celu wyposażenie ich w wiedzę i narzędzia potrzebne do wspierania uczniów w kryzysach samobójczych, a także po próbach samobójczych lub w przypadku śmierci samobójczej w społeczności szkolnej. Takie szkolenia online odbyły się 8 czerwca 2024 r. oraz 13 czerwca 2024 r. Dzięki tym inicjatywom nauczyciele są lepiej przygotowani do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, jakie mogą wystąpić w środowisku szkolnym.

Twórcy kultury i internetowi to kolejne grupy zawodowe, które odgrywają istotną rolę w profilaktyce zachowań samobójczych. Dla nich zaplanowano webinary, takie jak te z 27 czerwca 2023 r. i 10 czerwca 2024 r., które skupiają się na tym, jak tworzyć treści (filmy, seriale, książki, podcasty) zgodne z zaleceniami dotyczącymi odpowiedzialnego informowania o samobójstwach. Celem tych wydarzeń jest zwiększenie świadomości i odpowiedzialności twórców, aby unikać potencjalnego negatywnego wpływu ich dzieł na odbiorców.

Każde z tych wydarzeń ma na celu edukowanie i wsparcie kluczowych grup zawodowych w ich rolach związanych z profilaktyką samobójstw, poprzez dostarczanie im niezbędnej wiedzy i narzędzi do działania. Dzięki temu podejściu, inicjatywy te przyczyniają się do tworzenia bezpieczniejszego i bardziej świadomego społeczeństwa, w którym odpowiedzialne podejście do kwestii samobójstw może realnie zmniejszyć liczbę takich tragicznych zdarzeń.



Rycina 7. Plakaty promujące szkolenia dotyczące zapobiegania samobójstwom w ramach Narodowego Programu Zdrowia

Źródło: portal zapobiegajmysamobojstwom.pl <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/media-2/> [dostęp: 22.10.2024].

Ciągle brakuje kampanii społecznych poświęconych wyłącznie problematyce zachowań samobójczych wśród młodzieży.

Oczywiście w badanym okresie prowadzone były również przez Stowarzyszenia, Fundacje, inne kampanie poruszające tematykę samobójstw wśród dzieci jednak największy wpływ na liczbę dostępnych przekazów medialnych miały dwie ww. z uwagi na ich przede wszystkim ogólnopolski charakter przekazu oraz szerokie zaangażowanie różnych form i środków przekazu. Należy w tym miejscu po krótko wspomnieć jeszcze dwie istotne pozycje książkowe, które są dostępne bezpłatnie i kierowane do grup zawodowych mających na co dzień styczność z młodzieżą i potencjalnie mogących na wczesnym etapie zidentyfikować osoby zagrożone samobójstwem.

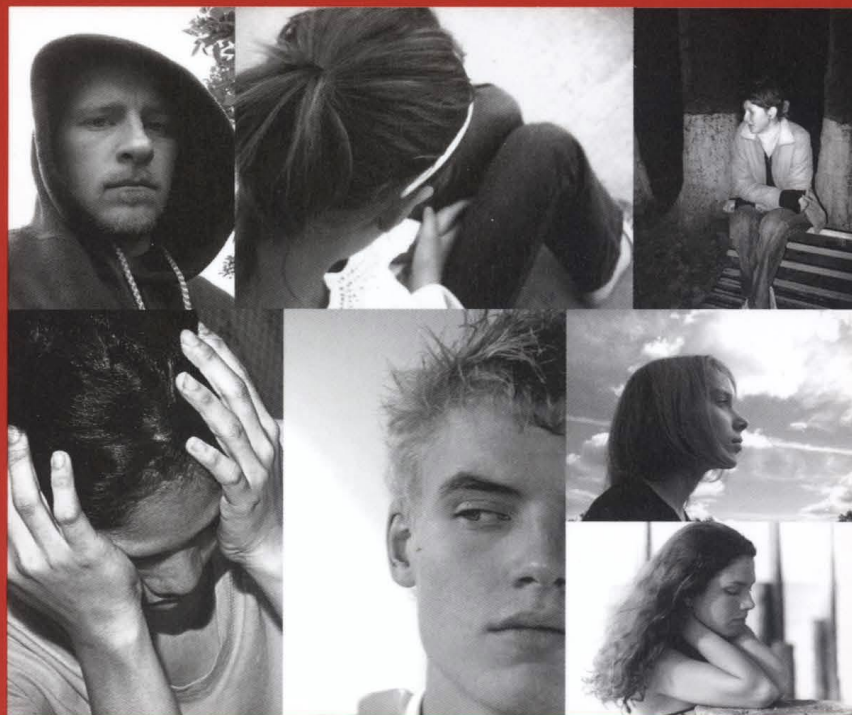
2.14. „Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu” oraz „Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły”

Są to pozycje przygotowane przez organizacje takie jak Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Dokumenty są jednymi z serii poradników adresowanych do określonych grup zawodowych i społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom. Poradnik przygotowano w ramach realizowanego na całym świecie z inicjatywy WHO programu SUPRE, którego celem jest zapobieganie samobójstwom.

W 1999 r. WHO rozpoczęło na całym świecie program zapobiegania samobójstwom – SUPRE. Ta broszura należy do serii poradników przygotowanych w ramach SUPRE i adresowanych do określonych grup społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom. Jest ogniwem długiego i zróżnicowanego łańcucha, na który składa się wiele różnych osób i grup, m.in. pracownicy służby zdrowia, nauczyciele i pedagodzy, organizacje społeczne, rządy, legislatorzy, osoby zajmujące się zawodowo środkami przekazu i egzekwowaniem prawa, a także rodziny i społeczności. Udostępniany polskiemu czytelnikowi poradnik opracowany w Departamencie Zdrowia Psychicznego Światowej Organizacji Zdrowia zawiera podstawowe informacje z zakresu prewencji samobójstw niezbędne w pracy lekarza. Chociaż adresowany jest do lekarzy „pierwszego kontaktu”, lektura tego ważnego opracowania będzie przydatna dla ogółu lekarzy, niezależnie od ich specjalności.

Światowa Organizacja Zdrowia
Rzecznik Praw Dziecka
Ministerstwo Edukacji Narodowej
Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

PORADNIK DLA NAUCZYCIELI I INNYCH PRACOWNIKÓW SZKOŁY



ZAPOBIEGANIE samobójstwom



Ministerstwo
Edukacji
Narodowej



Rycina 8. Okładka książki „Zapobieganie Samobójstwom. Poradnik Dla Nauczycieli i Innych Pracowników Szkoły” red. W. Brodniak, Warszawa 2007.

2.15. Zagraniczne kampanie społeczne

Warto również wspomnieć krótko o kilku kampaniach społecznych organizowanych w innych krajach europejskich i poświęconych tematyce samobójstw.

2.15.1. CALM (Campaign against living miserably) – Wielka Brytania

CALM prowadzi różnorakie działania cyklicznie zwracające uwagę na problematykę samobójstw.

- Mistrzostwa Świata w Piłce Nożnej Kobiet 2023 (2023 FIFA Women's World Cup) stały się nieoczywistym punktem wyjścia dla brytyjskiej kampanii społecznej dotyczącej prewencji samobójstw i prób samobójczych wśród młodych kobiet. Według statystyk średnio co dwa dni jedna Brytyjka poniżej 25 roku życia popełnia samobójstwo, co oznacza, że podczas mundialu – odbywającego się w dniach 20 lipca-20 sierpnia bieżącego roku – aż 14 młodych kobiet odbierze sobie życie. Alarmujące sygnały ze strony kobiet, dotyczące zarówno ich zdrowia fizycznego, jak i psychicznego, często zostają zlekceważone. I taki też niepokojący przekaz płynie z filmu, zrealizowanego przez agencję VMLY&R London. Na ekranie widzimy mecz piłkarski, podczas którego jedna z zawodniczek zostaje brutalnie sfaulowana. Gra jednak toczy się dalej, nie słychać gwizdka, nikt nie protestuje, obie drużyny walczą, jak gdyby nic się nie stało. Dziewczyna ze swoim cierpieniem zostaje zupełnie sama.
- Projekt 84 – 84 pełnowymiarowe statuy mężczyzn na szczytach budynków ITV w Londynie uwydatniły fakt, że w Wielkiej Brytanii co tydzień 84 mężczyzn umiera na skutek samobójstwa. Sprawiliśmy, że miliony ludzi zaczęły rozmawiać o samobójstwie w domach, miejscach pracy, a nawet w Parlamencie. 400 000 osób podpisało naszą petycję w sprawie działań rządu na rzecz zapobiegania samobójstwom, co doprowadziło do powołania przez rząd pierwszego na świecie Ministra ds. Zapobiegania Samobójstwom.
- Niewidzialny przeciwnik – jak piszą twórcy „Wiadomo, że czasami najciężsi przeciwnicy to ci, których nie widać. Dlatego uruchomiliśmy naszą pierwszą telewizyjną reklamę – potężną kampanię z Tysonem Fury’em w roli głównej, gdzie zmierzył się z Niewidzialnym Przeciwnikiem – aby pokazać, że niezależnie od tego, z czym się zmagasz, CALM jest tutaj, aby pomóc. Podjęliśmy wyzwanie, by obalić mīt, że rozmowa o zdrowiu psychicznym jest oznaką słabości, i spopularyzować otwartość na temat naszych problemów. Udowodniliśmy, że z CALM u boku nie musisz stawać do walki samotnie”.

I wiele innych, nowoczesnych, nieoczywistych instalacji artystycznych i kampanii medialnych adresowanych do Brytyjczyków.

2.15.2. Small talk. Saves lives – Wielka Brytania

„Small Talk Saves Lives” – drobne słowa ratują życie – to kampania realizowana przez charytatywną organizację zarejestrowaną w Wielkiej Brytanii i Irlandii. Samarytanie oferują wsparcie emocjonalne każdemu, kto jest w kryzysie emocjonalnym lub ma ryzyko popełnienia samobójstwa. Aby zwrócić uwagę publiczną i uwrażliwić społeczeństwo na „podejrzanych” pasażerów metra, organizatorzy kampanii przygotowali alarmujący materiał wideo dotyczący samobójstw w metrze.

„Jeśli podejrzewasz, że ktoś może mieć myśli samobójcze, nie wahaj się! Zaufaj swojej intuicji i rozpocznij rozmowę. Proste słowa mogą zapobiec tragedii” – bezpośredni przekaz nagrania zachęca społeczeństwo do szczególnej uwagi i podjęcia rozmowy z osobami, u których zauważa się ryzykowne symptomy.

Jak podkreślają organizatorzy, kampania ma na celu dodanie ludziom odwagi do działania oraz przekonanie, że ich drobny gest może mieć ogromne znaczenie. Szczegółowe informacje o działaniach organizacji znajdują się na stronie Samaritans (<https://www.samaritans.org>).



Rycina 9. Spot kampani społecznej „Small talk. Saves lives”

Źródło: <https://www.samaritans.org/support-us/campaign/small-talk-saves-lives/> [dostęp: 22.10.2024].

2.15.3. Zelfmoord 1813 – Kampania Belgijska

W 2014 roku z okazji Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom belgijska organizacja Zelfmoord 1813 zainicjowała społeczne wydarzenie. Twórcy pomysłu, agencja Ogilvy, postanowili sprawdzić czy mieszkańcy Leuven mieliby odwagę odebrać telefon zaufania dedykowany samobójcom. W tym celu zaaranżowali eksperyment. W Regionie Flamandzkim – jednym z trzech regionów federalnych Belgii – wskaźnik samobójstw w 2014 r. przekraczał społeczne wyobrażenia. Średnio trzy osoby dziennie ginęły w wyniku odebrania sobie życia.

W centrum miasta Leuven usytuowano stoisko telefoniczne – telefon zaufania dedykowany samobójcom Flemish Suicide Prevention Hotline (Zelfmoordlijn). Eksperymentatorzy sprawdzali reakcje przechodniów na sygnał dzwoniącego telefonu. Na podstawie obserwacji powstał internetowy film video opublikowany w ramach kolejnych działań w kampanii. Film video zatytułowany Zelfmoord1813 | Would you answer this suicide call? (Czy odebrałbyś telefon od samobójcy?) przekierowywał internautów na stronę organizacji.



Zelfmoord1813 | Would you answer this suicide call?



Zelfmoord1813
908 subskrybentów

Subskrybuj



152



Udostępnij



Zapisz



Rycina 10. Spot kampanii społecznej „Zelfmoord1813 | Would you answer this suicide call?”

Źródło: portal YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=D3jRIYiP030> [dostęp: 22.10.2024].

Rozdział 3

Analiza treści ogólnodostępnych dla dzieci i młodzieży, przekazów w mediach społecznościowych oraz wpływu środowiska rówieśniczego, opis socjologiczny/psychologiczny pokolenia od 2010 wzwyż

3.1. Wstęp

Analizując treści dotyczące kwestii prób samobójczych czy samobójstw zamieszczane w mediach, w szczególności w sferze Internetu i mediów społecznościowych, a skierowane do dzieci i młodzieży należy zwrócić uwagę na fakt, iż dotyczą one szeregu kwestii m.in. dostępności miejsc i źródeł wsparcia, do których dzieci mogą skierować się poszukując pomocy psychologicznej w sytuacji kryzysu emocjonalnego. Wśród nich często wymienianymi źródłami w przekazach medialnych są następujące, najczęściej podawane numery telefonów:

- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży (całodobowo) 116 111;
- Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka (całodobowo) 800 12 12 12;
- Linia wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego (całodobowo) 800 70 2222;
- Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” (całodobowo) 800 12 00 02;
- Infolinia pomocowa dla dzieci, młodzieży i ich opiekunów (całodobowo) 800 080 222;
- Telefon Zaufania dla Osób Dorosłych w Kryzysie Emocjonalnym 116 123;
- Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci 800 100 10;
- Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji 22 594 91 00;
- Policyjny Telefon Zaufania 800 12 02 26⁷⁸.

Szczególnie widocznym w przestrzeni medialnej elementami formułowanych treści przekazów skierowanych do dzieci i młodzieży są przeprowadzane od 2010 roku różnego rodzaju kampanie społeczne i związane z nimi przekazy medialne. W badanym okresie należy szczególnie zwrócić uwagę na dwie z nich: „Zobacz znikam” prowadzoną w 2016 roku oraz z kampanię społeczną z 2023 roku pn. „Życie Warto Jest Rozmowy” (rozszerzenie działania kampanii z 2018 roku). Obok informacji wskazujących na same źródła pomocy prowadzone

⁷⁸ Ważne telefony – gdzie szukać pomocy?, www.twarzedepresji.pl/wazne-telefony-szukac-pomocy/, aktualizacja 20.08.2024 r.

kampanie stanowiły również, w badanym okresie, silny element pozytywnego przekazu dla dzieci i młodzieży o możliwych i dostępnych drogach rozwiązywania ich kryzysu emocjonalnego.

Istotnym analizowanym elementem przekazów, w ramach badanego tematu, są media społecznościowe. Potwierdzają to fakty, iż dzieci są narażone na duże ryzyko w mediach społecznościowych, ponieważ główne platformy social media nie potrafią wykryć i usunąć niebezpiecznych treści promujących samobójstwo oraz samookaleczenie. Odnosi się to głównie do treści moderacji zamieszczanych m.in. w takich witrynach: Facebook, Instagram, Pinterest, Snapchat, Tik Tok i X. Przykładem tego mogą być przeprowadzane badania, w ramach których potwierdzono, iż:

- ponad 95% postów dotyczących samobójstw i samookaleczeń jest wykrywanych przez zaledwie dwie główne platformy, jakimi są Pinterest i Tik Tok,
- Instagram i Facebook odpowiadają za zaledwie 1 procent wszystkich treści dotyczących samobójstw i samookaleczeń wykrywanych przez główne platformy,
- platforma X, dawniej znany jako Twitter, odpowiada za zaledwie 1 na 700 decyzji dotyczących ww. treści⁷⁹.

Badanie wykazało również, że prawie połowa najbardziej angażujących postów na Tik Toku i Instagramie, które zostały opublikowane przy użyciu znanych hashtagów o samobójstwach i samookaleczeniach, prawdopodobnie była szkodliwa dla dzieci.

Nie bez znaczenia w badanym temacie jest również wpływ środowiska rówieśniczego w stosunku do różnych form treści przekazu, w szczególności treści zamieszczanych w mediach społecznościowych. Negatywne doświadczenia młodych użytkowników platform, szczególnie widoczne w szerokich przekazach medialnych na ten temat, dotyczyły takich elementów jak kwestie rasizmu, przemocy czy też znęcania się rówieśników w mediach społecznościowych. Stanowi to jeden z elementów wpływu na kwestie prób samobójcze wśród młodzieży. Wyśmiewanie, zastraszanie czy prześladowanie to jeden z szeregu elementów, które niezmiennie od wielu lat wykorzystuje młodzież do nękania swych „ofiar” w mediach społecznościowych. Zachowania te wzmagane są często przez poczucie anonimowości wśród dzieci i młodzieży, a co za tym idzie niekiedy bezkarności.

Analizując treści dostępne w przekazach mediów społecznościowych na uwagę zasługuje zjawisko cyberprzemocy u dzieci szczególnie nasilone w okresie pandemii. Odnosi się to przede wszystkim do występowania w formie rozsyłania kompromitujących materiałów, danych czy prywatnych wiadomości, wykluczenia i ataków na reputację. W rezultacie ofiary mogą mieć problemy ze zdrowiem psychicznym, a w skrajnych przypadkach doprowadza to do zachowań samobójczych wśród młodzieży.

Przeglądając wybrane witryny internetowe, trudno nie dostrzec również ich niepokojącej zawartości, która może mieć realny wpływ na destrukcyjne zachowania wśród dzieci i młodzieży, których większa podatność na określone bodźce skutkuje ich powielaniem. Warto podkreślić, iż Młodzi ludzie „prześlągnięci przemocą” sami prześladowają i upokarzają

⁷⁹ *Jak media społecznościowe moderują treści dotyczące samobójstw oraz samookaleczania*, www.nowymarketing.pl/nminights-jak-media-spolecznosciowe-moderuja-tresci-dotyczace-samobojstw-oraz-samookaleczania-badanie/, aktualizacja 16.12.2024.

rówieśników. Narażenie na otrzymywane z mediów społecznościowych negatywne wzorce, takie jak przemoc czy dewiacje społeczne, znacząco wpływają na postawę ich odbiorców. Prowadzi to do rozpowszechnienia tzw. cyberbullyingu, który oddziałuje na zdrowie psychiczne jego ofiar, a co za tym idzie może doprowadzać do zachowań samobójczych.

3.2. Demograficzne zróżnicowanie zbiorowości młodzieży na tle populacji – profil

Na terenie Polski od kilku dekad mamy do czynienia z tzw. drugim przejściem demograficznym, które jest wynikiem przemian normatywno-obyczajowych polegających na wzroście podmiotowości jednostki, wzroście poziomu wykształcenia, zmianie motywacji prokreacyjnych, deinstytucjonalizacji małżeństwa, zwiększenia aktywności zawodowej kobiet, co przekłada się na pluralizację modeli rodziny, zmianę stosunku do rodzicielstwa jako roli społecznej i niską dzietność⁸⁰.

3.2.1. Struktura demograficzna i procesy depopulacji

Kraje Europy Środkowowschodniej do przełomu lat 70. i 80. XX w. doświadczały stagnacji (współczynnik dzietności ok. 2,1, wysoka śmiertelność, wczesny wiek zawierania małżeństw). Wejście w fazę drugiego przejścia demograficznego nastąpiło wraz z transformacją ustrojową, by następnie przybrać postać kryzysu reprodukcyjnego na przełomie XX i XXI wieku, objawiającego się gwałtownym spadkiem współczynnika płodności⁸¹. Obecnie zatem w całej Europie w efekcie drugiego przejścia demograficznego występuje kurczenie się populacji na skutek ujemnego przyrostu naturalnego oraz przyspieszone starzenie się ludności (wzrost względnego udziału osób starszych powodowany wydłużonym przeciętnym trwaniem życia). Powyższe procesy prowadzą do występowania spadku liczby ludności, tj. występowania zjawiska depopulacji (w różnej skali) oraz zmniejszania się udziału młodych ludzi w całkowitej liczbie ludności⁸². Jednocześnie socjologowie obserwują wydłużenie się okresu młodości, którego zamknięcie związane było do niedawna z zakończeniem edukacji, wstąpieniem w związek małżeński, samodzielnością ekonomiczną czy narodzinami pierwszego dziecka. Obecnie wymienione wydarzenia przesunęły się na trzecią i czwartą dekadę życia, co oznacza jakościowe zmiany w cyklu życia jednostki i inną waloryzację okresu młodości. Wydłużenie się czasu pozostawania jednostek w systemie edukacji, problem gniazdownictwa młodych i zależności od rodziców, przedłużająca się niesamodzielność ekonomiczna, późniejsze wchodzenie w związki i opóźnianie decyzji o posiadaniu potomstwa (będące efektem przemian normatywno-obyczajowych i gospodarczych) spowodowały zerwanie z modelem tzw. biografii linearnej, charakteryzującym poprzednie generacje. Linearna biografia cechowała się płynnym przejściem z edukacji do pracy z domu rodzinnego do własnego gospodarstwa domowego⁸³.

⁸⁰ P. Szukalski, *Jest nas 7 miliardów!*, „Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny”, nr 8, 2011, za: K. Messyas, Sytuacja demograficzna młodzieży i jej społeczne konsekwencje, „Władza Sądzenia”, nr 23, 2022, s. 231.

⁸¹ M. Okólski, A. Fihel, *Demografia. Współczesne zjawiska i teorie*, Warszawa 2012.

⁸² P. Szukalski, *Przyrost ludności Afryki i Azji: zagrożenie czy szansa dla Europy?* [w:] J. Kleer, E. Mączyńska (red.), *Państwo w warunkach przesilen cywilizacyjnych*, Warszawa 2018, s. 86-101.

⁸³ A. Furlong, *Youth Studies. An Introduction*, London-New York 2013.

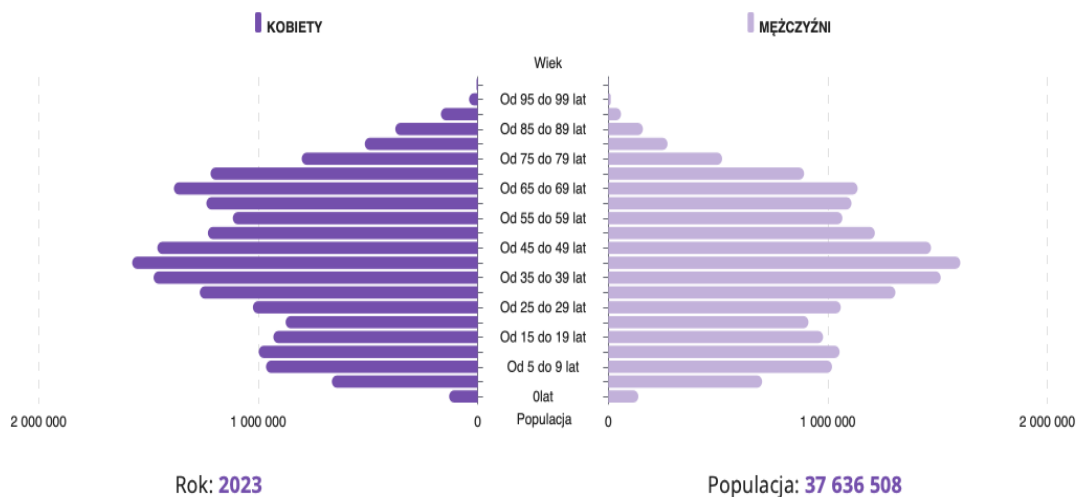
Nastąpiła zatem znacząca zmiana całego procesu przejścia z dzieciństwa do dorosłości. Młodość przestała służyć jedynie osiągnięciu dorosłości, a stała się okresem samym w sobie, istotnym tu i teraz ze względu na swoją specyfikę, właściwe sobie treści i doświadczenia⁸⁴.

931 056

Kobiety; od 15 do 19 lat

978 040

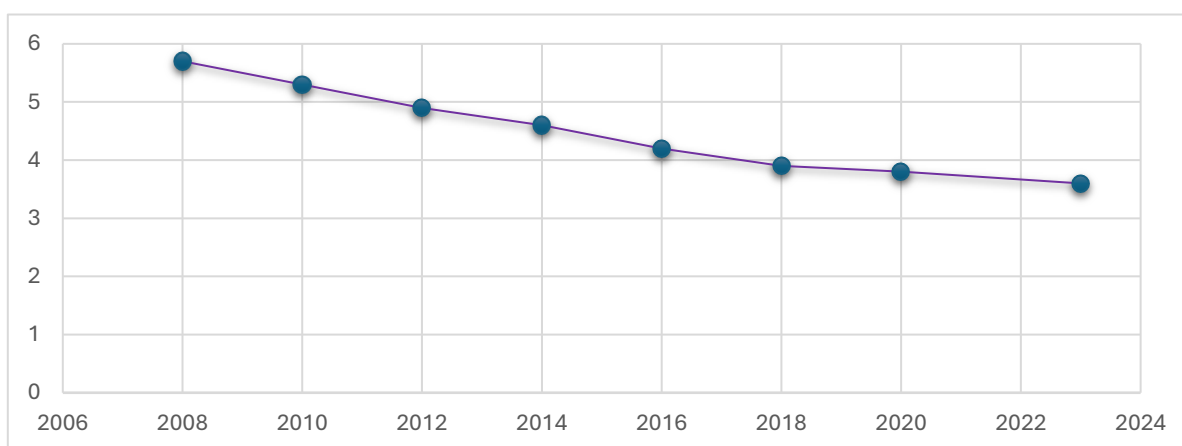
Mężczyźni; od 15 do 19 lat



Wykres 1: Struktura demograficzna ludności według wieku i płci 2024

Źródło: Dziedzicowa Baza Wiedzy GUS 2024.

Według danych GUS w Polsce mieszka 37.636.508 Polek i Polaków, w tym w wieku od 15 do 19 lat 931.056 kobiet i 978.040 mężczyzn. Prognozuje się, że do końca wieku liczba Polaków zmniejszy się do 23 milionów. Procentowy udział dzieci w populacji naszego kraju zmniejszy się do 13,2% (w roku 1950 wynosił 29,4%), zaś młodych do zaledwie 9,6%.



Wykres 2. Dynamika zmian liczby ludności w grupie wieku 15-24 lata w Polsce (w mln).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

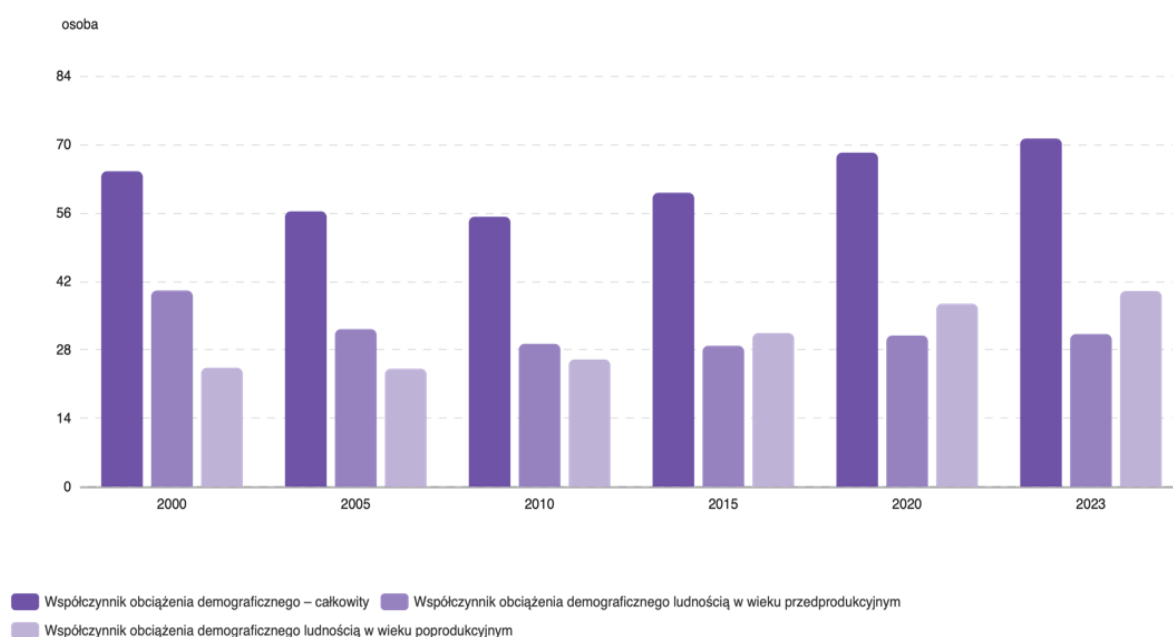
⁸⁴ Za: K. Messyasz, *Sytuacja demograficzna...*, dz. cyt., s. 231.

Lata	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2023
w mln	5,7	5,3	4,9	4,6	4,2	3,9	3,8	3,6

Tabela 1. Struktura zmian liczby ludności w grupie wieku 15-24 lata w Polsce (w mln)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

Przybędzie za to znacząco seniorów, których udział w populacji ma wynieść 34%. Wskaźnik obciążenia dla osób w wieku przedprodukcyjnym spada od początku lat 90., stabilizując się w ostatniej dekadzie (1990 – 52, 2020 – 31). Rośnie natomiast wskaźnik obciążenia dla wieku poprodukcyjnego. W 1990 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym (18-59/64) przypadały 22 osoby w wieku poprodukcyjnym, zaś w 2020 r. – 38 osób. W 1990 r. na jednego seniora (65+) przypadało powyżej 6 osób w wieku 15-64 lata, przewiduje się natomiast, że w 2050 r. będzie przypadało mniej niż dwie osoby. O ile w 1980 r. dzieci i młodzi ludzie łącznie stanowili połowę społeczeństwa polskiego, to obecnie tylko 1/3 populacji kraju to osoby do 29 roku życia. Od 1980 r. systematycznie spada liczba młodych obywateli i obywaterek Polski (15-29 lat).

**Wykres 3.** Współczynniki obciążenia demograficznego 2000-2023

Źródło: Dziedzicowa Baza Wiedzy GUS 2024.

Coraz niższa liczba urodzeń przekłada się na coraz niższe wskaźniki poszczególnych kohort wiekowych w grupie młodych Polek i Polaków, co owocuje spadkami liczebności kohort ludności w wieku produkcyjnym (niskie wskaźniki podaży pracy)⁸⁵.

⁸⁵ Tamże.

Spadek dzietności, który od 1990 r. nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń, był zasadniczym czynnikiem prowadzącym do momentu, w którym po wieloletnim okresie przewagi urodzeń nad zgonami, w 2002 r. po raz pierwszy pojawiło się zjawisko odwrotne. Od 2018 r. notowany jest znaczny wzrost różnicy między zgonami a urodzeniami, co oznacza wykształcenie się ujemnego przyrostu naturalnego. Konsekwencją utrzymywania się różnicy między urodzeniami a zgonami jest długoterminowy i postępujący spadek liczby ludności. Skala spadku zależy od założeń projekcji. Projekcje w oparciu o kilka scenariuszy publikuje ONZ. W przypadku jednego z nich – wariantu średniego – zakładany jest dla Polski pewien stały, ale niewielki wzrost dzietności w przyszłości. Innym scenariuszem jest wariant „bez zmian” pokazujący scenariusz utrzymywania się wszystkich istotnych wskaźników na niezmienionym poziomie w stosunku do momentu przygotowywania projekcji. Konsekwencją tych założeń są zróżnicowane wyniki dotyczące liczby ludności Polski na koniec wieku. Według projekcji w wariantie średnim, liczba ludności Polski spadłaby o 39,1% z 37,9 mln w 2019 r. do 23,0 mln w 2100 r. Natomiast w scenariuszu wariantu „bez zmian”, na koniec XXI wieku, liczba ludności Polski wyniosłaby 16,3 mln, co oznacza spadek w stosunku do 2019 r. o 57,1%⁸⁶. Oznacza to znaczący wzrost udziału populacji w wieku poprodukcyjnym. W 1990 r. udział osób w wieku poprodukcyjnym wynosił zaledwie 12,6%, a już w 2019 r. było to 21,4%. Dotychczasowe projekcje wskazują na dalszy wzrost odsetka osób starszych, który nawet przy założeniu pewnego wzrostu dzietności, w 2060 r. wyniesie 37,5% populacji⁸⁷.

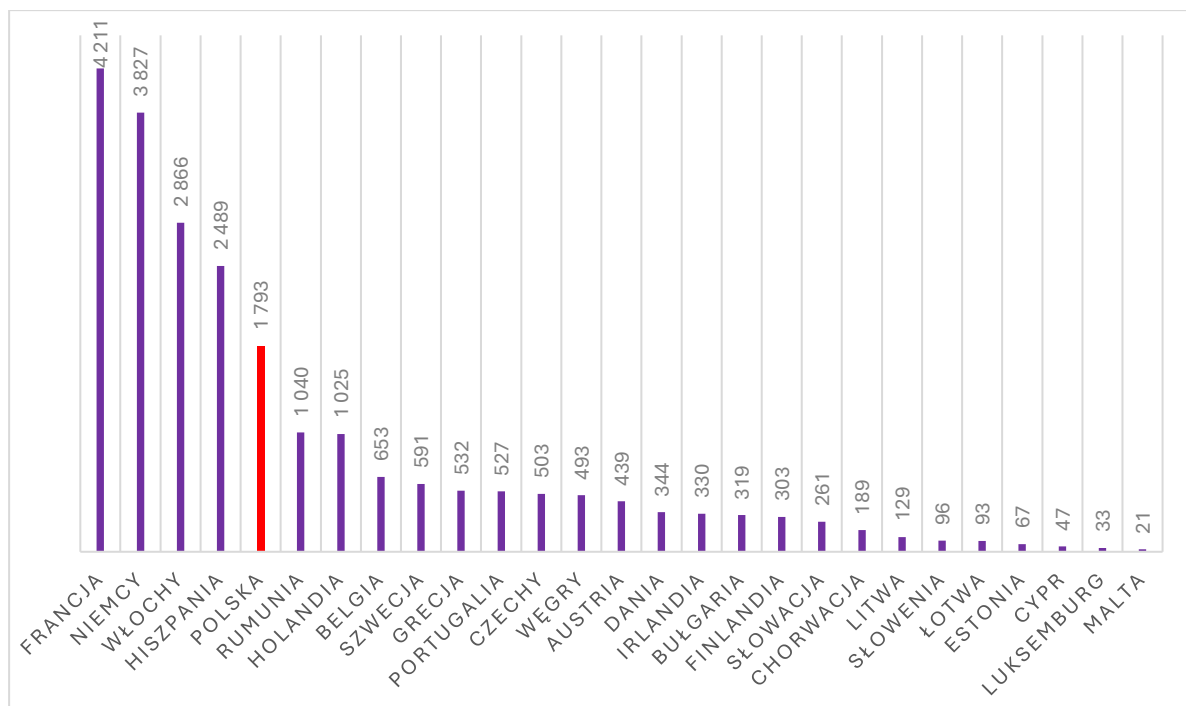
3.2.2. Polska demografia w referencji do UE – perspektywa porównawcza

Spoglądając na trendy demograficzne z perspektywy porównawczej w ramach UE kraje odznaczające się największą dynamiką (najszybszym spadkiem liczby dzieci) w ostatnim 30-leciu to Rumunia, Bułgaria i Polska, co oznacza, że ubyło w nich około 40% najmłodszych obywateli. Najmniejszą dynamiką (najwolniejszym spadkiem liczby dzieci) charakteryzowały się Rosja, dla której wskaźnik osiągnął wartość 79,33 oraz Czechy (75,68). Oznacza to, że w analizowanym okresie liczba dzieci do 14 roku życia spadła w wyżej wymienionych krajach o około 20–25%. Uwzględniając dane prognozowane do 2050 r., kategoria dzieci skurczy się o około 29% w Ukrainie i o 1/4 w Polsce i Bułgarii, najmniej zaś w Czechach (o niecałe 8%). W kategorii osób młodych (15-24 lata) największa dynamika w minionych trzech dekadach charakteryzowała Rumunię i Bułgarię, gdzie kategoria ta zmniejszyła swoją liczebność o około połowę. Najwolniejsze tempo zmian w tej kategorii wykazały Rosja oraz Polska, gdzie kategoria młodzieży zmniejszyła się o około 1/3⁸⁸.

⁸⁶ *World Population to 2300*, United Nations Digital Library, New York 2004, <https://digitallibrary.un.org/record/538806?v=pdf> [dostęp: 20.10.2024].

⁸⁷ Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Strategia Demograficzna 2040*, KPRM, Warszawa 2021, <https://www.gov.pl/attachment/e3a903eb-b93d-47e2-8407-b819652795ea> [dostęp: 20.10.2024].

⁸⁸ Za: K. Messyasz, *Sytuacja demograficzna ...*, dz. cyt., s. 231.



Wykres 4. Liczebności grup wiekowych 15-19 lat w krajach UE (w tys.)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

KRAJE COUNTRIES	Stan w dniu Status as of	Ogółem Total	0-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 i więcej 80 and more
			w odsetkach in percentage								
Austria Austria	1 I 2022	8979	14,4	4,9	12,1	13,8	13,1	15,5	12,1	8,3	5,8
Belgia Belgium	1 I 2022	11618	16,6	5,6	12,1	13,1	12,9	13,7	12,0	8,4	5,5
Białoruś Belarus	1 I 2019	9475	16,9	4,7	12,3	15,8	13,7	14,4	12,2	5,9	3,9
Bułgaria Bulgaria	1 I 2022	6839	14,5	4,7	9,5	13,7	15,3	13,9	13,3	10,4	4,8
Chorwacja Croatia	1 I 2022	3862	14,3	4,9	10,9	12,5	13,6	13,9	14,7	9,7	5,5
Cypr Cyprus	1 I 2022	905	16,0	5,2	15,0	16,4	13,0	12,0	10,7	7,6	4,0
Czarnogóra Montenegro	1 I 2022	618	18,0	6,1	12,6	14,1	13,8	12,9	12,5	6,8	3,2
Czechy Czechia	1 I 2022	10517	16,1	4,8	10,0	13,3	16,4	13,0	12,0	10,1	4,3
Dania Denmark	1 I 2022	5873	16,1	5,9	13,3	12,2	12,5	13,7	11,5	9,9	5,0
Estonia Estonia	1 I 2022	1332	16,4	5,0	10,1	14,9	13,8	12,9	12,5	8,5	6,0
Finlandia Finland	1 I 2022	5548	15,4	5,5	11,8	13,1	12,2	12,7	12,8	10,7	6,0
Francja France	1 I 2022	67872	17,5	6,2	11,3	12,2	12,6	13,1	11,9	9,2	6,0
Grecja Greece	1 I 2022	10460	13,7	5,1	10,0	11,9	15,2	14,8	12,6	9,5	7,2
Hiszpania Spain	1 I 2022	47433	14,0	5,2	10,4	12,2	16,3	15,2	11,9	8,6	6,1
Holandia Netherlands	1 I 2022	17591	15,4	5,8	12,9	12,6	12,1	14,5	12,4	9,4	4,8

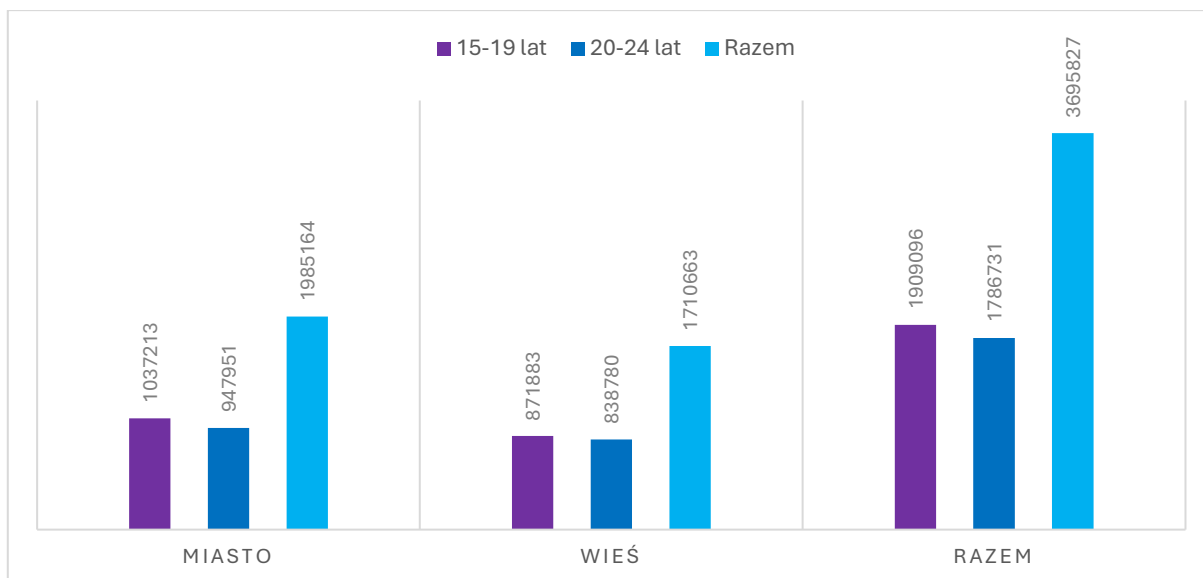
KRAJE COUNTRIES	Stan w dniu Status as of	Ogółem Total	0-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 i więcej 80 and more
			w odsetkach in percentage								
Irlandia Ireland	1 I 2022	5060	19,7	6,5	12,1	13,5	15,4	12,4	9,9	6,8	3,6
Litwa Lithuania	1 I 2022	2806	14,9	4,6	10,8	13,9	13,2	14,9	13,5	8,6	5,6
Luksemburg Luxembourg	1 I 2022	645	16,0	5,1	13,6	15,8	14,7	14,3	10,2	6,4	3,9
Łotwa Latvia	1 I 2022	1876	16,0	5,0	9,6	14,3	13,3	13,8	13,2	8,8	6,0
Malta Malta	1 I 2022	521	13,4	4,0	14,0	17,9	14,2	11,1	11,5	9,4	4,2
Niemcy Germany	1 I 2022	83237	13,9	4,6	11,3	13,1	12,0	15,7	13,2	8,8	7,3
Norwegia Norway	1 I 2022	5425	16,9	5,9	12,9	13,8	13,2	13,4	11,0	8,6	4,4
Polska Poland	1 I 2022	37654	15,4	4,8	11,1	15,5	15,2	12,0	13,4	8,1	4,4
Portugalia Portugal	1 I 2022	10352	12,8	5,1	10,6	11,5	14,9	14,5	13,2	10,4	6,9
Rosja Russia	1 I 2014	143667	16,3	4,8	15,7	15,5	13,2	15,2	9,9	6,4	3,0
Rumunia Romania	1 I 2022	19042	16,2	5,5	10,0	13,1	15,3	14,0	13,0	8,4	4,4
Serbia Serbia	1 I 2022	6797	14,3	5,2	11,1	13,5	14,4	13,3	14,2	9,4	4,6
Słowacja Slovakia	1 I 2022	5435	16,1	4,8	11,1	15,1	16,1	12,9	12,6	7,8	3,4
Słowenia Slovenia	1 I 2022	2107	15,1	4,6	10,1	13,1	15,0	14,2	13,4	9,0	5,6
Szwajcaria Switzerland	1 I 2022	8739	15,1	4,8	11,8	14,4	13,8	14,9	11,3	8,5	5,4
Szwecja Sweden	1 I 2022	10452	17,6	5,7	12,2	13,8	12,4	12,7	10,6	9,7	5,4
Ukraina Ukraine	1 I 2022	40998	14,9	4,8	10,6	16,5	14,9	13,4	13,0	7,1	4,7
Węgry Hungary	1 I 2022	9689	14,6	5,1	11,5	12,9	16,3	13,1	12,8	9,1	4,6
Wielka Brytania United Kingdom	1 VI 2020	67081	17,9	5,5	12,8	13,3	12,5	13,6	10,7	8,6	5,0
Włochy Italy	1 I 2022	59030	12,7	4,9	10,0	11,2	14,4	16,2	12,8	10,2	7,6

Tabela 2. Ludność wg wieku w krajach europejskich

Źródło: EUROSTAT 2023.

3.2.3. Zbiorowość polskiej młodzieży w zróżnicowaniu strukturalnym

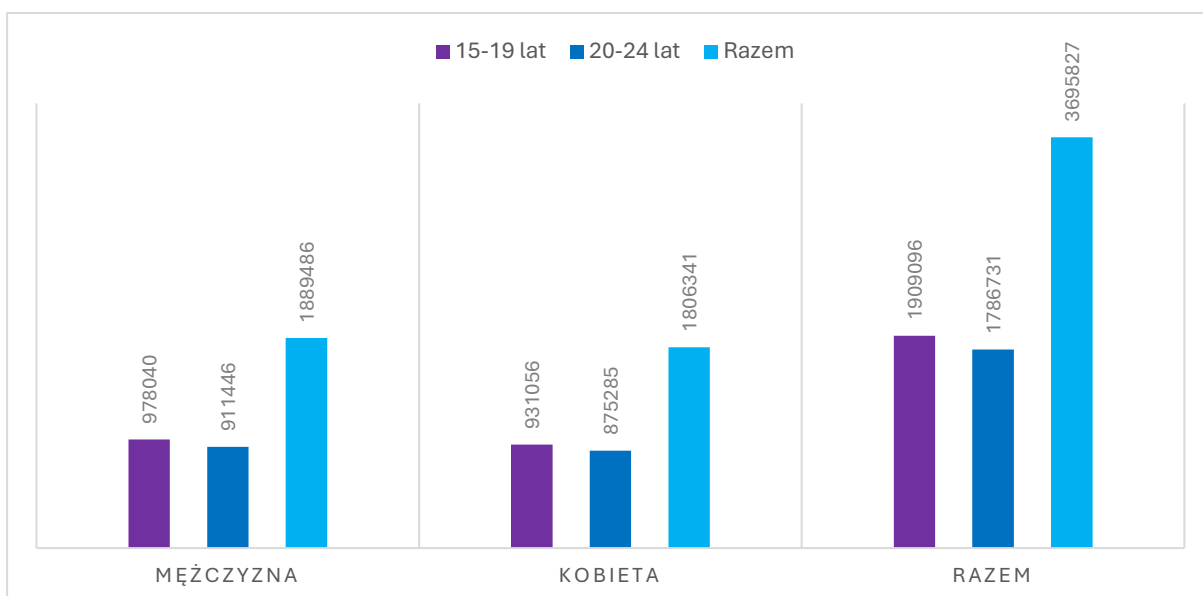
Dane statystyki publicznej pozwalają nam na rozpoznanie zróżnicowania zbiorowości polskiej młodzieży w zakresie podstawowych zmiennych strukturalnych. Ogółem dostrzegamy przewagę osób w kategoriach wieku 15-19 lat i 20-24 lat zamieszkujących ośrodki municypalne nad mieszkającymi na wsi, przy czym jest to obserwacja determinowana ogólną strukturą populacyjną związaną z wielkością miejsca zamieszkania.



Wykres 5. Struktura zbiorowości młodzieży w Polsce wg miejsca zamieszkania 2023

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

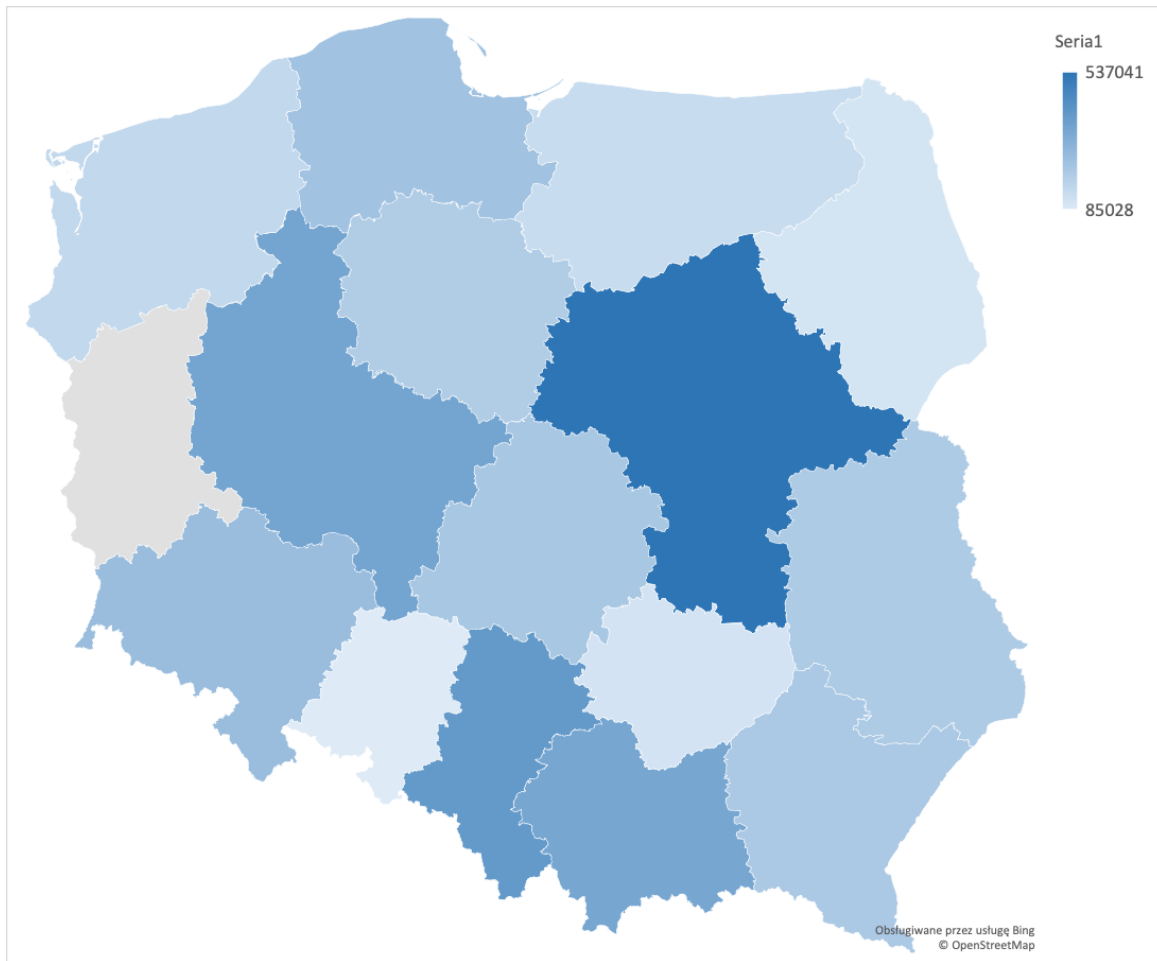
W obrębie zbiorowości młodzieży w Polsce, w zakresie zróżnicowania ze względu na płeć w kategoriach wieku dominują mężczyźni nad liczbą kobiet.



Wykres 6. Struktura zbiorowości młodzieży w Polsce wg płci 2023

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

Z perspektywy administracyjnej kraju najwięcej osób kwalifikowanych do zbiorowości młodzieży zamieszkuje województwa: mazowieckie – 53704, małopolskie – 348366, śląskie – 397065 i wielkopolskie – 356449, natomiast najmniejsza część populacji młodzieży zamieszkuje obszary województw: zachodniopomorskiego – 156865, warmińsko-mazurskiego – 140824, świętokrzyskiego – 114197, podlaskiego – 112611, lubuskiego – 96639 i opolskiego – 85028.



Kartogram 1. Struktura zbiorowości młodzieży w Polsce wg województw 2023

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

3.2.4. Oświata i edukacja polskiej młodzieży w danych statystyki publicznej

W roku szkolnym 2023/24 w Polsce działało 14,0 tys. szkół podstawowych dla dzieci i młodzieży, z tego 5,9 tys. w miastach i 8,1 tys. na wsi. W szkołach funkcjonujących w miastach uczyło się 1,9 mln uczniów, a na wsi 1,1 mln. Szkoły podstawowe dla dzieci i młodzieży prowadzone przez organy należące do sektora publicznego stanowiły 88,7% wszystkich placówek (w miastach – 81,1%, na wsi – 94,2%). Natomiast jednostki należące do sektora niepublicznego prowadziły 11,3% szkół (łącznie ze specjalnymi), w których kształciło się odpowiednio 94,1% i 4,9% uczniów. Najliczniejszą grupę (84,0%) stanowiły szkoły prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego (w miastach – 78,0%, a na wsi – 88,5%). W roku szkolnym 2023/24 średnia wielkość oddziału szkolnego w szkole podstawowej ogólnodostępnej wyniosła 18 uczniów. Szkoły podstawowe dla dzieci i młodzieży (bez szkół specjalnych) zlokalizowane na wsi charakteryzowały się korzystniejszą niż w miastach sytuacją pod względem liczebności oddziałów. Średnia liczba uczniów w oddziale w szkole wiejskiej wyniosła 15, podczas gdy w miastach oddział liczył 21 uczniów. W czerwcu 2023 r. szkoły podstawowe opuściło 512,5 tys. absolwentów. W roku szkolnym 2023/24 w Polsce działało 6,9 tys. szkół ponadpodstawowych dla młodzieży (łącznie ze szkołami specjalnymi), do

których uczęszczało łącznie 1818,9 tys. Uczniów (w poprzednim roku szkolnym 1671,2 tys.). W 2449 liceach ogólnokształcących dla młodzieży kształciło się 806,1 tys. uczniów, wśród których przeważały kobiety (62,2%), natomiast do 1858 techników uczęszczało 755,2 tys. uczniów i tu większość stanowili mężczyźni (61,2%). Do 1695 branżowych szkół I stopnia uczęszczało 217,5 tys. uczniów, wśród których mężczyźni stanowili 66,7%. Kształcenie w 261 branżowych szkołach II stopnia kontynuowało 13,0 tys. uczniów, z tego 12,4 tys. w miastach i 0,6 tys. na wsi. Szkoły specjalne przysposabiające do pracy to trzyletnie szkoły przeznaczone dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Absolwenci tych szkół otrzymują świadectwo potwierdzające przysposobienie do pracy. W roku szkolnym 2023/24 do 565 omawianych szkół uczęszczało 12,5 tys. uczniów. Wśród szkół ponadpodstawowych odrębną grupę stanowią ogólnokształcące szkoły artystyczne dające uprawnienia zawodowe. W roku szkolnym 2023/24 w Polsce w 107 placówkach tego typu zawód zdobywało 14,7 tys. uczniów (o 1,5% uczniów więcej niż w roku szkolnym 2022/23). Dla większości szkół ponadpodstawowych organem prowadzącym były jednostki samorządu terytorialnego – 73,8%. W roku szkolnym 2022/23 naukę w szkołach ponadpodstawowych dla dzieci i młodzieży ukończyło 330,4 tys. absolwentów, z czego 166,8 tys. stanowiły kobiety. W roku szkolnym 2023/24 funkcjonowało 1248 szkół policealnych (o 39 placówek mniej niż w poprzednim roku szkolnym), w których zawodu uczyło się 243,1 tys. uczniów (odpowiednio o 8,3 tys. więcej), z czego 71,3% stanowiły kobiety.

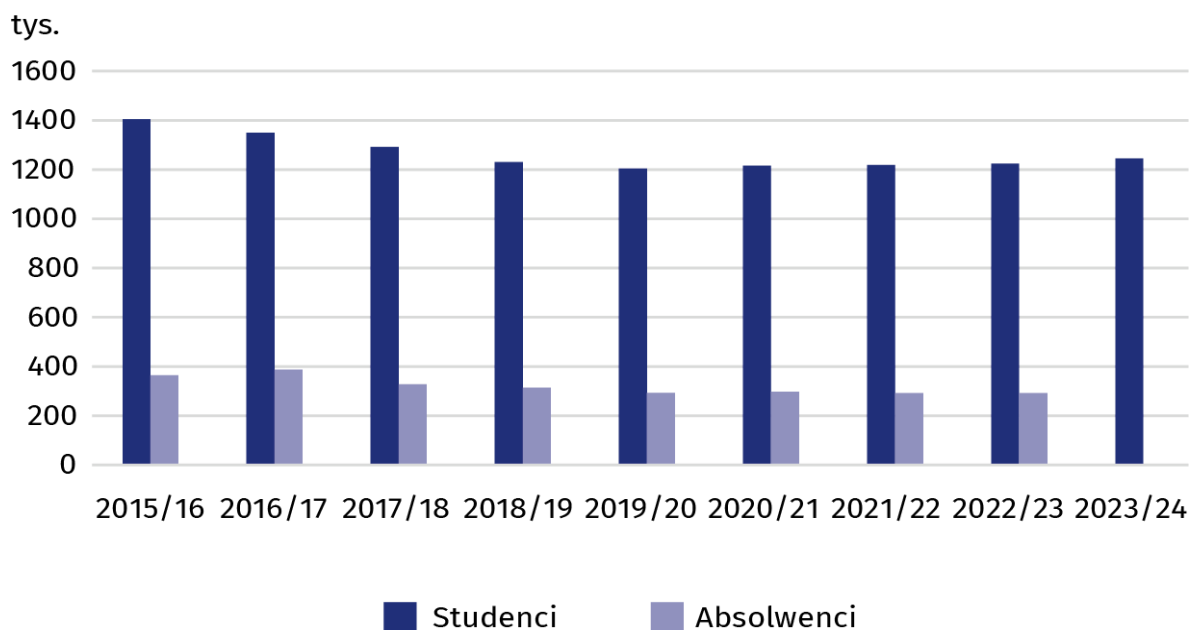
WYSZCZEGÓLNIENIE	Grupy wiekowe	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
		w %		
Współczynniki skolaryzacji brutto				
Wychowanie przedszkolne	3-6	98,6	98,6	98,7
Szkoły podstawowe	7-14	93,2	93,9	92,5
Branżowe szkoły I stopnia ^a	15-17	19,2	24,9	13,2
Licea ogólnokształcące	15-18	58,0	44,6	72,0
Technika ^b	15-19	40,3	47,5	32,8
Szkoły policealne ^c	19-21	24,7	14,8	35,0
Współczynniki skolaryzacji netto				
Wychowanie przedszkolne	3-6	96,1	95,8	96,4
Szkoły podstawowe	7-14	92,0	92,5	91,5
Branżowe szkoły I stopnia ^a	15-17	14,4	18,8	9,8
Licea ogólnokształcące	15-18	43,7	32,9	55,1
Technika ^b	15-19	34,4	40,9	27,7
Szkoły policealne ^c	19-21	5,8	4,1	7,5

Tabela 3. Współczynniki skolaryzacji w roku szkolnym 2023/ 2024 (wstępne dane GUS)

Źródło: Edukacja w roku szkolnym 2023/2024, GUS 2024.

Przeważająca część tych szkół zarządzana była przez podmioty sektora prywatnego (79,6%), a szkoły publiczne stanowiły 20,4%. W roku szkolnym 2023/24 w placówkach wychowania przedszkolnego oraz w szkołach podstawowych, ponadpodstawowych i policealnych kształciło się 6,7 mln dzieci, młodzieży i dorosłych, co stanowiło 17,8% ludności kraju⁸⁹.

W latach akademickich 2015/16-2019/20 liczba studentów zmniejszyła się z 1405,1 tys. do 1204,0 tys., po czym liczba studentów zaczęła wzrastać i w roku akademickim 2023/24 wyniosła 1245,2 tys. osób. W przypadku absolwentów zaobserwowano systematyczny spadek – ich liczba zmniejszyła się z 364,6 tys. w roku akademickim 2015/16 do 292,1 tys. w roku akademickim 2022/23 (jedynie w roku akademickim 2016/17 oraz 2020/21 zanotowano niewielki wzrost). W roku akademickim 2023/24 kobiety stanowiły 58,5% studiujących. Na studiach stacjonarnych studiowało 790,4 tys. osób (63,5% studiujących), natomiast na studiach niestacjonarnych – 454,7 tys. osób. Studia pierwszego stopnia wybrało 60,8% wszystkich studentów (756,5 tys. osób), podczas gdy na studiach drugiego stopnia kształciło się 19,7% studentów, a na magisterskich jednolitych 19,2%⁹⁰.



Wykres 7. Studenci i absolwenci uczelni w latach 2015-2024.

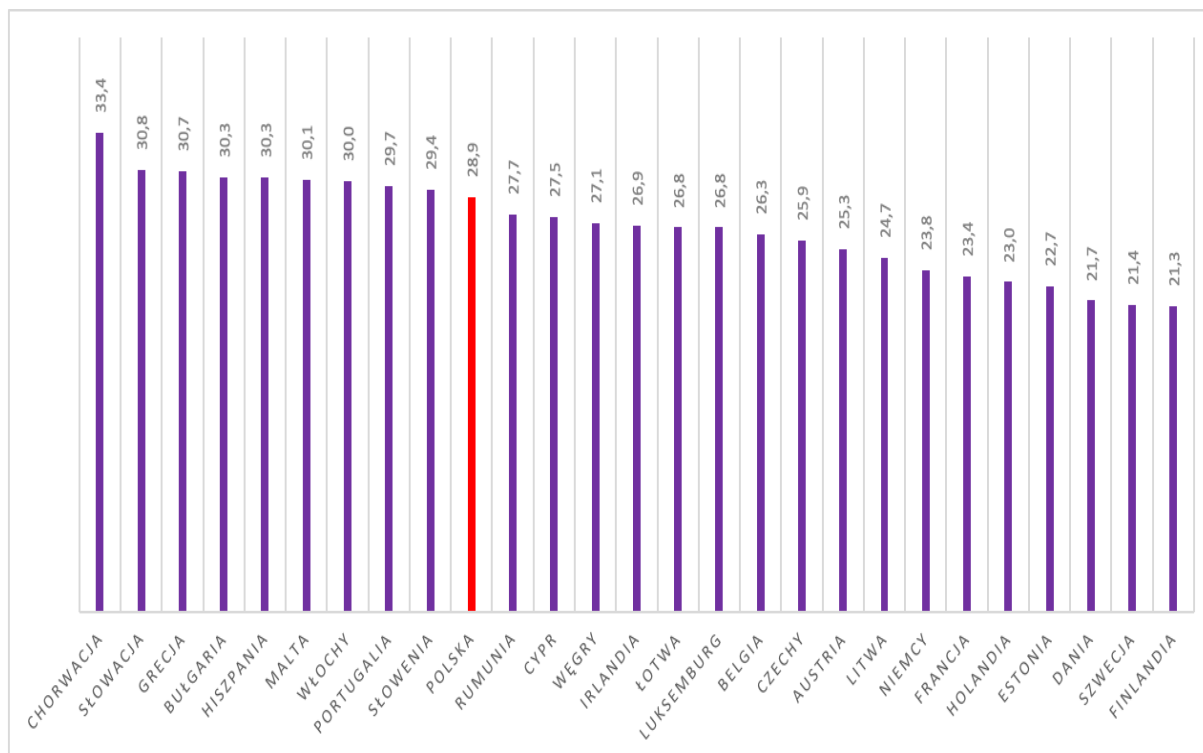
Źródło: GUS, Szkolnictwo wyższe w roku akademickim 2023/2024, GUS 2024.

⁸⁹ Główny Urząd Statystyczny, *Edukacja w roku szkolnym 2023/2024 (wyniki wstępne)*, Warszawa 2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/edukacja-w-roku-szkolnym-20232024-wyniki-wstepne,21,2.html> [dostęp: 20.10.2024].

⁹⁰ Główny Urząd Statystyczny, *Szkolnictwo wyższe w roku akademickim 2023/2024*, Warszawa 2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-w-roku-akademickim-20232024,8,10.html> [dostęp: 20.10.2024].

3.2.5. Czynniki dobrostanu społecznego polskiej młodzieży

Przeciętny Polak, opuszczając dom rodzinny w 2022 r., miał powyżej 28 lat, czyli powyżej średniej unijnej, wynoszącej 26,4 roku. co ciekawe i niepokojące, jeszcze w 2019 r. wiek usamodzielniającego się Polaka wynosił 27,4 roku. Jest to trzeci najwyższy wzrost wśród wszystkich krajów Unii Europejskiej – po Irlandii i Portugalii, a taki sam jak w Grecji⁹¹.

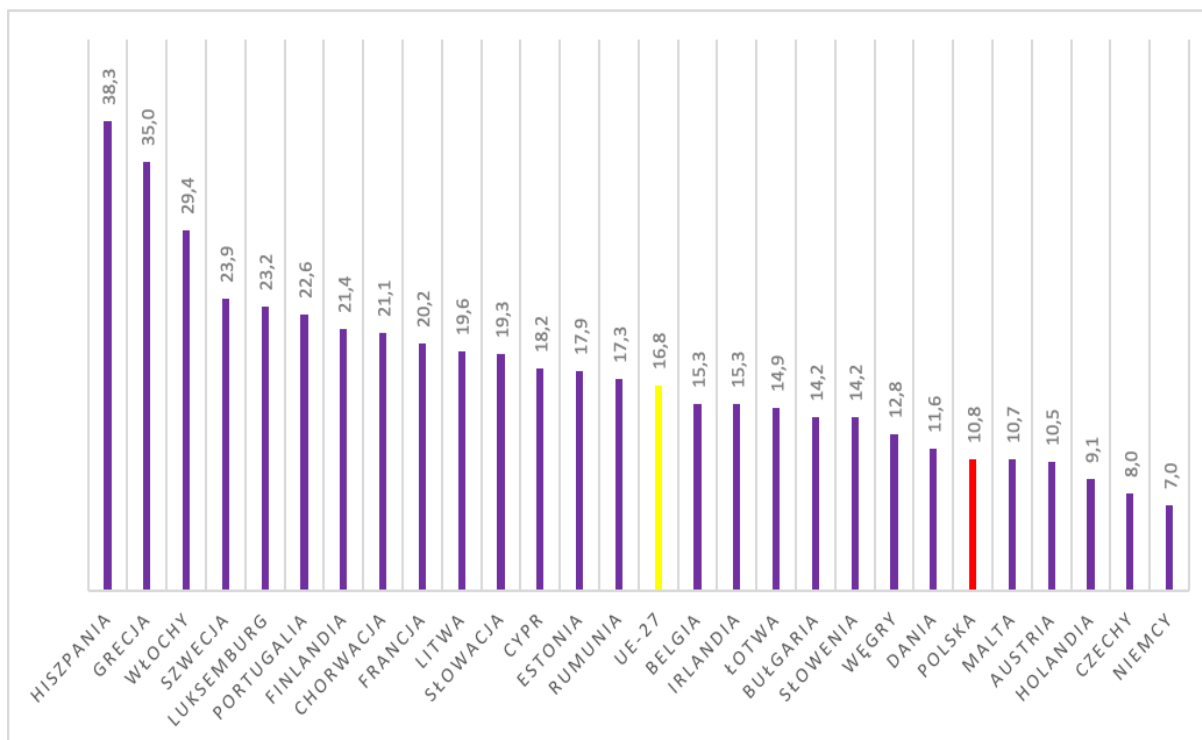


Wykres 8. Szacunkowy średni wiek młodych ludzi opuszczających gospodarstwo domowe rodziców w 2022 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

Konkurencyjność i stały rozwój polskiej gospodarki generują relatywnie niski poziom bezrobocia wśród polskiej młodzieży. Stopa bezrobocia, będąca w tej kategorii wiekowej także konsekwencją podjętej edukacji, wynosi 10,8 do referencji UE – 16,8.

⁹¹ A. Bojanowska-Sosnowska, D. Bulanda, P. Kempisty, O.-L. Dobrovolskyi, Ł. Janoszczuk, J. Walczuk, A. Wejt-Knyżewska, Ł. Zaorski-Sikora, *Kondycja młodych Polaków*, Warszawa 2023.



Wykres 9. Stopa bezrobocia w grupie 15-24 lata w % wg Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2021.

Z Narodowego Testu Zdrowia Polaków wynika, że średni Indeks Zdrowia młodych Polaków od 2021 r. do 2023 r. wzrósł. W grupie badanych w wieku 18-24 lata średni Indeks Zdrowia wyniósł w 2023 r. 57,5%, podczas gdy rok wcześniej było to 51,2%. Z kolei w grupie w przedziale 24-34 lata Indeks Zdrowia wyniósł 60,8%, co oznacza wzrost o 8 pkt. proc. w porównaniu z 2021 r. Z badania przeprowadzonego w 2023 r. wynika, że 45% badanych w wieku 18-24 lata ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, co oznacza zmniejszenie udziału w ten sposób oceniających się o 8 pkt. proc. w stosunku do 2020 r. Swoje zdrowie jako dobre i bardzo dobre ocenia 52% badanych w wieku 25-34 lata (spadek o 5% w stosunku do 2020 r.). Największy odsetek oceniających swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe jest wśród 18-24 latków. W ten sam sposób swoje zdrowie ocenia co dziesiąty przedstawiciel młodego pokolenia mający więcej niż 24 lata, ale mniej niż 35 lat. W porównaniu do 2020 r. zwiększył się odsetek oceniających źle swój stan zdrowia w analizowanych grupach wiekowych (odpowiednio o 7% i 4%). Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają (bądź będą trwały) 6 miesięcy lub dłużej dotyczą 36% 18-24 latków oraz 38% 24-34 latków. Od 2020 r. można zaobserwować wzrost udziału doświadczających długotrwałych problemów lub chorób przewlekłych o 5 pkt. proc. wśród osób w wieku 18-24 lata oraz o 3 pkt. proc. w grupie wieku 25-34 lata. Dane potwierdzają, że wraz z wiekiem wzrasta liczba osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi⁹².

Z badania wynika, że 37% badanych w wieku 18-24 lata ocenia swoje zdrowie psychiczne jako bardzo dobre lub dobre, co oznacza zmniejszenie udziału w ten sposób

⁹² Tamże.

oceniających się o 14 pkt. proc. w stosunku do 2020 r. Swój stan psychiczny jako dobry i bardzo dobry ocenia 48% badanych w wieku 25-34 lata (spadek o 12% w stosunku do 2020 r.).

Spadkowi udziału oceniających swoje zdrowie psychiczne przynajmniej dobrze towarzyszy wzrost odsetka wskazań na złe lub bardzo złe. Największy odsetek oceniających swoje zdrowie psychiczne w ten sposób jest w grupie 18-24 lata – niemal co trzeci badany tak się ocenił (32 proc.). Jak zauważają eksperci w raporcie Medonet, statystyki wskazują, że coraz więcej młodych osób choruje na depresję, przy jednoczesnym trudnym dostępie do psychologów i psychiatrów, a ostatnio i leków (Instytut Pokolenia, *Kondycja młodych Polaków*, 2023).

Przedstawione statystyki wskazują, że choć społeczny czas młodości wydłuża się i pozostaje kulturowo atrakcyjny (choć głównie z perspektywy pozostałych kategorii wiekowych), to wiąże się z wieloma systemowymi problemami, dla których proponuje się jednostkowe rozwiązania⁹³.

3.3. Pokoleniowe atrybuty zbiorowości młodzieży

Na poziomie postaw, zmiany demograficzne i społeczne w obrębie zbiorowości młodzieży ujawniają się w sposób zwielokrotniony. Pojawienie się w określonej przestrzeni społecznej, w danym punkcie czasowym, wspólnie akceptowanego systemu światopoglądowych sensów, wartości i idei może stanowić podstawę do uformowania się generacji ludzi, którzy w sposób mniej lub bardziej selektywny będą kierowali się tym układem odniesień w życiu rodzinnym, zawodowym, prywatnym czy publicznym. Oczywiście prognozowanie trwałości postaw na podstawie danych pochodzących z badań ilościowych, z programowo zawężonej próby badawczej, jest wysoce ryzykowne i rzetelność warsztatu badawczego wymaga podkreślenia tego faktu. Uczestnictwo w tym samym uniwersum symboli nie jest wystarczającym i klarownym wyznacznikiem tzw. pokoleniowości, ale stanowi przyczynek do postawienia pierwotnych też o amorficzności zjawiska lub o krystalizowaniu się trwalszych postaw w zbiorowości młodzieży na poziomie generacji w sensie socjologiczno-demograficznym⁹⁴.

⁹³ Za K. Messyasza, *Sytuacja demograficzna...*, dz. cyt., s. 231.

⁹⁴ W literaturze socjologicznej znajdujemy wiele istotnych źródeł tworzących dystynkcje związane z pojęciami młodzież, młodość, zbiorowość adolescencyjna, kohorta demograficzna. Z uwagi na multidyscyplinarny charakter podejmowanych przez nas analiz wykorzystujemy siatkę pojęciową zaczerpniętą między innymi z: P. Berger, T. Luckmann, *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, Warszawa 1983; H. Giese, *Socjologiczne teorie młodzieży*, Kraków 1996; A. Brzezińska, *Społeczna psychologia rozwoju*, Warszawa 2000; A.I. Brzezińska, K. Appelt, A. Ziółkowska, *Psychologia rozwoju człowieka*, [w:] *Psychologia akademicka*, t. 2, red. J. Strelau, D. Doliński, Gdańsk 2011; E.H. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 1997; A. Cybał-Michalska, *Tożsamość młodzieży w perspektywie globalnego świata. Studium socjopedagogiczne*, Poznań 2006; J. Mikułowski-Pomorski, Obuchowska I., *Adolescencja*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, t. 2, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2005; A. Jawłowska, *Tożsamość na sprzedaż*, [w:] *Wokół problemów tożsamości*, red. A. Jawłowska, Warszawa 2001; P. Sztompka, *Socjologia: analiza społeczeństwa*, Kraków 2002; K.-J. Tillmann, *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, Warszawa 1996; S.N. Eisenstadt, *Altersgruppen und Sozialstruktur*, [w:] *Jugend in der Modernen Gesellschaft*, red. L. von Friedenburg, Köln-Berlin 1966; Tenże, *Von Generation zu Generation. Altersgruppen und Sozialstruktur*, [w:] *Socjologiczne teorie młodzieży, wprowadzenie*, red. H. M. Giese, Kraków 1996; K. Mannheim K., *Das Problem der Generationen*, [w:] *Socjologiczne teorie młodzieży. Wprowadzenie*, red. H. M. Giese, Kraków 1996; H. Schelski, *Die skeptische Generation. Eine Soziologie der Jugend*, [w:] *Socjologiczne teorie młodzieży. Wprowadzenie*, red. H. M. Giese, Kraków 1996; K. Mannheim, *Das Problem der Generationen* [w:] *Jugend in der Modernen*

3.3.1. Socjologiczne dystynkcje pokoleniowości

Griese przyjmuje, że wspólnota pokoleniowa to „suma wszystkich należących do danego kręgu kulturowego osób, które na podstawie wspólnej sytuacji historyczno-społecznej wykazują podobieństwo postaw, motywacji, nastawień i systemów wartości”⁹⁵. Zbieżność ujęcia kategorii pokolenia odnajdujemy w dziełach M. Ossowskiej i J. Mikułowskiego-Pomorskiego. Wskazują oni, że „(...) pokolenie – to kategoria rówieśnicza, która w okresie dojrzewania psychicznego przeżyła pewne wydarzenie historyczne lub przeszła przez wspólne warunki, które obiektywnie kształtowały jej życie”⁹⁶. W perspektywie S.N. Eisenstadt’a kryterium wieku, stanowi „uprawienie i zobowiązanie do wykonywania różnych ról”, w oparciu o nie, możemy analizować młodzież i młodość, jako ważne dla zachowania ciągłości systemu społecznego. Poszczególne fazy życiowe przebiegają w ramach specyfiki rozwojowej zarówno w perspektywie zmian psychicznych, jak i procesu socjalizacji⁹⁷. Tillmannowskie „peer group” konstytuuje młodość jako fazę życiową i jest pośredniczącym „obszarem społecznym” w społeczeństwie rozwiniętym⁹⁸. Krąg rodzinny jako pierwotny w procesie kształtowania się młodego człowieka, jest wzmacniany skłonnością młodych ludzi do interakcji rówieśniczej. Pozwala ona im (młodym) zaspakajać poczucie intelektualnej i egzystencjalnej wspólnoty, niwelować niepewności i lęki, zatem kształtować także poczucie bezpieczeństwa. Wyzwaniem uniwersalnym dla każdego młodego pokolenia jest zachowanie równowagi pomiędzy ich (młodych) subiektywnymi potrzebami, a normatywnymi i pożądanymi społecznie koniecznościami, jeśli udaje się to zachować, wówczas możemy przyjąć, iż młodzież (młodość) pełni w społeczeństwie nowoczesnym funkcję integracyjną.

Socjalizacja zatem zawiera w sobie nabywanie i opanowanie wiedzy, umiejętności i nawyków, kształtowanie systemu wartości, ideałów, norm i zasad życia społecznego. Na drodze socjalizacji człowiek uczy się podstaw życia społecznego, systemu wartości, nabywa wiedzę, umiejętności i nawyki, „wchodzenie w kulturę”⁹⁹.

3.3.2. Homo consumens

Należy zaznaczyć, że model społeczeństwa konsumpcyjnego i kultura komercyjna dostarczają referencji stylów życia współczesnej młodzieży i pokoleniowości. Kategoria *homo consumens* stanowi etykietę segmentu społecznego, w którym konsumpcjonizm jest dominującym stylem życia interpretowanym powszechnie jako kryterium rozwoju cywilizacyjnego. Gospodarki społeczeństw zamożnych wytwarzają dobra materialne i oferują usługi, które zaspokajają sztucznie wykreowane potrzeby nazywane przez socjologów potrzebami statusowymi (ideę nieograniczonej konsumpcji określa się zaś mianem symbolizmu statusu). Konsumpcyjny styl życia polega na zdobywaniu mniej lub bardziej przydatnych przedmiotów materialnych,

Gesellschaft, red. L. von Friedenburg, Köln-Berlin 1966; M. Mead, *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*, Warszawa 2000; N. Zill, J. Robinson, *The Generation X Difference*, „American Demographics”, no 17, 1995, s. 24-31.

⁹⁵ H. Griese, dz. cyt., s. 80.

⁹⁶ J. Mikułowski-Pomorski, *Informacja i komunikacja. Pojęcia, wzajemne relacje*, Wrocław 1988, s. 268-269.

⁹⁷ S.N. Eisenstadt, dz. cyt., s. 53-54.

⁹⁸ K.-J., Tillmann, dz. cyt., s. 187-188.

⁹⁹ J. Modrzewski, D. Sipińska, *Socjalizacja*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 5, Warszawa 2006, s. 805.

produktów nowoczesnej technologii oraz na poszukiwaniu coraz to nowych doświadczeń, także duchowych. Wzorce atrakcyjnych ról społecznych, ściśle powiązane z tymi artefaktami współczesności, wyznaczają środki masowego przekazu, ogólniej kultura popularna. W opisie pokoleniowym zbiorowości młodzieży kategoria analityczna *homo consumens* wiąże się z kategorią *homo eligens*. Przedstawiciele młodzieży funkcjonują w sytuacji wielości i różnorodności możliwych propozycji skłaniających do chronicznych doświadczeń i poszukiwań. Pluralizm dotyczy nie tylko sfery materialnej konsumpcji, ale także świata idei aksjologii.

3.3.3. Środowiska społecznego „zakorzenienia” młodzieży

Młodzież jest jednym z tych pojęć w naukach społecznych i humanistycznych, które wymyka się próbom ujednolichenia i wyznaczenia sztywnych granic. Jego niejednoznaczność wynika z funkcjonowania koncepcji młodzieży w różnych wymiarach. Najbardziej „widzialnym”, czyli fizjologicznym (rozumianym jako jedna z biologicznych faz rozwojowych człowieka: okres dynamicznego wzrostu, uwieńczony osiągnięciem mniej więcej finalnego stanu organizmu), psychologicznym (ujmowanym jako jeden z zasadniczych etapów rozwoju psychicznego, obejmujący fazy adolescencji i post-adolescencji), a także społecznym¹⁰⁰. K. J. Tillmann postrzega rozszerzanie się grupy „post-młodzieży” jako efekt wydłużania się kształcenia i zawęża zjawisko do klasy średniej, jako zamożniejszej grupy społecznej, która – w przeciwieństwie do grup o pochodzeniu robotniczym – ma fundusze niezbędne do „odraczania młodości”. Jako przykład „post-młodzieży” podaje studencką wspólnotę mieszkaniową. Młodzież jako kategoria społeczna definiowana jest w ramach określonych instytucji społecznych, zwłaszcza szkoły (formalnej edukacji), jak również całego „arsenału” działań społecznych – opuszczania domu rodzinnego, zakładania własnej rodziny, zdobywania wykształcenia czy definiowania ścieżki rozwoju zawodowego. Młodzież to także – a może przede wszystkim – wytwór kultury, zdeterminowany dyskursywną grą znaków (muzyka, obraz, sfera werbalna) wskazujących, co w danym miejscu i czasie uznaje się za młodzieżowe i znajdujące się w opozycji do tego, co „dziecinne” czy „dorosłe”. To z powyższej niejednoznaczności pojęcia wynika, iż „badacze nigdy nie uzgodnią precyzyjnej definicji i muszą pogodzić się z poruszaniem się pomiędzy różnymi ograniczeniami”¹⁰¹.

Natomiast jakość ludzkiego życia wyznaczana jest przez konieczność poradzenia sobie z wieloznacznością świata i pokonaniem naturalnych kryzysów doświadczanych w biegu życia. Każdy okres rozwoju wiąże się z doświadczeniem charakterystycznego dlań kryzysu, a kryzysy te bezpośrednio – w młodości – związane są z tożsamością, o której można mówić na wiele sposobów¹⁰².

W zakresie pokoleniowych postaw młodzieży wobec współczesności należy sięgnąć do unikalnych badań komparatystycznych. Na tle młodzieży z wybranych krajów europejskich dostrzegamy wyraźniej generatywne charakterystyki polskiej młodzieży. W badaniu

¹⁰⁰ K-J., Tillmann, dz. cyt., s. 176.

¹⁰¹ J. Fornäs, *Youth Culture and Modernity*, [w:] J. Fornäs, G. Bolin (red.), *Youth Culture in Late Modernity*, London – Thousand Oaks – New Delhi, s. 3-4.

¹⁰² E. Wysocka, *Wschodząca dorosłość a tożsamość młodego pokolenia – współczesne zagrożenia dla kształtowania tożsamości. Analiza teoretyczna i empiryczne egemplifikacje*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych”, 2013, nr 1, s. 69-70.

Europejskiej Sieci Pamięci i Solidarności zgromadzono dane dotyczące zbiorowości młodzieży w wieku od 18 do 24 roku życia z 7 krajów Unii Europejskiej: Austrii, Czech, Niemiec, Polski, Rumuni, Słowacji oraz Węgier. Badanie jakościowe zrealizowano w 7 wskazanych krajach według tego samego schematu doboru próby typologicznej (czyli doboru celowego bazującego na uwzględnieniu respondentów zróżnicowanych ze względu na kontrolowane zmienne), umożliwiające międzykrajowe porównanie wyników.

Wyniki badań wskazują, że kluczowym obszarem zakorzenienia jest rodzina. Jest to *de facto* jedyna płaszczyzna, która była wskazywana przez zdecydowaną większość respondentów ze wszystkich badanych państw. Tak silna dominacja zakorzenienia prywatnego nad publicznym jest wyrazem wyobcowania społecznego i może być przyczyną społecznej frustracji. W przypadku podstawowej instytucji społecznej, jaką jest rodzina – 7% respondentów (biorąc jako sto procent ogół badanych, bez względu na państwo pochodzenia) w mniejszym lub większym stopniu odczuwa brak wsparcia z jej strony (największy brak wsparcia odczuwany jest w Niemczech – 10%, natomiast najmniejszy – w Rumunii – 3%, Polsce i Austrii – po 6%). 84% respondentów wskazuje istnienie takiego wsparcia, z czego aż 52% wyraża taki pogląd „zdecydowanie” (tę odpowiedź najczęściej wybierali respondenci z Rumunii – 74%, najrzadziej natomiast z Węgier – 31%). Musimy pamiętać, że badani to dorosła młodzież, od 18 do 24 roku życia, a więc w okresie, gdy rodzina na ogół traci – często jedynie przejściowo – tak wielkie znaczenie, jakie ma w życiu młodszych osób. Dowiadujemy się zatem, że rodzina jest nie tylko ważna, ale faktycznie spełnia funkcje wsparcia dorosłych dzieci. Wiek i płeć, a nawet stan cywilny, nie mają tu wielkiego znaczenia. Pozostałe pytania, dotyczące możliwości znalezienia oparcia i bliskości poza rodziną, pozwalają nie tylko ocenić stopień samotności i poczucia „opuszczenia”, ale także stan społeczeństwa obywatelskiego, chociaż rozumianego bardziej psychologicznie i socjologicznie niż politycznie czy prawnie. Pytania zostały tak zbudowane, aby ukazywać sposób „konstrukcji” wspomnianego społeczeństwa obywatelskiego. Jego fundamentem miałyby być rodzina. Nieco bardziej „oddalone” od osoby są społeczności sąsiedzkie. Na ich wsparcie liczy zaledwie 22% badanych, aż 43% nie czerpie z nich poczucia oparcia, a 35 % nie ma zdania w tej sprawie. Różnice między respondentami w zależności od państwa, z którego pochodzą, są nieduże. Znajdujący podporę w sąsiadach to Rumuni – 18%, Polacy – 20%, Słowacy – 21%, Czesi, Austriacy i Niemcy – po 23% i Węgrzy – 28%. Płeć i stan cywilny nie mają tu wielkiego znaczenia. Uzyskane odpowiedzi wskazują na bardzo duży dystans pomiędzy rodziną, a kolejnym poziomem relacji społecznych, jaki stanowią sąsiedzi. Nieco częściej niż w społeczności sąsiedzkiej respondenci upatrują możliwość wsparcia i bliskości w parafii lub wspólnocie religijnej – 31% (38% nie spodziewa się stamtąd wsparcia, a 30% nie ma w tej sprawie poglądu), choć widoczne są tu duże rozpiętości w zależności od państwa. Na parafie i wspólnoty religijne najczęściej z ufnością patrzą Węgrzy – 38%, nieco rzadziej Słowacy i Niemcy – po 33% oraz Polacy – 32%. Niższe zaufanie widoczne jest wśród Czechów – 30% i Rumunów – 29%, a szczególnie wśród Austriaków – 23%. Większym wsparciem są koledzy (ze szkoły lub pracy) – 49%. Najczęściej takie koleżeńskie wsparcie znajdują Polacy i Austriacy – 55%, rzadziej Niemcy – 50% i Czesi – 47% oraz Węgrzy i Rumuni – po 43%, a najrzadziej – Słowacy (39%). Jeszcze mniej osób liczy na pomoc ze strony stowarzyszeń obywatelskich i ruchów społecznych. Wydaje się, że jest to bardzo ważny wskaźnik tzw. społeczeństwa obywatelskiego, tak jak jest ono rozumiane w kategoriach politycznych. 26% respondentów

jest zdania, że można w nim znaleźć wsparcie, 37%, że nie, a 36% nie ma zdania. Zróżnicowania są tu dość duże. Pozytywną opinię na ten temat ma aż 38% Węgrów, 36% Czechów, 33% Słowaków i 28% Polaków, ale jedynie 21% Rumunów, 20% Niemców i zaledwie 13% Austriaków. Może to zastanawiać o tyle, że Austria i Niemcy, w których obywatele mają tak niską oceną w tej materii, na ogół uznaje się za państwa o najbardziej rozwiniętym społeczeństwie obywatelskim. Jeszcze rzadziej młodzi ludzie znajdują oparcie w instytucji państwa – 13%, przy czym aż 61% nie spodziewa się go tam znaleźć. W Polsce i Rumunii jest to 11%, w Austrii – 10%, natomiast na Słowacji – jedynie 8%. Częściej (o około 5%) są to mężczyźni niż kobiety. Rzadziej młodzi ludzie liczą na wspólnotę narodową. Wskazało tak 12% respondentów, najczęściej Węgrzy – 17% i Niemcy – 15%, rzadziej Czesi – 12%, Polacy i Austriacy – po 11%, a najrzadziej Rumuni – 9% i Słowacy – 8%. Na wysokim poziomie pozostaje ufność w wyspecjalizowaną pomoc terapeutyczną – ogółem wskazuje na nią 47% badanych (22% nie liczy na taką pomoc, a 31% nie wie, co ma o niej sądzić). Najczęściej liczą na nią Polacy – 52%, Rumuni – 50%, Czesi – 49%, Węgrzy i Niemcy – po 48% oraz Austriacy – 47%. Wydaje się jednak, że oczekiwania tego typu wskazują raczej na brak zakorzenienia, niż na istnienie społecznego i emocjonalnego zaplecza. Stosunkowo duży odsetek młodzieży stwierdza, że nie ma osoby ani instytucji, w której znajdują oparcie. Średnia dla wszystkich badanych państw wynosi 15%.

Konkludując należy wskazać, że wyniki badania ujawniają relatywnie wysoki stopień atomizacji społecznej i społecznego wyobcowania młodzieży. Jedynym trwałym elementem zakorzenienia – i to niezależnie od narodowości respondentów czy ich statusu materialnego – pozostaje rodzina, zarówno jako płaszczyzna wsparcia, jak i punkt odniesienia dla respondentów jako autorytet (matka, ojciec). Inne struktury społeczne, takie jak społeczności lokalne i zawodowe, naród i wspólnoty międzynarodowe tylko w niewielkim stopniu wypełniają te funkcje. Teza mówiąca o tym, że wraz z postępującą modernizacją i dekonstrukcją rodziny inne struktury przejmują jej rolę, okazuje się w tym wypadku niezasadna. Pozostałe struktury społeczne pełnią swoją funkcję, ale jedynie uzupełniająco (i to w niewielkim stopniu) wobec rodziny, a nie substytucyjnie. Miarą atomizacji społecznej jest także stosunek do autorytetów. Poza rodzicami i – we względnie wysokim stopniu – także nauczycielami, badani w niewielkim tylko stopniu wskazują na autorytety. Wyżej wymienione tendencje pozwalają sformułować tezę o rosnącym stopniu atomizacji społecznej i kształtowaniu się gruntu sprzyjającego wytworzeniu się w zbiorowości młodzieży stanu anomii społecznej.

3.4. Młodzież w Polsce – kondycja psychiczna

3.4.1. Wstęp

Zdrowie psychiczne zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia jest jednym z integralnych, a w związku z tym niezbędnych elementów szeroko rozumianej kategorii zdrowia człowieka. Ważne jest, by ujmować je nie tylko w perspektywie negatywnej jako stan pozbawiony zaburzenia czy choroby, lecz również w perspektywie pozytywnej jako swego rodzaju stan dobrostanu czy potencjału psychicznego zapewniającego realizację wyzwań rozwojowych właściwych etapowi życia, a tym samym osiągnięcie optymalnej jakości życia.

Stąd też w zdrowiu psychicznym trzeba upatrywać dynamicznego procesu podlegającego zmianom w cyklu życia. W związku z tym, kwestia trudności w obszarze zdrowia psychicznego może być ujmowana szerzej jako szeroko rozumiane trudności w sferze psychospołecznego funkcjonowania człowieka, tzn. w sferze poznawczej, emocjonalnej, behawioralnej i społecznej lub wężiej, jako zaburzenia czy choroby psychiczne.

Zdrowie psychiczne młodzieży jest istotnym warunkiem realizowania przez nastolatków wyzwań rozwojowych właściwych temu etapowi rozwoju. Ważnym w tej perspektywie jest systematyczne analizowanie stanu kondycji psychicznej młodzieży, m.in. w aspekcie trudności pojawiających się w tym obszarze ich zdrowia, zwłaszcza, że powszechnie wskazuje się na niedoszacowanie skali wyzwań dotyczących zdrowia psychicznego młodzieży. Poniżej podjęto próbę przedstawienia wybranych danych dotyczących samopoczucia psychicznego oraz zaburzeń psychicznych wśród młodzieży polskiej w latach 2010-2023, celem ogólnego zaprezentowania stanu kondycji psychicznej młodzieży polskiej na przestrzeni tych lat oraz podniesiono zagadnienie czynników ryzyka i czynników chroniących w aspekcie zdrowia psychicznego młodzieży.

3.4.2. Samopoczucie psychiczne młodzieży

Ważnych informacji dotyczących oceny zdrowia, w tym zdrowia psychicznego oraz oceny samopoczucia psychicznego przynoszą badania Health Behaviour in School-aged Children – HBSC realizowane wśród polskich uczniów w wieku 11-15 lat. Przyglądając się wynikom badań HBSC 2010 oraz HBSC 2014 (Mazur i in., 2010; Mazur, 2014) można stwierdzić, że nie ma istotnych różnic w aspekcie samooceny zdrowia u nastolatków między 2010 a 2014 rokiem. Warto wskazać, że analiza obu wspomnianych badań wykazała, że samoocena zdrowia nastolatków pogarsza się wraz z wiekiem, co więcej jest znacznie gorsza u dziewcząt. W ramach wspomnianych badań dokonano również oceny częstości występowania u nastolatków różnych dolegliwości o podłożu somatycznym, ale również o podłożu psychicznym, wśród których ujęto rozdrażnienie, zdenerwowanie czy przygnębienie. W porównaniu z wynikami z 2010 roku, w 2014 roku wykazano, że rozdrażnienie występowało u nastolatków ze zbliżoną częstością, zdenerwowanie istotnie rzadziej, zaś przygnębienie istotnie częściej. W obu badaniach istotnym wskaźnikiem była płeć – dziewczęta wykazywały większą częstość doświadczania wspomnianych dolegliwości – oraz wiek – wraz z wiekiem częstość doświadczania wspomnianych dolegliwości rosła. Odwołując się do wspomnianych badań należy wskazać, że poziom zadowolenia z życia nastolatków poprawił się w przypadku obu płci. Poprawa wyrażała się swoistym przejściem z grupy nastolatków średnio zadowolonych z życia do grupy nastolatków osiągającej najwyższe zadowolenie z życia. Na podobnym poziomie pozostał jednak odsetek nastolatków niezadowolonych z życia. Oba wymienione badania wskazują na istotną tendencję dotyczącą wzrostu niezadowolenia z życia nastolatków wraz z ich wiekiem – najniższy stopień zadowolenia z życia osiągali 15-latkowie. W perspektywie zróżnicowania płciowego należy wskazać, że 15-letnie dziewczęta osiągnęły niższy stopień zadowolenia z życia niż 15-letni chłopcy. W odniesieniu do kolejnej edycji badań HBSC przeprowadzonych w 2018 roku (Mazur i in., 2018), można stwierdzić, że w stosunku do 2014 roku zmalał odsetek badanych nastolatków, który ocenił swoje zdrowie jako gorsze niż dobre, jednocześnie zmalał również odsetek badanych nastolatków, który ocenił

swoje zdrowie jako doskonałe, zaś zwiększył się odsetek badanych nastolatków, która wybierała odpowiedzi przeciętne. Zmiany te są trudne do jednoznacznej oceny. Bez wątpliwości pozostał jednak fakt, że samoocena zdrowia nastolatków jest nadal mocno uwarunkowana płcią i wiekiem, tzn. jest znacznie gorsza u dziewcząt i znacznie pogarsza się z wiekiem. Badania z 2018 roku wykazały, że w latach 2014-2018 istotnie częściej odnotowywane były u nastolatków takie dolegliwości o podłożu psychicznym jak rozdrażnienie i zdenerwowanie. Powtarzające się przygnębienie odnotowywane było w obu rundach badań HBSC ze zbliżoną częstością. Ponadto w 2018 roku badana młodzież w aspekcie średniej oceny swojego zadowolenia z życia osiągnęła niewielki wzrost w stosunku do młodzieży poddanej badaniu w 2014 roku. Co więcej, zmniejszył się odsetek nastolatków znacznie niezadowolonych ze swojego życia oraz przeciętnie oceniających swoje zadowolenie z życia, zaś zbliżony odsetek badanych nastolatków ocenił swoje zadowolenie z życia wyraźnie wysoko.

Nie ma wątpliwości, iż wybuch pandemii COVID-19 w 2020 roku stał się wyzwaniem dla zachowania przez nastolatków swojego dobrostanu psychicznego. Badania realizowane wśród uczniów w trakcie trwania pandemii COVID-19 przez Instytut Profilaktyki Zintegrowanej (Grzelak i in., 2023) pokazują, że w okresie od listopada do grudnia 2020 roku aż 36% uczennic i 23% uczniów wykazywało słabą kondycję psychiczną, zaś wskaźnik ten wzrósł w okresie od października 2021 roku do lutego 2022 roku do 41,4% wśród uczennic i 25,5% wśród uczniów. W badaniach prowadzonych do końca 2022 roku nie dostrzega się znaczącej poprawy sytuacji dotyczącej kondycji psychicznej uczniów.

W tym miejscu należy wspomnieć o badaniu zrealizowanym przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej „Młodzież 2021” pod koniec 2021 roku. Badaniem zostali objęci uczniowie ostatnich klas w szkołach ponadpodstawowych w Polsce, tj. w przedziale wiekowym 17-19 lat. W ramach badania dokonano m.in. oceny samopoczucia psychicznego młodzieży (mierzonego deklarowaną częstością odczuwania stanów emocjonalnych) w roku 2021. W wyniku badania stwierdzono, że nastolatki ze wspomnianej grupy wiekowej zdecydowanie częściej niż ogół populacji doświadczali stanów emocjonalnych o charakterze negatywnym, a przede wszystkim częste lub bardzo częste odczuwanie zdenerwowania i rozdrażnienia – 72%, zmęczenia i znużenia – 62%, bezradności – 57%. Ponad połowa badanych uczniów potwierdziła, że często lub bardzo często czuła się nieszczęśliwa („w depresji”). Średnia wartość wskaźnika samopoczucia uczniów na skali od 1 (dyskomfort psychiczny – deklarowanie bardzo częstych negatywnych stanów emocjonalnych i brak pozytywnych) do 4 (komfort psychiczny – deklarowanie bardzo częstych pozytywnych stanów emocjonalnych i brak negatywnych) wyniosła 2,54. Z danych uzyskanych w ramach badania wynika, że samopoczucie psychiczne nastolatków istotnie różnicowała płeć. Dziewczeta doświadczwały negatywnych stanów emocjonalnych częściej niż chłopcy, na co mogą wskazywać niniejsze wskaźniki: zdenerwowanie i rozdrażnienie – 82% dziewcząt i 60% chłopców, zniechęcenie i znużenie – 72% dziewcząt i 51% chłopców, bezradność – 70% dziewcząt i 41% chłopców, poczucie bycia nieszczęśliwym („w depresji”) – 63% dziewcząt i 37% chłopców. Co więcej, dziewczeta osiągnęły niższą średnią wartość wskaźnika samopoczucia psychicznego w przywołanej wcześniej skali. Choć edycje wspomnianego na początku badania realizowano m.in. w latach 2010, 2013 i 2018, nie ujęto w nich kategorii

samopoczucia psychicznego, stąd też niemożliwym jest dokonanie zwięzłej analizy porównawczej.

Ciekawym elementem weryfikowania kondycji psychicznej młodzieży w Polsce w trakcie trwania pandemii COVID-19 było badanie przeprowadzone na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka wśród dzieci i młodzieży w czerwcu 2021 r. na podstawie polskiej adaptacji kwestionariusza The KIDSCREEN. Ze wspomnianego badania wynika, że około 14% wszystkich objętych badaniem uczniów w Polsce powinno być odbiorcami interwencji związanych z ich funkcjonowaniem psychicznym (sytuacja zagrożenia zdrowia psychicznego). W ramach badania odnotowano, że niski poziom samopoczucia psychicznego związanego z niezadowoleniem ze swojego życia dotyczył aż 13% uczniów drugich klas szkół ponadpodstawowych. Płeć różnicowała wyniki badania, bowiem to dziewczęta (15%) znacznie częściej niż chłopcy (11%) doświadczały niskiego poziomu samopoczucia psychicznego związanego z niezadowoleniem ze swojego życia. Bardzo zbliżone do wspomnianych dane dotyczące niskiego poziomu samopoczucia psychicznego związanego z niezadowoleniem ze swojego życia wśród młodzieży zawiera raport z kolejnego badania zleconego przez Rzecznika Praw Dziecka w czerwcu 2023 roku. Choć badanie było realizowane po ustaniu pandemii COVID-19 w analizowanym aspekcie nie odnotowano istotnych zmian.

3.4.3. Zaburzenia psychiczne młodzieży

Szacuje się, że wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń o podłożu psychicznym w populacji ogólnej dzieci i młodzieży w Polsce wynosi 13-16% (Wiśniewska-Nogaj, 2024), co oznacza, że jest zbliżony do światowego, bowiem według aktualnych szacunków Światowej Organizacji Zdrowia na całym świecie 1 na 7 (13-14%) nastolatków w wieku 10-19 lat doświadcza zaburzeń psychicznych. Niestety, zdaje się, że w Polsce kwestia rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży pozostaje nadal niewystarczająco zgłębiona, bowiem nie posiadamy systematycznych i całościowych badań epidemiologicznych w tym zakresie. Stąd koniecznym w ogólnym przedstawieniu niniejszego zagadnienia zdaje się oparcie się o dostępne dane dotyczące przede wszystkim leczenia ambulatoryjnego i hospitalizacji dzieci i młodzieży ze względu na zaburzenia psychiczne. Choć nie pozwoli to oddać pełnej skali zjawiska rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, może być punktem wyjścia dla zrozumienia powagi tego zjawiska na gruncie polskim.

Jak wskazuje raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (Sajkowska i in., 2022), od 2010 roku sukcesywnie rośnie liczba diagnoz zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz liczba dzieci i młodzieży objętych specjalistyczną pomocą psychologiczną i psychiatryczną ze względu na zaburzenia psychiczne. Można to dostrzec analizując dane pochodzące z Instytutu Psychiatrii i Neurologii (Sajkowska i in., 2022), zgodnie z którymi liczba dzieci i nastolatków (do 18 roku życia) leczonych ambulatoryjnie ze względu na zaburzenia o podłożu psychicznym wynosiła: w 2010 roku to ponad 114 tysięcy, w 2015 roku to ponad 143 tysiące, a w 2020 roku to ponad 170 tysięcy. Istotnych danych dostarczają również statystyki prowadzone przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (Sajkowska i in., 2022; Wiśniewska-Nogaj, 2024) dotyczące przypadków hospitalizowania dzieci i młodzieży (do 19 roku życia) ze względu na zaburzenia o podłożu psychicznym. Ich liczba osiągnęła: w 2010 roku to około 7700 (z czego około 2800 dotyczyło nastolatków w wieku 15-19 lat),

w 2015 roku to ponad 10 tysięcy (z czego około 3 tysiące dotyczyło nastolatków w wieku 15-19 lat), w 2020 roku to około 6 i pół tysiąca (z czego około 2 tysiące dotyczyło nastolatków w wieku 15-19 lat), co zwykle wiązać się z ograniczeniami wynikającymi z pandemii COVID-19, w 2021 roku to ponad 8300 (z czego około 3 tysiące dotyczyło nastolatków w wieku 15-19 lat), zaś w 2022 roku to ponad 10 tysięcy (z czego ponad 3 i pół tysiąca dotyczyło nastolatków w wieku 15-19 lat).

Ważnych informacji w kontekście doświadczania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży dostarcza raport Najwyższej Izby Kontroli opublikowany 2023 roku, z którego wynika, że w ramach całego systemu opieki psychiatrycznej całkowita liczba pacjentów do 17 roku życia, którym udzielono świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej wzrosła, bowiem w 2020 roku wyniosła nieco ponad 144 tysiące, zaś w 2022 roku wyniosła nieco ponad 242 tysiące (wzrost o 68%). Warto również odnieść się do danych pochodzących z Ministerstwa Zdrowia (Wiśniewska-Nogaj, 2024), zgodnie z którymi, w 2020 roku opieką psychiatryczną objęto około 146 tysięcy dzieci i młodzieży do 18 roku życia (w latach 2018-2019 liczba była zbliżona do tej z 2020 roku), w 2021 roku było to około 215 tysięcy, zaś w 2022 roku blisko 255 tysięcy dzieci i młodzieży. Warto dodać, że od 2019 roku realizowana jest reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, której jednym z głównych celów jest zwiększenie dostępności opieki psychiatrycznej w tej grupie wiekowej. Jednak pomimo tego znacznego wzrostu liczby pacjentów, w 2022 roku opieką psychiatryczną objęto 3,5% populacji dzieci i młodzieży, choć według szacunków opieki takiej wymagało 9% wspomnianej populacji, a według wspomnianego wcześniej badania EZOP II nawet blisko 14%.

Choć oficjalne statystyki mogą wystarczająco nie oddawać rzeczywistego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży ze względu na zmiany w aspekcie dostępności i wydolności systemu opieki psychologicznej i psychiatrycznej, obrazu wyzwań w tym obszarze w pewnym sensie dopełniają badania społeczne, takie jak „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II” (Ostaszewski i in., 2021). Niestety badanie w swojej pierwszej edycji, tj. EZOP I, nie objęło osób poniżej 18 roku życia, stąd istotnym zdaje się, ze względu na omawiany obszar tematyczny, przekierować uwagę na wyniki badania realizowanego w ramach drugiej edycji, tj. EZOP II. W wyniku tego badania, przeprowadzonego w latach 2018-2020, szacuje się, że zaburzeń zdrowia psychicznego doświadczają ponad 550 tysięcy polskich dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat, z czego ponad 350 tysięcy młodzieży w wieku 12-17 lat. We wspomnianej grupie młodzieży dominowały zaburzenia eksternalizacyjne (zwłaszcza zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych – 4,2%, zaburzenia odżywiania – 2,6% czy zaburzenia zachowania – 1,6%) i zaburzenia afektywne (zwłaszcza zaburzenia depresyjne – 1,5%). W badaniu EZOP II odnotowano, że wskaźniki rozpowszechnienia niektórych zaburzeń psychicznych wzrosły wraz z wiekiem badanych dzieci i młodzieży. Wśród największych wzrostów odnotowano te dotyczące rozpowszechniania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, zaburzeń zachowania i zaburzeń opozycyjno-buntowniczych – należących do kategorii zaburzeń eksternalizacyjnych, dalej zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – należących do kategorii zaburzeń internalizacyjnych oraz zaburzeń depresyjnych – należących do kategorii zaburzeń afektywnych. Największe rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych (23,3%) odnotowano w grupie wiekowej 16-17 lat. W ramach wspomnianego badania odnotowano, że płeć nie wpływa w istotny sposób na rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego

w badanej grupie. Autorzy tego badania szacują, że spośród dzieci i nastolatków wymagających opieki psychologicznej lub psychiatrycznej (szacuje się, że jest ich blisko 14%) jest nią objętych w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia mniej niż 20%.

3.4.4. Czynniki chroniące zdrowie psychiczne młodzieży i czynniki ryzyka rozwoju trudności w obszarze zdrowia psychicznego młodzieży

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące posiadają różnorodny charakter. W najbardziej szerokim ujęciu możemy mówić o czynnikach o charakterze wewnętrznym, tj. związanych z indywidualnymi zasobami jednostki lub o czynnikach o charakterze zewnętrznym, tj. związanych ze środowiskiem, w którym jednostka funkcjonuje. Należy wskazać, że zarówno czynniki ryzyka jak i czynniki chroniące są właściwościami wzajemnie na siebie oddziaływującymi.

Wśród czynników ryzyka rozwoju trudności w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wyróżnia się przede wszystkim czynniki biologiczne i psychospołeczne (Namysłowska, 2013; Kluczyńska i in., 2023). Do czynników biologicznych zalicza się zwykle czynniki genetyczne (np. historia zaburzeń psychicznych w rodzinie) i paragenetyczne oraz czynniki związane z przebytymi niedoborami, urazami i chorobami. Wśród czynników psychospołecznych wymienia się zwykle czynniki związane z rodziną, grupą rówieśniczą i społecznością szkolną. Szczególne czynniki ryzyka związane z rodziną są związane przede wszystkim z konkretną dysfunkcją rodziny (np. przestępczość, uzależnienie czy przemoc), z poważnymi chorobami rodziców (zwłaszcza psychicznymi), z zaburzoną strukturą rodziny (nieobecność jednego lub obojga rodziców), z nieprawidłowymi relacjami w rodzinie (np. przemoc czy odrzucenie lub uwikłanie emocjonalne), z niejasnymi sposobami komunikacji czy niekorzystnym stylem wychowawczym. Wśród czynników ryzyka związanych z grupą rówieśniczą i szkołą wymienia się przede wszystkim porażki edukacyjne, poczucie zagrożenia fizycznego i psychicznego (w tym przemoc rówieśnicza i cyberprzemoc), trudności w kontaktach rówieśniczych, odrzucenie i izolację rówieśniczą czy konformizm wobec grupy rówieśniczej.

Choć ze względu na duże rozproszenie danych statystycznych dotyczących doświadczania przez dzieci i młodzież w Polsce poszczególnych zjawisk stanowiących czynniki ryzyka rozwoju trudności w obszarze ich zdrowia psychicznego wyzwaniem pozostaje próba ich całościowego przedstawienia, dla przybliżenia powagi zagadnienia warto przywołać choćby niektóre wyniki badań przeprowadzanych w ciągu ostatniego dziesięciolecia, wśród których można wymienić te, przeprowadzone w latach 2013, 2018 i 2023, wśród nastolatków między 11 a 17 rokiem życia przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (Włodarczyk i in., 2013; Włodarczyk i in., 2018; Makaruk i in., 2023). Szczególną uwagę badaczy skupiło w ramach kolejnych edycji badania zjawisko wiktymizacji dzieci i młodzieży będące bezsprzecznie znaczącym czynnikiem ryzyka rozwoju trudności w obszarze zdrowia psychicznego. Niepokojącym jest, iż badania wskazują, że systematycznie wzrasta liczba dzieci i młodzieży, którzy doświadczyli przynajmniej jednej formy przemocy (z 71% w 2013 roku do 79% w 2023 roku). Spośród szczegółowych wyników wspomnianych badań warto przywołać choćby niektóre trendy, które pokazują, że choć skala przemocy fizycznej doświadczanej we wspomnianej grupie dzieci i młodzieży ze strony bliskich osób dorosłych systematycznie

spada, to nie odnotowano istotnej zmiany w zakresie skali doświadczanej przemocy psychicznej ze strony bliskich osób dorosłych w tej grupie – utrzymuje się ona stale na wysokim poziomie (w roku poprzedzającym poszczególne edycje badania 14-16%; w ciągu całego życia 20-22%). Co więcej, w przypadku skali doświadczania przemocy rówieśniczej we wspomnianej grupie dzieci i młodzieży odnotowano na przestrzeni minionego dziesięciolecia istotny wzrost, zwłaszcza w aspekcie przemocy psychicznej (w roku poprzedzającym badanie: z 13% w 2013 roku do 27% w 2023 roku; w ciągu całego życia: z 28% w 2013 roku do 44% w 2023 roku;). Niemniej istotną w aspekcie wiktylizacji dzieci i młodzieży jako czynnika ryzyka rozwoju trudności w obszarze zdrowia psychicznego jest również przemoc seksualna. Kolejne edycje wspomnianego badania nie odnotowują spadku skali tego zjawiska, co jawi się jako szczególne alarmujące. Choć zjawisko wiktylizacji, jak wspomniano na początku, nie stanowi jedynego czynnika ryzyka rozwoju trudności w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zobrazowanie jego skali w kilku wybranych aspektach pokazuje, że kwestia identyfikowania wspomnianych czynników ryzyka, monitorowania ich rozpowszechnienia, a dalej wdrażania adekwatnej profilaktyki i stosowania odpowiedniej interwencji są bezsprzecznie istotne dla ochrony i wzmacniania kondycji psychicznej dzieci i młodzieży.

Omawianie w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży zagadnienia czynników ryzyka bez odniesienia się do zagadnienia czynników chroniących jawi się jako niestosowne. Wśród najważniejszych czynników chroniących zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży wyróżnia się zwykle czynniki indywidualne związane z posiadanymi zasobami oraz czynniki psychospołeczne związane z interakcjami i relacjami w obrębie rodziny, grupy rówieśniczej i społeczności szkolnej oraz innych społeczności lokalnych, a także zasobami tych grup i społeczności (Namysłowska, 2013; Kluczyńska i in., 2023). Wśród najważniejszych czynników indywidualnych wymienia się pozytywny obraz siebie i poczucie sprawczości, dalej umiejętność samoregulacji i samokontroli emocjonalnej oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem, następnie umiejętności społeczne, zwłaszcza skutecznego porozumiewania się, nawiązywania i utrzymywania relacji, również głębokich i rozwiązywania konfliktów, dalej angażowanie się w różne aktywności i rozwijanie zainteresowań czy wyznaczanie planów i celów życiowych. W kontekście psychospołecznym czynniki chroniące ułożone mogą być w konstruktywnych interakcjach i relacjach, do których zalicza: relację dziecko-rodzic/e (np. silna więź przynajmniej z jednym z rodziców i zaangażowanie się rodzica/ów w sprawy dziecka), relacje z rówieśnikami (np. przebywanie wśród grupy rówieśniczej przejawiającej zachowania prospołeczne) i relacji z nieformalnymi dorosłymi mentorami (np. możliwość doświadczenia oparcia w zaufanej osobie dorosłej, takiej jak nauczyciel czy trener sportowy). W kontekście psychospołecznym czynniki chroniące mogą być ułożone również w zasobach tych grup i środowisk, np. dobry klimat szkoły i wsparcie nauczycieli oraz specjalistów pomocy psychologiczno-pedagogicznej, dostęp do konstruktywnych form aktywności takich jak kluby młodzieżowe i sportowe czy grupy wolontariackie, ponadto tzw. przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo, tzn. m.in. otwarty dostęp do ośrodków rekreacji czy ośrodków pomocy specjalistycznej. Elementem łączącym ochronny wpływ wszystkich wymienionych wyżej grup i społeczności jest wsparcie społeczne. Jest to jeden z istotniejszych czynników determinujących zdrowie, w tym zdrowie psychiczne i jakość życia dzieci i młodzieży. Wspomniane badania prowadzone w 2018 i 2023 roku przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę pokazują, że blisko 90% badanych dzieci i młodzieży ma przynajmniej jedną bliską osobę w

swoim otoczeniu, na której wsparcie mogą liczyć (w znacznej większości badani wskazywali na matkę, następnie na kolegę/koleżankę lub przyjaciela/przyjaciółkę). Niestety niemały odsetek z nich nie posiada nawet jednej takiej osoby (7-8%), co jest szczególnie alarmującym sygnałem.

W odniesieniu do powyższego należy wskazać, że przedstawiony opis czynników ryzyka i czynników chroniących w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży bez wątpienia nie stanowi wyczerpującego przedstawienia obu wspomnianych rzeczywistości (biorąc pod uwagę przede wszystkim mnogość opracowanych dotychczas typologii czynników ryzyka i czynników chroniących oraz dynamiczne zmiany, którym podlega rzeczywistość funkcjonowania dzieci i młodzieży, mające wpływ na zakres wspomnianych typologii). Powyższy opis pozwala jednak sformułować istotny wniosek, zgodnie z którym bezsprzecznie ważnym jawi się nie tylko identyfikowanie czynników ryzyka rozwoju trudności w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz zapobieganie zidentyfikowanemu ryzyku, ale również identyfikowanie czynników chroniących zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży oraz wzmacnianie ich.

3.4.5. Główne wnioski

1. Polscy nastolatki wykazują się niezadowolającym stanem zdrowia psychicznego.
 - a) Młodzież w Polsce charakteryzuje się niskim poziomem samopoczucia psychicznego, zaś wiek i płeć młodzieży są wskaźnikami różnicującymi poziom samopoczucia psychicznego, bowiem wraz z wiekiem poziom samopoczucia psychicznego zmniejsza się, co szczególnie dotyczy dziewcząt. Okres pandemii COVID-19 wpłynął negatywnie na samopoczucie psychiczne młodzieży w Polsce. Nieliczne dane obejmujące okres końca pandemii i bezpośrednio postpandemiczny nie wskazują istotnie na pozytywną zmianę w kontekście samopoczucia psychicznego młodzieży w Polsce.
 - b) Od 2010 roku w Polsce sukcesywnie rośnie liczba dzieci i młodzieży otrzymujących diagnozę zaburzeń o podłożu psychicznym oraz objętych specjalistyczną pomocą psychiatryczną ze względu na zaburzenia psychiczne. Na bazie dostępnych danych szczególnie wzrost w tym aspekcie można dostrzec w latach 2021 i 2022 – związanych z trwaniem pandemii COVID-19. Szacuje się, że nawet 14% populacji dzieci i młodzieży w Polsce wymaga specjalistycznej pomocy psychiatrycznej ze względu na zaburzenia psychiczne. Badanie EZOP II wykazało, że największe rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych dotyczy młodzieży w grupie wiekowej 16-17 lat.
2. Należy identyfikować czynniki ryzyka rozwoju trudności w obszarze zdrowia psychicznego młodzieży oraz zapobiegać ich występowaniu, a nadto identyfikować czynniki chroniące zdrowie psychiczne młodzieży i wzmacniać je. Szczególnie istotnym dla ochrony i wzmacniania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jawi się zapewnianie adekwatnego wsparcia społecznego, bowiem zgodnie z jednymi z najnowszych badań blisko 10% dzieci i młodzieży nie posiada nawet jednej osoby, od której mogłoby uzyskać wsparcie w sytuacji trudnej.

3.5. Bibliografia:

1. CBOS, *Młodzież 2021. Raport z badań ilościowych zrealizowanych przez Fundację CBOS*, Warszawa 2022, https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/01/Mlodziez-2021-raport_uzupelniony.pdf [dostęp: 12.09.2024].
2. Sz. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020–2022*, Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, Warszawa 2023.
3. S. Kluczyńska, E. Sokołowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – wyzwania i rekomendacje*. „Psychologia Wychowawcza”, 27/2023, s. 67-77.
4. K. Makaruk, J. Włodarczyk, R. Szredzińska, *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2020.
5. K. Makaruk, K. Drabarek, A. Popyk, Sz. Wójcik, *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2023.
6. J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
7. J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.
8. J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018.
9. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2024, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,29673,vp,32532.pdf> [dostęp: 12.09.2024].
10. I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość*, „Postępy Nauk Medycznych”, t. XXVI, 1/2013, s. 4-9.
11. K. Ostaszewski, M. Kucharski, J. Stokwiszewski, *Wyniki badania dzieci i młodzieży (wiek 7-17 lat)*, Konferencja projektu EZOP II Warszawa, 15-16 listopada 2021 r., https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Wyniki-badania-dzieci-i-mlodziezy-7-17-lat.pdf [dostęp: 22.09.2024].
12. J. Pyżalski, *Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 – przegląd najistotniejszych problemów*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 20(2), s. 92– 115.
13. Rzecznik Praw Dziecka Mikołaj Pawlak, *Ogólnopolskie badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce. Obszar nr 3: Samopoczucie psychiczne*, Warszawa 2021.
14. Kancelaria Rymarz, Zdort-Maruta, UNICEF Polska, *Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce. Raport regulacyjny*, https://rzmlaw.com/wp-content/uploads/2024/06/Raport-Poprawa_ochrony_zdrowia_psychicznego_dzieci_i_mlodziezy_w_Polsce.pdf [dostęp: 21.09.2024].
15. M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2022.

16. M. Sajkowska (red.), *Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
17. I. Tabak, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów*, „Studia BAS”, 2(38), s. 113–138.
18. L. Wiśniewska-Nogaj, Sytuacja zdrowotna młodych Polaków: przegląd badań, [w:] J. Daszykowska-Tobiasz (red.), *Sytuacja zdrowotna młodzieży*, t. 11, Instytut Badań Edukacyjnych, s. 111-154.
19. J. Włodarczyk, K. Makaruk, P. Michalski, M. Sajkowska, *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badań*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
20. J. Włodarczyk, K. Makaruk, *Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci. Wyniki badania*, Fundacja Dzieci Niczyje.

Rozdział 4

Ocena i analiza skuteczności różnych metod prewencji samobójstw (w tym innowacyjnych rozwiązań technologicznych, społecznościowych i edukacyjnych) raport zawierający dane od roku 2010

4.1. Analiza wstępna do raportu

Edukacja dotycząca zapobieganiu samobójstwom wśród dzieci i młodzieży jest niezwykle ważna, zwłaszcza biorąc pod uwagę rosnącą liczbę prób samobójczych. Samobójstwa są trzecią, po wypadkach i nowotworach, przyczyną zgonów młodych ludzi. Eksperti ds. zdrowia psychicznego przekonują, że wielu takich niepotrzebnych śmierci można uniknąć. Większość prób samobójczych ma miejsce w stanie depresyjnym, których objawy można wcześniej rozpoznać. Dobre zdrowie psychiczne kształtuje się między innymi dzięki pozytywnym kontaktom dziecka ze środowiskiem szkolnym, tam może mieć miejsce najwięcej działań profilaktycznych. W profilaktyce samobójstw nauczyciele i inni członkowie personelu szkolnego stają przed wyzwaniem o wielkiej wadze. Jednym z podstawowych zadań szkoły jest tworzenie bezpiecznego środowiska dla rozwoju uczniów¹⁰³. Szkoła w ramach ochrony zdrowia psychicznego dzieci powinna podejmować bezpieczne i skuteczne działania oraz zapewnić odpowiednią opiekę i wspomagać rodziny w roli wychowawczej. Realizowanie dobrego, prewencyjnego programu edukacyjnego może być jednym z ważniejszych działań zapobiegającym aktom samobójczym wśród dzieci i młodzieży. By tak się jak najczęściej działo kluczowa jest współpraca dyrektorów, nauczycieli i nauczycieli specjalistów oraz realizacja programów edukacyjnych dotyczących działań prewencyjnych i wspierających osoby w kryzysie.

Ministerstwo Edukacji Narodowej aktywnie zajmuje się problemem samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Podstawę prawną do podjęcia działań pomocowych odnaleźć można w ustawie Prawo Oświatowe z 14 grudnia 2016 roku¹⁰⁴. Zawarty jest tam zapis, z którego wynika, że publiczne przedszkola, szkoły oraz placówki udzielają uczniom, ich rodzicom oraz nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej i organizują tę pomoc.

¹⁰³ Ustawa z dn. 14 grudnia 2016 r. – Prawo Oświatowe.

¹⁰⁴ Tamże.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana podopiecznemu polega na:

1. rozpoznawaniu i zaspokajaniu jego indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych,
2. rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych wychowanka i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce,
3. wspieraniu potencjału rozwojowego ucznia i stwarzaniu warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu szkoły oraz w środowisku społecznym.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana z inicjatywy: ucznia, rodziców ucznia, dyrektora przedszkola, szkoły lub placówki, nauczyciela, wychowawcy grupy wychowawczej lub specjalisty, prowadzących zajęcia z uczniem, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej, poradni, asystenta edukacji romskiej pomocy nauczyciela, asystenta nauczyciela lub asystenta wychowawcy świetlicy, pracownika socjalnego, asystenta rodziny, kuratora sądowego, organizacji pozarządowej, innej instytucji lub podmiotu działających na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

W szkole pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także w formie:

1. zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym,
2. porad i konsultacji,
3. warsztatów.

Podejmowane są działania prewencyjne w szkołach mające na celu zmniejszenie liczby prób samobójczych, jest to na przykład zwiększenie dostępności pomocy psychologicznej w szkołach oraz edukacja nauczycieli w zakresie rozpoznawania problemów psychicznych uczniów. Prawo oświatowe nakłada na szkoły oraz placówki obowiązek realizowania **programu wychowawczo-profilaktycznego**¹⁰⁵. Program taki opracowuje się na podstawie wyników corocznej diagnozy w zakresie występujących w środowisku szkolnym potrzeb rozwojowych uczniów, w tym czynników chroniących i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Program wychowawczo-profilaktyczny szkoły tworzy spójną całość ze szkolnym zestawem programów nauczania i uwzględnia wymagania opisane w podstawie programowej. Podstawowym celem realizacji szkolnego programu wychowawczo-profilaktycznego jest wspieranie dzieci i młodzieży w rozwoju oraz zapobieganie zachowaniom problemowym, ryzykownym. Działalność profilaktyczna w szkole polega na realizowaniu działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej i obejmuje:

¹⁰⁵ Ustawa z dn. 14 grudnia 2016 r. – Prawo Oświatowe, art. 26.

- wspieranie wszystkich uczniów w prawidłowym rozwoju i zdrowym stylu życia oraz podejmowanie działań, których celem jest ograniczanie zachowań ryzykownych niezależnie od poziomu ryzyka,
- wspieranie uczniów, którzy ze względu na swoją sytuację rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są w wyższym stopniu narażeni na ryzyko zachowań ryzykownych,
- wspieranie uczniów, u których rozpoznano wczesne objawy używania środków odurzających lub występowania innych zachowań ryzykownych, które nie zostały zdiagnozowane jako zaburzenia lub choroby wymagające leczenia.

Działania realizowane w programie wychowawczo-profilaktycznym obejmują:

- realizowanie wśród uczniów oraz ich rodziców lub opiekunów programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego dostosowanych do potrzeb indywidualnych i grupowych,
- przygotowanie oferty zajęć rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, jako alternatywnej pozytywnej formy działalności zaspakajającej ważne potrzeby, w szczególności potrzebę podniesienia samooceny, sukcesu, przynależności i satysfakcji życiowej,
- kształtowanie i wzmacnianie norm przeciwnych używaniu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych przez uczniów, a także norm przeciwnych podejmowaniu innych zachowań ryzykownych,
- doskonalenie zawodowe nauczycieli i wychowawców w zakresie realizacji szkolnej interwencji profilaktycznej w przypadku podejmowania przez uczniów zachowań ryzykownych.

Joanna Szymańska W *Poradniku dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców* wydanym przez ORE wskazuje, że działania szkoły powinny obejmować trzy poziomy profilaktyki¹⁰⁶:

1. **Profilaktyka zdrowia i profilaktyka uniwersalna** adresowana do uczniów, rodziców i nauczycieli;
 - szkolenie nauczycieli i innych pracowników szkoły w zakresie potrzeb rozwojowych dzieci, bezpieczeństwa oraz umiejętności wychowawczych;
 - powołanie i przeszkolenie zespołu ds. sytuacji kryzysowych, wypracowanie procedur reagowania;

¹⁰⁶ Szymańska J., *Zapobieganie samobójstwo dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Warszawa 2016.

- kreowanie zdrowego, bezpiecznego środowiska w szkole, dbanie o dobry klimat fizyczny i społeczny;
 - wzmacnianie odporności uczniów poprzez uczenie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych w tym: radzenia sobie z emocjami i stresem, poszukiwania pomocy i udzielania jej; rozwiązywania konfliktów, przewidywania konsekwencji własnych działań itp.
 - podnoszenie samooceny dzieci i nastolatków poprzez dostarczanie okazji do rozwijania zainteresowań i przeżycia sukcesu;
 - wzmacnianie więzi ze szkołą poprzez angażowanie uczniów w szkolne projekty i wydarzenia;
 - zwiększanie kompetencji wychowawczych rodziców;
 - wskazanie osób, do których można zwrócić się z prośbą o pomoc.
2. **Profilaktyka selektywna** adresowana do grup zwiększonego ryzyka (uczniowie z problemami zdrowotnymi, ekonomicznymi, rodzinnymi, z trudnościami w nauce i zachowaniu, źle się adaptujący):
- zbieranie informacji o potrzebach i trudnościach uczniów;
 - pomoc w nauce, udzielanie wsparcia, budowanie motywacji;
 - włączanie w grupę rówieśniczą;
 - włączanie do dodatkowych działań, programów rozwijających umiejętności i kompetencje emocjonalno-społeczne;
 - zacieśnienie współpracy z rodzicami.
3. **Profilaktyka wskazująca** adresowana do poszczególnych uczniów z grupy wysokiego ryzyka (po próbie samobójczej, eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi):
- stała dyskretna obserwacja prowadzona przez pracowników szkoły;
 - udzielanie wsparcia przez nauczycieli i pomoc w nauce;
 - stała współpraca z rodzicami;
 - opieka szkolnego specjalisty, udzielanie wsparcia i pomocy w rozwiązywaniu trudności;
 - kierowanie ucznia do specjalistów w środowisku lokalnym celem przeprowadzenia indywidualnej diagnozy oraz podjęcia działań;
 - kierowanie rodziców na treningi umiejętności oraz nakłanianie ich do skorzystania z specjalistycznej pomocy, w tym terapeutycznej.

Fundacja **GroweSPACE** prowadzi również program **Emocjonalne BHP**, którego celem jest stworzenie ogólnopolskiej platformy wsparcia dla nauczycieli i ich uczniów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi w zakresie funkcjonowania w szkole czy na uczelni oraz usystematyzowanie wiedzy i ciągła aktualizacja programów edukacyjnych dla instytucji edukacyjnych, aby ich przedstawiciele wiedzieli, jak wspierać i nie wykluczać osób z niepełnosprawnościami mentalnymi. Fundacja dzieli się materiałami i tworzy grupy wsparcia, które są źródłem cennych informacji na temat promowania zdrowia psychicznego i radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi. W ramach **Emocjonalnego BHP** GroweSPACE proponuje:

- wsparcie dla gmin polegające na wdrożeniu całorocznego programu edukacyjnego wraz z materiałami do publikacji na www i mediach społecznościowych;
- tematyczne szkolenia dla kadry pedagogicznej wraz z możliwością ciągłych konsultacji z trenerami Fundacji;
- dostęp do 10-częściowego programu edukacyjnego dla szkół wraz z materiałami video dla wszystkich etapów edukacyjnych.

Polskie Towarzystwo Suicydologiczne wśród swoich projektów realizuje również te, które wspierają działania oraz programy prewencyjne, edukacyjne, terapeutyczne oraz promujące zdrowie psychiczne w zakresie redukcji ryzyka zachowań samobójczych. W swojej działalności szkoleniowej i edukacyjnej proponuje szkolenia i wykłady dla szkół, ośrodków interwencji kryzysowej, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków terapii uzależnień, operatorów numerów alarmowych, telefonów zaufania i linii wsparcia, ośrodków pomocy społecznej, więzień, firm windykacyjnych. Dedykowane tematy to np.:

- Samouszkodzenia i zachowania autodestruktywne u dzieci i młodzieży;
- Postwencja w szkole – interwencje po samobójstwie i próbie samobójczej ucznia;
- Samobójstwo i próba samobójcza – interwencja kryzysowa w sytuacji zagrożenia życia;
- Ocena zagrożenia samobójczego.

Ze swoich zasobów **Polskie Towarzystwo Suicydologiczne** udostępnia wiele poradników i raportów. Wśród nich jest m.in. wydany pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Biura Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Polskiego Towarzystwa Suicydologiczne *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Poradnik przygotowano w ramach realizowanego na całym świecie z inicjatywy WHO programu SUPRE, którego celem jest zapobieganie samobójstwom. Dokument ten skierowany jest przede wszystkim do nauczycieli pracujących w szkole oraz do psychologów i pedagogów szkolnych, lekarzy szkolnych, pielęgniarek i pracowników socjalnych, oraz członków rady szkolnej (zarządu szkoły). Druga część tego poradnika jest opracowana przez zespół ekspertów WHO o światowej renomie w dziedzinie problematyki samobójstw i zawiera podstawowe rekomendacje dla nauczycieli na temat prewencji zachowań samobójczych uczniów.

Autorzy wskazują, że do głównych czynników chroniących przed zachowaniami samobójczymi należą:

- wzorce rodzinne,
- styl poznawczy i osobowość,
- czynniki kulturowe i socjodemograficzne.

Wskazane są też czynniki ryzyka i sytuacje ryzykowne:

- czynniki kulturowe i socjodemograficzne,
- styl poznawczy i osobowość,
- wzorce rodzinne i negatywne zdarzenia życiowe w dzieciństwie,
- zaburzenia psychiczne – wśród nich depresja, zaburzenia lekowe, nadużywanie alkoholu i narkotyków, zaburzenia odżywiania, zaburzenia psychotyczne,
- wcześniejsze próby samobójcze,
- obecne negatywne zdarzenia życiowe jako czynniki wyzwalające zachowania samobójcze.

Poradnik określa, jak rozpoznać uczniów w złym stanie emocjonalnym, którym może zagrażać samobójstwo. Podkreśla wagę:

- rozpoznania złego stanu emocjonalnego,
- ocenę ryzyka samobójstwa – w tym wcześniejsze próby samobójcze, depresję i sytuacje ryzykowne.

Broszura zawiera również wskazówki dla nauczycieli, jak postępować w szkole z uczniami o skłonnościach samobójczych. Kładzie nacisk na wagę profilaktyki ogólnej, zanim dojdzie do ataku samobójczego. Wielu ekspertów zgadza się co do tego, że przekazywanie młodym ludziom w nauczaniu treści odnoszących się wprost do samobójstwa nie jest rozsądne. Zalecają natomiast, aby kwestie samobójstwa zastąpić podejściem pozytywnym i zająć się zdrowiem psychicznym, podejmując następujące działania¹⁰⁷:

- wzmacniać zdrowie psychiczne nauczycieli i innych pracowników szkoły,
- wzmacniać poczucie własnej wartości uczniów,
- uczyć wyrażania własnych emocji,
- zapobiegać tyranizowaniu i przemocy w szkole,
- dostarczać informacje o placówkach, a których można uzyskać pomoc.

¹⁰⁷ Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*, Warszawa 2016.

Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły. Prezentuje również działania, jakie należy podjąć w społeczności szkolnej w przypadku próby samobójczej lub samobójstwa.

Naprzeciw coraz większej potrzebie wypracowania działań prewencyjnych wychodzą również wydawnictwa edukacyjne, które proponują programy i projekty edukacyjne skierowane do nauczycieli szkół podstawowych i średnich. Przykładem takiego działania jest współtworzony przez wydawnictwo Nowa Era i stowarzyszenie Nowe Horyzonty projekt *Psychologia w kinie*. Jedna z edycji skierowana do nauczycieli szkół podstawowych i średnich poruszała problematykę jasnej i ciemnej strony korzystania z Internetu oraz jak powstrzymać ucznia od ucieczki w cyberprzestrzeń. Głównym tematem warsztatów była depresja, a ilustracją filmową *Sala samobójców* w reżyserii Jana Komasy. Podczas ćwiczeń warsztatowych nauczyciele, wykorzystując bogate materiały dydaktyczne, poruszyli temat budowania relacji z uczniem oraz analizowali, jak wykorzystać w szkole edukacyjny potencjał Internetu. Warsztaty rozwijały skuteczną i bardziej świadomą komunikację z podopiecznymi oraz koncentrowały się na budowaniu relacji między nauczycielem a uczniem. Celem warsztatów było przybliżenie nauczycielom metod uświadamiania uczniów o innej stronie Internetu niż tę, którą mieli do tej pory okazję poznać. Wykłady poświęcono zagadnieniu depresji u młodych ludzi oraz zjawisku cyberprzemocy.

Pomimo wyżej wspomnianych inicjatyw, działań i projektów, których celem jest zwiększenie świadomości i wsparcie osób w kryzysie, raporty wskazują na alarmującą liczbę prób samobójczych wśród młodzieży¹⁰⁸. W 2023 roku Komenda Główna Policji odnotowała 1 994 próby samobójcze w grupie wiekowej 7-18 lat. W przedziale 7-12 lat było to 78 prób, a w przedziale 13-18 lat miało miejsce 1 916 prób.

Większość aktów samobójczych dokonywana jest w stanie depresyjnym, którego objawy można rozpoznać stosunkowo wcześniej i podjąć działania pomocowe. Szkoła odgrywa bardzo ważną rolę w kontekście podejmowanych działań na rzecz przeciwdziałania zachowaniom samobójczym, gdyż jest w stanie reagować na rozpoznane potrzeby. Zachowania samobójcze mogą dotyczyć uczniów wszystkich szkół.

Ważne więc, by każda szkoła – zgodnie z założeniami programu wychowawczo-profilaktycznego – przeciwdziałała występowaniu kryzysów, wspierała tych, którzy znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka podjęcia zachowań samobójczych, a także realizowała indywidualne interwencje pomocowe na rzecz uczniów z grupy najwyższego ryzyka.

Trzeba też pamiętać, że choć profilaktyka depresji i samobójstw dzieci i młodzieży jest wdrażana, to tylko niektóre programy poddawane są ewaluacji. Joanna Szymańska w wydanym w 2016 roku *Poradniku dla pracowników szkół i placówek oświatowych* podkreśliła, iż dopiero niedawno podjęto szerokie badania nad zawartością i skutecznością programów w tym obszarze, a wyniki wskazują jednoznacznie, że:

1. Krótkie programy koncentrujące się na samobójstwach lub depresji, oderwane od rzeczywistych problemów szkoły, są nieskuteczne, a nawet mogą być szkodliwe;
2. Ze względu na wyjątkowo złożone, wieloczynnikowe uwarunkowania depresji i samobójstw efektywny może być jedynie ekologiczny model profilaktyki:

¹⁰⁸ H. Witkowska, L. Kicińska, J. Palma, M. Łuba, *Zrozumieć, aby zapobiec 2024 – zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II edycja raportu na podstawie danych KGP i serwisu www.zwjz.pl*, Warszawa 2024.

uwzględniający zarówno eliminowanie lub osłabianie wszelkich modyfikowalnych czynników ryzyka (indywidualnych, rodzinnych, szkolnych, środowiskowych), jak i wzmacnianie czynników chroniących; prowadzenie działań długofalowych na kilku poziomach¹⁰⁹.

Szkoła odgrywa istotną rolę w obszarze budowania pozytywnych przekonań na temat zdrowia psychicznego i leczenia. Szerzenie wiedzy za pomocą warsztatów, godzin wychowawczych, ulotek, informacji lub prelekcji dla rodziców, które prezentowałyby rolę psychologa, psychoterapeuty i psychiatry, mogą wpływać na destygmatyzację w świadomości uczniów i rodziców.

Nauczyciele i wychowawcy, chociaż nie są specjalistami zdrowia psychicznego, mają dużą możliwość udzielenia pomocy uczniowi. Ich obowiązkiem jest rozpoznawać indywidualne potrzeby psychofizyczne ucznia, by zapewnić mu możliwość pełnego uczestniczenia w życiu szkoły¹¹⁰. Działania podejmowane przez szkołę mają znaczący wpływ na stabilność i zdrowie psychiczne młodzieży.

Ważnym krokiem w zapobieganiu samobójstwom jest zawsze zyskanie zaufania i porozumiewanie się. Należy zrozumieć, że nauczyciel nie jest sam w procesie komunikowania się, i że wobec tego zasadnicze znaczenie ma nauczanie się, jak się porozumieć z uczniem w kryzysie. Dlatego trzeba podwyższać umiejętności personelu szkolnego, co można osiągnąć za pomocą specjalnych kursów nastawionych na poprawę komunikacji między nauczycielami a ich uczniami w złym stanie emocjonalnym lub ze skłonnościami samobójczymi.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna uczniowi powinna być świadczona w trybie ciągłym, w pracy podczas lekcji, a także przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów¹¹¹.

Samobójstwom można zapobiegać, nie tylko ułatwiając dostęp do pomocy psychologiczno-pedagogicznej czy psychiatrycznej, ale także budując odpowiednie programy edukacyjne. Minister Edukacji Narodowej prof. Ryszard Legutko w przedmowie wydanego w 2016 roku *Poradnika dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*, przyznaje, że Polska nie wdrożyła żadnego programu przeciwdziałania aktom samobójczym i zauważa, że jest to szczególne wyzwanie także dla resortu edukacji, który zajmuje się nie tylko przekazywaniem wiedzy, ale i wychowaniem młodych ludzi¹¹².

¹⁰⁹ J. Szymańska, *Zapobieganie samobójstwom ...*, dz. cyt.

¹¹⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017 poz. 1591).

¹¹¹ Standardy postępowania dla nauczycieli i specjalistów dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej i w żałobie po śmierci samobójczej, opr. Lucyna Kicińska

¹¹² *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2016

4.2. Wprowadzenie

4.2.1. Ogólna sytuacja dotycząca samobójstw na świecie i w Polsce (dane od 2010 roku)

Samobójstwo jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie, o globalnym wpływie na jednostki, rodziny i społeczeństwa. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), co roku na świecie dochodzi do około 700 tysięcy zgonów z powodu samobójstwa. Oznacza to, że co 40 sekund jedna osoba popełnia samobójstwo. Samobójstwo jest także czwartą najczęstszą przyczyną zgonów w grupie wiekowej 15-29 lat, co podkreśla znaczenie problemu wśród młodszych pokoleń. Warto zaznaczyć, że problem ten nie dotyczy wyłącznie krajów o niskich dochodach – samobójstwa występują we wszystkich regionach świata, niezależnie od poziomu rozwoju gospodarczego.

Na poziomie regionalnym, wskaźniki samobójstw różnią się znacząco. Najwyższe wskaźniki odnotowuje się w Europie Wschodniej, Azji Południowo-Wschodniej oraz w Afryce, gdzie dostęp do usług zdrowotnych, w tym psychologicznych, jest często ograniczony. W krajach rozwiniętych, mimo lepszego dostępu do wsparcia, problemy związane z depresją, stresem i innymi zaburzeniami psychicznymi są nadal istotnym czynnikiem ryzyka.

W Polsce sytuacja jest równie niepokojąca. Dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz Komendy Głównej Policji (KGP) wskazują, że każdego roku dochodzi do ponad 5 tysięcy udanych zamachów samobójczych, co plasuje Polskę wśród krajów o średnim poziomie ryzyka w skali Europy. Od 2010 roku, liczba ta utrzymuje się na stabilnym, choć wysokim poziomie. Co więcej, warto zwrócić uwagę na dużą liczbę prób samobójczych, które nie kończą się zgonem, co stanowi istotny wskaźnik zagrożenia i podkreśla potrzebę intensyfikacji działań prewencyjnych.

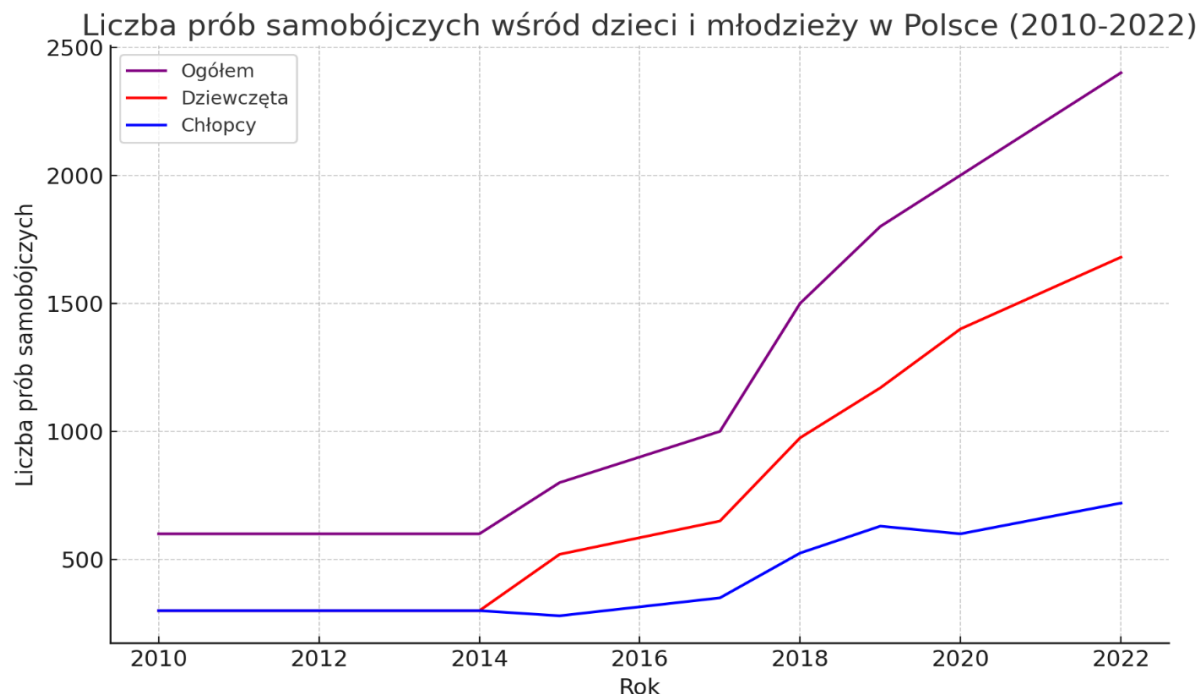
4.2.2. Próby samobójcze wśród dzieci i młodzieży w wieku 7-19 lat

Od 2010 roku w Polsce zauważalny jest wzrost liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży w wieku 7-19 lat. W tym okresie liczba prób samobójczych w tej grupie wiekowej zwiększyła się znacząco, co stanowi poważne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej.

Trendy w latach 2010-2022

- **2010-2014:** W latach 2010-2014 liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży wynosiła średnio około 600 przypadków rocznie. W tym okresie zauważalne było zrównoważenie między liczbą prób podejmowanych przez dziewczęta i chłopców, chociaż dziewczęta zaczęły przeważać pod względem liczby prób.
- **2015-2018:** Od 2015 roku liczba prób samobójczych zaczęła wzrastać, osiągając około 1000 przypadków rocznie w 2018 roku. W tym okresie dziewczęta stanowiły już około 65-70% wszystkich prób samobójczych w tej grupie wiekowej, co wskazuje na narastający problem zdrowia psychicznego wśród młodych dziewcząt.

- **2019-2022:** Lata 2019-2022 przyniosły dalszy wzrost liczby prób samobójczych, z rekordowym rokiem 2022, w którym zarejestrowano ponad 2000 prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży w wieku 7-19 lat. W tym czasie udział dziewcząt w ogólnej liczbie prób wzrósł do około 70%, podczas gdy chłopcy stanowili 30% przypadków.



Wykres 1: Liczba prób samobójczych wśród dzieci w Polsce w latach 2010-2022

Źródło: opracowanie własne na podstawie Główny Urząd Statystyczny (GUS) i Komenda Główna Policji (KGP) – Dane dotyczące liczby samobójstw w Polsce oraz prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży.

Oto wykres przedstawiający liczbę prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2010-2022. Wykres pokazuje zarówno ogólną liczbę prób, jak i podział na dziewczęta oraz chłopców. Jak widać, od 2015 roku liczba prób samobójczych zaczęła gwałtownie rosnąć, a w szczególności wśród dziewcząt, które od 2015 roku stanowią większość przypadków.

Podział na płeć w latach 2010-2022

- **Dziewczeta:** Od 2010 roku dziewczęta konsekwentnie stanowiły większość wśród osób podejmujących próby samobójcze w tej grupie wiekowej. W 2022 roku dziewczęta odpowiadały za około 70% wszystkich prób samobójczych, co odzwierciedla wzrost presji psychicznej i problemów zdrowotnych w tej grupie.
- **Chłopcy:** Chłopcy stanowili mniejszą, lecz istotną część osób podejmujących próby samobójcze. Ich udział w ogólnej liczbie prób samobójczych wynosił średnio 30% rocznie w ostatnich latach. Choć liczby te są niższe niż u dziewcząt, wzrost liczby prób samobójczych wśród chłopców również wymaga uwagi i odpowiednich działań prewencyjnych.

Wnioski z wykresu przedstawiającego liczbę prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2010-2022 są następujące:

1. **Znaczący wzrost liczby prób samobójczych:** Od 2015 roku liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży zaczęła wyraźnie rosnać, osiągając rekordowe wartości w kolejnych latach. W szczególności, między 2015 a 2022 rokiem, liczba prób samobójczych wzrosła z około 800 do ponad 2000 przypadków rocznie. Wskazuje to na rosnący problem zdrowia psychicznego w tej grupie wiekowej, który wymaga pilnych działań prewencyjnych.
2. **Wzrost liczby prób wśród dziewcząt:** Wykres pokazuje, że od 2015 roku dziewczęta stanowią znaczną większość prób samobójczych. W latach 2015-2018 udział dziewcząt wynosił 65-70%, a po 2019 roku wzrósł do około 70%. W 2022 roku dziewczęta były odpowiedzialne za około 1680 prób samobójczych z ogólnej liczby 2400. Ten wzrost wskazuje na narastający problem presji psychicznej i zaburzeń zdrowia psychicznego wśród młodych dziewcząt.
3. **Stabilny, ale niższy poziom prób wśród chłopców:** Choć liczba prób samobójczych wśród chłopców również wzrosła w analizowanym okresie, jest ona znacznie niższa niż w przypadku dziewcząt. Chłopcy stanowili około 30-35% przypadków w latach 2015-2018, a od 2019 roku ich udział ustabilizował się na poziomie około 30%. Mimo mniejszej liczby przypadków, wzrost liczby prób samobójczych wśród chłopców także wymaga uwagi i odpowiednich działań prewencyjnych.
4. **Konieczność intensyfikacji działań prewencyjnych:** Wzrost liczby prób samobójczych w obu grupach płciowych podkreśla pilną potrzebę wzmocnienia działań w zakresie zdrowia psychicznego. Działania te powinny obejmować zarówno wsparcie psychologiczne, jak i edukację, skierowaną do młodzieży, rodziców oraz środowisk szkolnych, aby skutecznie przeciwdziałać temu narastającemu problemowi.

Wnioski te sugerują, że bezpośrednia interwencja i rozwinięcie programów prewencyjnych, z uwzględnieniem specyficznych potrzeb dziewcząt i chłopców, są niezbędne, aby przeciwdziałać dalszemu wzrostowi liczby prób samobójczych wśród młodzieży w Polsce.

4.2.3. Znaczenie prewencji samobójstw i rola różnych podmiotów w jej realizacji

Prewencja samobójstw jest kluczowym elementem polityki zdrowotnej na poziomie krajowym i międzynarodowym. W kontekście wzrastającej liczby przypadków samobójstw, szczególnie wśród młodzieży i młodych dorosłych, coraz większa uwaga poświęcana jest opracowywaniu i wdrażaniu skutecznych strategii zapobiegania. Działania prewencyjne mają na celu nie tylko zmniejszenie liczby zgonów, ale również poprawę jakości życia osób zmagających się z myślami samobójczymi poprzez zapewnienie im dostępu do odpowiedniego wsparcia.

Skuteczna prewencja samobójstw wymaga zaangażowania szerokiego spektrum podmiotów: od rządu, przez organizacje pozarządowe, aż po instytucje edukacyjne, służby zdrowia oraz społeczności lokalne. W Polsce, kluczową rolę w tych działaniach odgrywa Ministerstwo Zdrowia, które koordynuje krajowe programy zdrowotne, takie jak **Narodowy**

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Program ten ma na celu poprawę dostępu do opieki psychologicznej oraz wsparcie dla osób w kryzysie. Dodatkowo, liczne organizacje pozarządowe, jak **Fundacja ITAKA**, **Fundacja „Zobacz... Jestem”** oraz wiele innych, realizują szereg kampanii społecznych, szkoleń oraz programów wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym.

Ważnym elementem prewencji jest także edukacja społeczeństwa, która ma na celu zwiększenie świadomości na temat problemów psychicznych oraz destygmatyzację osób, które zmagają się z takimi trudnościami. W Polsce realizowane są liczne kampanie edukacyjne, które zwracają uwagę na potrzebę otwartego rozmawiania o problemach psychicznych i szukania pomocy w sytuacjach kryzysowych.

4.2.4. Rola rodziców i wyzwania w prewencji samobójstw wśród małoletnich

Rodzice odgrywają fundamentalną rolę w prewencji samobójstw wśród dzieci i młodzieży, jednakże ich zaangażowanie w te działania bywa niewystarczające. Brak odpowiednich działań prewencyjnych ze strony rodziców małoletnich może wynikać z kilku kluczowych czynników:

1. **Niska świadomość problemów psychicznych:** Wielu rodziców nie zdaje sobie sprawy z powagi problemów psychicznych, z jakimi mogą zmagać się ich dzieci. Brak wiedzy na temat objawów depresji, lęku czy stresu może prowadzić do ignorowania wczesnych sygnałów ostrzegawczych, które mogą wskazywać na ryzyko samobójcze.
2. **Stygmatyzacja problemów psychicznych:** Wciąż obecna w społeczeństwie stygmatyzacja problemów psychicznych sprawia, że niektórzy rodzice mogą obawiać się przyznania, że ich dziecko potrzebuje pomocy psychologicznej. Obawa przed oceną ze strony otoczenia może prowadzić do unikania szukania profesjonalnego wsparcia.
3. **Brak umiejętności komunikacyjnych:** Rodzice często nie są przygotowani do prowadzenia trudnych rozmów na temat emocji, uczuć i problemów psychicznych. Brak otwartej komunikacji z dzieckiem może skutkować izolacją emocjonalną i poczuciem osamotnienia, co zwiększa ryzyko podejmowania prób samobójczych.
4. **Brak wsparcia i zasobów:** W niektórych przypadkach rodzice mogą nie wiedzieć, gdzie szukać pomocy ani jak wspierać swoje dziecko w kryzysie psychicznym. Niedostateczny dostęp do informacji, wsparcia psychologicznego i edukacyjnego dla rodziców stanowi istotną barierę w skutecznej prewencji.

4.2.4.1. Potrzeba intensyfikacji działań skierowanych do rodziców

Aby skutecznie przeciwdziałać problemowi samobójstw wśród dzieci i młodzieży, konieczne jest zintensyfikowanie działań edukacyjnych i wsparcia skierowanych do rodziców. Ważne jest, aby:

- **Zwiększyć świadomość i edukację:** Organizowanie szkoleń, warsztatów i kampanii informacyjnych skierowanych do rodziców, które pomogą im zrozumieć problemy psychiczne i nauczyć się, jak reagować na niepokojące zachowania swoich dzieci.

- **Promować otwartą komunikację:** Zachęcanie rodziców do regularnych i otwartych rozmów ze swoimi dziećmi na temat ich uczuć i problemów, co może pomóc w wykrywaniu wczesnych sygnałów ostrzegawczych.
- **Zapewnić dostęp do zasobów i wsparcia:** Ułatwienie rodzicom dostępu do informacji o dostępnych formach wsparcia psychologicznego, poradnictwa rodzinnego i innych usług, które mogą pomóc w prewencji samobójstw.

Rodzice, wraz z innymi kluczowymi podmiotami, odgrywają niezastąpioną rolę w systemie prewencji samobójstw. Ich większe zaangażowanie i wsparcie mogą w znaczący sposób przyczynić się do zmniejszenia liczby prób samobójczych wśród młodzieży oraz poprawy ich zdrowia psychicznego.

4.2.5. Przykłady

1. **Światowa Organizacja Zdrowia (WHO):** WHO od lat promuje globalne inicjatywy mające na celu zapobieganie samobójstwom. Jednym z kluczowych dokumentów jest „**LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries**”, który oferuje wytyczne dla rządów i organizacji pozarządowych na temat skutecznych strategii prewencyjnych. Wprowadzenie takich wytycznych na poziomie krajowym pozwala na bardziej skoordynowane działania i lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów.
2. **Dane GUS i KGP:** W Polsce, systematyczne zbieranie danych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) i Komendę Główną Policji (KGP) odgrywa kluczową rolę w monitorowaniu zjawiska samobójstw. Na przestrzeni lat metody zbierania tych danych były udoskonalane, co pozwoliło na dokładniejsze śledzenie trendów i ocenę skuteczności działań prewencyjnych.

Od 2017 roku, zmiana metodologii zbierania danych przez KGP umożliwiła lepsze monitorowanie zarówno zamachów samobójczych zakończonych zgonem, jak i prób samobójczych, które nie zakończyły się śmiercią. W wyniku tych zmian, w 2017 roku odnotowano 11 139 prób samobójczych, z czego 5 276 zakończyło się zgonem. W kolejnych latach liczby te kształtowały się następująco:

1. **2018 rok:** 11 730 prób samobójczych, z czego 5 182 zakończyły się zgonem.
2. **2019 rok:** 11 961 prób samobójczych, z czego 5 255 zakończyły się zgonem.
3. **2020 rok:** 12 013 prób samobójczych, z czego 5 165 zakończyły się zgonem.
4. **2021 rok:** 13 798 prób samobójczych, z czego 5 201 zakończyły się zgonem.

W szczególności, odnotowano wzrost liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży w wieku 7-19 lat. W 2021 roku zarejestrowano 1 496 prób samobójczych w tej grupie wiekowej, z czego 127 zakończyło się zgonem. W podziale na płeć, dziewczęta stanowiły **78%** wszystkich prób samobójczych (ok. 1 167 prób), podczas gdy chłopcy byli odpowiedzialni za **22%** tych prób (ok. 329 prób). Natomiast, jeśli chodzi o zakończone zgonem próby samobójcze, w tej grupie wiekowej dominowali chłopcy,

stanowiąc **69%** wszystkich zgonów (ok. 88 zgonów), podczas gdy dziewczęta stanowiły **31%** (ok. 39 zgonów).

Dzięki tym szczegółowym danym możliwe jest monitorowanie trendów i ocena skuteczności działań podejmowanych na rzecz prewencji samobójstw. Ułatwia to także kierowanie odpowiednich zasobów i wsparcia do grup najbardziej narażonych na ryzyko.

4.3. Metody prewencji samobójstw

4.3.1. Tradycyjne metody prewencji

4.3.1.1. Programy edukacyjne i społeczne

Edukacja odgrywa fundamentalną rolę w prewencji samobójstw, szczególnie wśród młodzieży. Programy edukacyjne realizowane w szkołach i na uczelniach mają na celu zwiększenie świadomości na temat zdrowia psychicznego, rozpoznawania wczesnych objawów kryzysu oraz poszukiwania pomocy.

Przykład: Program „Bezpieczne Dziecko”, realizowany przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, jest jedną z inicjatyw, która ma na celu kształcenie uczniów oraz nauczycieli w zakresie rozpoznawania objawów depresji i innych zaburzeń psychicznych. Program ten rozpoczął swoją działalność w 2015 roku i obejmuje również szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy emocjonalnej, co jest kluczowe w kontekście interwencji kryzysowej. Do 2023 roku program objął około 2000 szkół w Polsce, docierając do ponad 150 000 uczniów i nauczycieli. W ramach programu odnotowano znaczący wzrost zgłaszanych przypadków wczesnych interwencji kryzysowych wśród uczniów, co wskazuje na zwiększenie świadomości i poprawę reakcji na wczesne oznaki problemów psychicznych.

4.3.1.2. Wsparcie psychologiczne i psychiatryczne

Dostęp do profesjonalnego wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego jest jednym z kluczowych elementów prewencji samobójstw. Osoby zmagające się z depresją, zaburzeniami lękowymi czy innymi problemami psychicznymi powinny mieć możliwość skorzystania z terapii indywidualnej, grupowej oraz farmakoterapii.

Przykład: Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111, prowadzony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę, to kluczowa inicjatywa w Polsce, oferująca wsparcie psychologiczne dla młodych ludzi. Telefon działa całodobowo, siedem dni w tygodniu, zapewniając anonimową i bezpłatną pomoc. W 2023 roku odnotowano ponad 1,5 miliona połączeń, z czego około 20% dotyczyło sytuacji kryzysowych, takich jak myśli samobójcze lub próby samobójcze. Dzięki tej inicjatywie udało się udzielić bezpośredniej pomocy w kilkuset przypadkach, gdzie istniało bezpośrednie zagrożenie życia. Zespół konsultantów jest również odpowiedzialny za przekierowanie najpoważniejszych przypadków do służb ratunkowych oraz zapewnienie dalszego wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży.

Kampania wspierająca działalność Telefonu Zaufania obejmuje również działania edukacyjne w szkołach oraz kampanie medialne mające na celu zwiększenie świadomości na temat dostępności tej formy pomocy. W ramach kampanii „Powiedz, co czujesz – nie jesteś

sam” rozdano tysiące materiałów informacyjnych, a liczba połączeń wzrosła o 30% w porównaniu do lat poprzednich.

Przykład: Kampania społeczna „Zauważ, usłysz, reaguj”, organizowana przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, ma na celu promowanie świadomości na temat zdrowia psychicznego oraz zachęcanie osób w kryzysie do szukania pomocy. Kampania ta rozpoczęła się w 2018 roku i od tego czasu zrealizowała szereg działań, w tym:

- **Szkolenia:** Przeprowadzono ponad 500 szkoleń dla pracowników służby zdrowia, nauczycieli oraz osób pracujących z młodzieżą, co objęło około 10 000 osób.
- **Materiały edukacyjne:** Wydano i rozpowszechniono ponad 100 000 ulotek i broszur informacyjnych dotyczących rozpoznawania objawów depresji i innych zaburzeń psychicznych.
- **Media społecznościowe:** Kampania dotarła do ponad 1 miliona osób za pośrednictwem mediów społecznościowych, promując w ten sposób otwartą rozmowę na temat problemów psychicznych.

W ramach kampanii odnotowano wzrost liczby osób poszukujących pomocy psychologicznej, co wskazuje na jej skuteczność w zwiększaniu świadomości i destygmatyzacji problemów psychicznych.

4.3.2. Innowacyjne rozwiązania technologiczne

W ostatnich latach innowacyjne technologie odgrywają coraz większą rolę w prewencji samobójstw. Rozwój aplikacji mobilnych, platform internetowych oraz sztucznej inteligencji (AI) zapewnia osobom w kryzysie psychicznym dostęp do wsparcia w dowolnym miejscu i czasie. Te narzędzia technologiczne są szczególnie użyteczne dla osób, które z różnych powodów mają trudności z dostępem do tradycyjnych form pomocy.

4.3.2.1. Aplikacje mobilne i platformy internetowe

Aplikacje mobilne i platformy internetowe oferują wsparcie w formie porad, dostępu do konsultacji z psychologami online oraz monitorowania stanu zdrowia psychicznego. Są one szczególnie pomocne dla osób, które nie mają łatwego dostępu do tradycyjnej opieki zdrowotnej lub czują się zbyt zawstydzane, aby szukać pomocy w tradycyjny sposób.

Przykład: Aplikacja „Mindstrong”

- **Funkcje:** „Mindstrong” wykorzystuje sztuczną inteligencję do monitorowania nastroju użytkownika i jego stanu psychicznego poprzez analizę interakcji z telefonem. Aplikacja oferuje również możliwość konsultacji z terapeutami, co umożliwia szybką reakcję w sytuacji kryzysowej.
- **Efekty:** Aplikacja działa od 2017 roku i do 2023 roku została pobrana przez ponad 500 000 użytkowników na całym świecie. Badania kliniczne wykazują, że regularne korzystanie z „Mindstrong” może zmniejszyć objawy depresji o około 30% oraz zredukować liczbę prób samobójczych wśród użytkowników o 15%.

Przykład: Aplikacja „Woebot”

- **Funkcje:** „Woebot” to chatbot oparty na sztucznej inteligencji, który oferuje wsparcie emocjonalne i narzędzia oparte na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Użytkownicy mogą codziennie rozmawiać z botem, który monitoruje ich nastrój i dostosowuje swoje odpowiedzi do stanu psychicznego użytkownika.
- **Efekty:** W badaniu przeprowadzonym na próbie 2,000 użytkowników, po trzech miesiącach regularnego korzystania z „Woebot”, u 25% uczestników odnotowano znaczną redukcję poziomu stresu i lęku, a 15% użytkowników zgłosiło poprawę ogólnego samopoczucia i zmniejszenie objawów depresyjnych.

4.3.2.2. Sztuczna inteligencja w identyfikacji ryzyka

Sztuczna inteligencja (AI) staje się coraz bardziej istotnym narzędziem w prewencji samobójstw, umożliwiając wczesną identyfikację osób zagrożonych. Dzięki zaawansowanym algorytmom, AI może analizować ogromne ilości danych z różnych źródeł, takich jak media społecznościowe, historia przeglądania internetu, wiadomości tekstowe, a nawet wzorce zachowań w aplikacjach mobilnych. Pozwala to na wykrycie sygnałów ostrzegawczych, które mogą wskazywać na ryzyko samobójcze, a następnie na podjęcie odpowiednich działań interwencyjnych.

Przykłady zastosowania AI:

Facebook AI

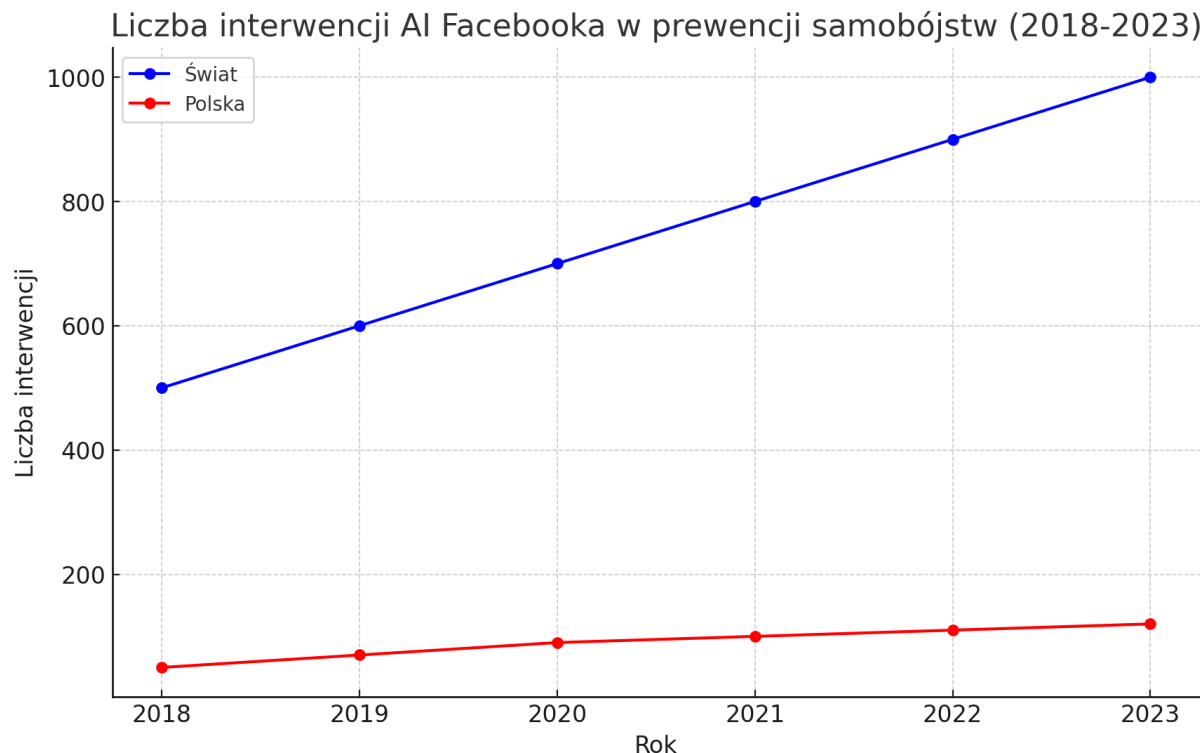
- **Funkcje:** Facebook wprowadził w 2018 roku algorytmy AI mające na celu monitorowanie ryzyka samobójczego. Algorytm ten analizuje treści publikowane przez użytkowników, w tym posty i komentarze, pod kątem słów kluczowych i wyrażen związanych z samobójstwem. W przypadku wykrycia potencjalnego zagrożenia, system automatycznie powiadamia zespół wsparcia, który może skontaktować się z użytkownikiem i zaoferować pomoc, w tym połączenie z lokalnymi służbami ratunkowymi.
- **Efekty:** Od wdrożenia systemu, Facebook odnotował ponad 3500 interwencji na całym świecie, z czego około 500 dotyczyło użytkowników w Polsce. Te liczby wskazują na skuteczność AI w identyfikacji osób zagrożonych i w podejmowaniu działań ratujących życie.

Aplikacja „Calm”

- **Funkcje:** „Calm” to aplikacja mobilna, która oferuje narzędzia do medytacji, relaksacji i poprawy jakości snu. Aplikacja wykorzystuje AI do personalizacji sesji medytacyjnych, technik oddechowych oraz historii na dobranoc, dostosowując je do stanu psychicznego użytkownika.
- **Efekty:** Badania pokazują, że regularne korzystanie z „Calm” przez miesiąc prowadzi do zmniejszenia poziomu stresu o 20% wśród użytkowników. Poprawa stanu zdrowia

psychicznego dzięki aplikacji może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka podejmowania prób samobójczych.

Wykres poniżej ilustruje liczbę interwencji zainicjowanych przez AI Facebooka na całym świecie oraz w Polsce od 2018 roku do 2023 roku.



Wykres 2. Liczba interwencji AI w prewencji samobójstw na przykładzie Facebook AI w latach 2018-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie Facebook AI Blog, dane dotyczące liczby interwencji AI.

Powyższy wykres przedstawia liczbę interwencji zainicjowanych przez algorytmy AI Facebooka w prewencji samobójstw w latach 2018-2023. Widać na nim wyraźny wzrost liczby interwencji zarówno na świecie, jak i w Polsce. Od 2018 roku liczba interwencji globalnie wzrosła z 500 do 1000, a w Polsce z 50 do 120, co pokazuje rosnącą skuteczność i zastosowanie technologii AI w identyfikacji ryzyka samobójczego i podejmowaniu działań ratujących życie.

Te dane potwierdzają, że sztuczna inteligencja odgrywa coraz większą rolę w systemach prewencji, co może przyczynić się do dalszego zmniejszenia liczby samobójstw poprzez wczesne wykrywanie zagrożenia i szybką interwencję.

4.3.2.3. Porównanie efektywności różnych technologii

Technologie oparte na sztucznej inteligencji oraz aplikacje mobilne odgrywają kluczową rolę w prewencji samobójstw, oferując wsparcie, które jest łatwo dostępne i dostosowane do indywidualnych potrzeb użytkowników. Porównanie różnych technologii wskazuje na ich różne mocne strony i specyficzne zastosowania w obszarze zdrowia psychicznego.

Porównanie technologii:

1. Mindstrong vs. Woebot

- **Mindstrong:** Aplikacja wykorzystująca AI do monitorowania interakcji użytkownika z urządzeniem, co pozwala na analizę stanu psychicznego i identyfikację zagrożeń. Mindstrong oferuje konsultacje z terapeutami i skupia się na długoterminowym monitorowaniu zdrowia psychicznego.
- **Efekty:** Skuteczna redukcja prób samobójczych o 15% oraz zmniejszenie objawów depresji o 30% u użytkowników.
- **Woebot:** Chatbot oparty na sztucznej inteligencji, oferujący wsparcie emocjonalne i narzędzia oparte na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Woebot zapewnia codzienne interakcje z użytkownikami, dostosowując odpowiedzi do ich bieżącego stanu psychicznego.

Efekty: Zmniejszenie poziomu stresu o 25% oraz poprawa ogólnego samopoczucia o 15% u użytkowników po trzech miesiącach regularnego korzystania.

2. Facebook AI vs. Calm

- **Facebook AI:** System monitorujący treści publikowane przez użytkowników w czasie rzeczywistym, umożliwiający szybkie interwencje w sytuacjach kryzysowych. AI analizuje posty pod kątem słów kluczowych związanych z samobójstwem i automatycznie powiadamia zespół wsparcia.
- **Efekty:** Ponad 3500 interwencji na całym świecie, z czego 500 w Polsce, co świadczy o skuteczności systemu w identyfikacji osób zagrożonych samobójstwem.
- **Calm:** Aplikacja mobilna skoncentrowana na medytacji, relaksacji i poprawie snu. Calm oferuje narzędzia do zarządzania stresem oraz sesje medytacyjne, które pomagają w długoterminowym utrzymaniu zdrowia psychicznego.

Efekty: Redukcja poziomu stresu o 20% po miesiącu regularnego korzystania z aplikacji, co przyczynia się do poprawy zdrowia psychicznego i zmniejszenia ryzyka samobójstwa.

Technologia	Funkcje	Efekty	Zastosowanie
Mindstrong	Monitorowanie interakcji z urządzeniem, konsultacje z terapeutami	Redukcja prób samobójczych o 15%, zmniejszenie objawów depresji o 30%	Długoterminowe monitorowanie zdrowia psychicznego
Woebot	Chatbot, wsparcie emocjonalne, terapia CBT	Zmniejszenie poziomu stresu o 25%, poprawa samopoczucia o 15%	Codzienne wsparcie, interakcje personalizowane
Facebook AI	Monitorowanie treści w czasie rzeczywistym, szybkie interwencje	Ponad 3500 interwencji na całym świecie, 500 w Polsce	Sytuacje kryzysowe, natychmiastowa reakcja

Technologia	Funkcje	Efekty	Zastosowanie
Mindstrong	Monitorowanie interakcji z urządzeniem, konsultacje z terapeutami	Redukcja prób samobójczych o 15%, zmniejszenie objawów depresji o 30%	Długoterminowe monitorowanie zdrowia psychicznego
Calm	Medytacja, relaksacja, poprawa snu	Redukcja poziomu stresu o 20% po miesiącu	Długoterminowe zarządzanie stresem, poprawa zdrowia psychicznego

Tabela 1. Tabela porównawcza wybranych technologii z podziałem na ich funkcje, efekty i zastosowanie

Źródło: opracowanie własne.

Porównanie różnych technologii wskazuje, że każda z nich ma unikalne zalety, które mogą być przydatne w różnych kontekstach prewencji samobójstw. Mindstrong i Woebot są szczególnie skuteczne w długoterminowym wsparciu zdrowia psychicznego, z naciskiem na monitorowanie stanu psychicznego i interakcje oparte na terapii CBT. Facebook AI jest wyjątkowo skuteczny w natychmiastowej reakcji na zagrożenie, co czyni go niezastąpionym narzędziem w sytuacjach kryzysowych. Calm z kolei oferuje narzędzia do codziennego zarządzania stresem, co może pośrednio zmniejszać ryzyko samobójstwa.

Integracja tych technologii w ramach kompleksowej strategii prewencji może znacząco zwiększyć skuteczność działań, dostosowując wsparcie do indywidualnych potrzeb użytkowników.

4. 2.2.4. Kluczowe wnioski

- **Technologie jako wsparcie w prewencji:** Aplikacje mobilne i platformy internetowe stają się coraz bardziej popularne jako narzędzia wspierające prewencję samobójstw. Dzięki nim osoby w kryzysie mają dostęp do wsparcia w dowolnym miejscu i czasie, co jest kluczowe, zwłaszcza w sytuacjach nagłych.
- **Rola sztucznej inteligencji:** AI odgrywa istotną rolę w identyfikacji ryzyka i interwencjach kryzysowych, co może znacząco wpłynąć na zmniejszenie liczby samobójstw. Wykorzystanie algorytmów do analizy treści w mediach społecznościowych i komunikacji online jest nowatorskim podejściem, które może uratować życie wielu ludzi.
- **Potrzeba dalszych badań:** Mimo obiecujących wyników, konieczne są dalsze badania nad skutecznością tych technologii oraz nad sposobami ich integracji z tradycyjnymi formami wsparcia psychologicznego.

4.3.3. Inicjatywy społecznościowe

W ramach prewencji samobójstw, społeczności lokalne odgrywają kluczową rolę, realizując różnorodne inicjatywy, które są dostosowane do specyficznych potrzeb i wyzwań danego regionu. Działania te nie tylko wspierają osoby w kryzysie, ale także budują świadomość

i solidarność wśród mieszkańców, tworząc sieć wsparcia, która może być nieoceniona w zapobieganiu tragediom.

4.3.3.1 Programy lokalne i ich skuteczność

Lokalne programy prewencyjne są realizowane przez różne podmioty, w tym samorządy, organizacje pozarządowe oraz lokalne ośrodki zdrowia psychicznego. Ich celem jest zapewnienie wsparcia psychologicznego, edukacja na temat zdrowia psychicznego oraz bezpośrednia pomoc dla osób w kryzysie.

Przykłady skutecznych programów lokalnych to m.in.:

- **Program „Życie warte jest rozmowy” w Warszawie:** W ramach tego programu Fundacja ITAKA, we współpracy z lokalnymi ośrodkami zdrowia psychicznego, organizuje spotkania edukacyjne i warsztaty dla mieszkańców, co przyczyniło się do 10% spadku liczby prób samobójczych w ciągu trzech lat od jego wprowadzenia.
- **Program „Bezpieczna Przystań” w Trójmieście:** Program prowadzony przez Fundację „Zobacz... Jestem” zyskał duże poparcie wśród młodzieży i nauczycieli, a jego realizacja doprowadziła do 15% redukcji liczby prób samobójczych wśród młodzieży w Trójmieście w latach 2016-2020.
- **Inicjatywa „Most Życia” w Krakowie:** Działania prewencyjne obejmujące instalację barier ochronnych na mostach oraz kampanie społeczne w Krakowie doprowadziły do 20% spadku liczby prób samobójczych na mostach w mieście w latach 2017-2019.

Skuteczność tych programów jest mierzona poprzez monitorowanie liczby prób samobójczych przed i po ich wdrożeniu, a także analizę poziomu zaangażowania społeczności lokalnych w te inicjatywy.

4.3.3.2 Współpraca z mediami i organizacjami non-profit

Współpraca społeczności lokalnych z mediami oraz organizacjami non-profit jest kluczowym elementem skutecznych działań prewencyjnych. Media, dzięki swojemu zasięgowi, mogą efektywnie promować kampanie społeczne, zwiększając świadomość na temat problemów psychicznych i dostępnych form wsparcia.

- **Rola mediów:** Lokalne media odgrywają istotną rolę w edukowaniu społeczeństwa na temat prewencji samobójstw. Poprzez reportaże, artykuły i kampanie medialne, przyczyniają się do destygmatyzacji problemów psychicznych i promowania dostępnych form wsparcia. Przykładem może być kampania „Nie jesteś sam” w Lublinie, która była szeroko promowana przez lokalne media, co zwiększyło jej zasięg i efektywność.
- **Współpraca z organizacjami non-profit:** Organizacje non-profit, takie jak Fundacja ITAKA, Fundacja „Zobacz... Jestem” czy lokalne stowarzyszenia, odgrywają kluczową rolę w realizacji programów prewencyjnych. Współpraca ta obejmuje organizowanie szkoleń, warsztatów oraz bezpośredniego wsparcia dla osób w kryzysie. Dzięki tej

współpracy programy takie jak „Projekt Nadzieja” w Łodzi mogą skutecznie docierać do osób potrzebujących wsparcia.

Skuteczność współpracy z mediami i organizacjami non-profit jest oceniana na podstawie zasięgu kampanii, liczby osób, które skorzystały z oferowanego wsparcia, oraz poziomu zaangażowania społeczności w działania prewencyjne. Wzrost liczby osób korzystających z usług wsparcia psychicznego oraz spadek liczby prób samobójczych są kluczowymi wskaźnikami sukcesu tych inicjatyw.

4.4. Inicjatywy Prewencji Samobójstw w Województwie Zachodniopomorskim

4.4.1. Program „Wspólnie przeciw depresji” w Szczecinie

- **Organizator:** Urząd Miasta Szczecina we współpracy z lokalnymi ośrodkami zdrowia psychicznego
- **Cel programu:** Zwiększenie świadomości na temat depresji i innych problemów psychicznych wśród mieszkańców Szczecina oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego osobom w kryzysie.
- **Działania:** Organizacja warsztatów edukacyjnych, kampanie społeczne na temat depresji, uruchomienie infolinii wsparcia psychicznego oraz konsultacje z psychologami i psychiatrami w lokalnych ośrodkach zdrowia.
- **Dane i skuteczność:** Program odnotował wzrost liczby zgłoszeń do infolinii o 30% w ciągu pierwszego roku. W efekcie 20% więcej osób skorzystało z profesjonalnej pomocy psychologicznej, co przyczyniło się do spadku liczby prób samobójczych wśród uczestników programu o 15%.

4.4.2. Inicjatywa „Bezpieczna Przestrzeń” w Kołobrzegu

- **Organizator:** Urząd Miasta Kołobrzeg we współpracy z lokalnymi organizacjami pozarządowymi
- **Cel programu:** Stworzenie bezpiecznych przestrzeni w Kołobrzegu, gdzie osoby w kryzysie psychicznym mogą uzyskać natychmiastową pomoc.
- **Działania:** Otwarcie centrów wsparcia kryzysowego, uruchomienie całodobowej linii wsparcia, prowadzenie szkoleń dla lokalnych przedsiębiorców i służb publicznych na temat rozpoznawania objawów kryzysu psychicznego.
- **Dane i skuteczność:** Inicjatywa przyczyniła się do wzrostu liczby zgłoszeń do centrów wsparcia kryzysowego o 25% w ciągu pierwszych dwóch lat działania programu. Liczba prób samobójczych w Kołobrzegu spadła o 18% w tym samym okresie.

4.4.3. Kampania „Zauważ, zareaguj” w Koszalinie

- **Organizator:** Urząd Miasta Koszalin we współpracy z lokalnymi organizacjami pozarządowymi i szkołami
- **Cel programu:** Zwiększenie świadomości na temat objawów kryzysu psychicznego oraz promowanie aktywnego reagowania w przypadku zauważenia niepokojących sygnałów u bliskich i znajomych.
- **Działania:** Dystrybucja ulotek informacyjnych w miejscach publicznych, kampanie medialne, organizacja spotkań edukacyjnych w szkołach i na uczelniach, współpraca z lokalnymi mediami w celu promowania tematyki zdrowia psychicznego.
- **Dane i skuteczność:** Kampania zwiększyła liczbę zgłoszeń do poradni zdrowia psychicznego w Koszalinie o 22%, a liczba osób, które szukały pomocy, wzrosła o 19%. W wyniku działań kampanii zanotowano spadek liczby prób samobójczych o 12%.

4.4.4. „Linia Życia” w regionie nadmorskim

- **Organizator:** Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego we współpracy z lokalnymi ośrodkami zdrowia i organizacjami pozarządowymi
- **Cel programu:** Zapewnienie natychmiastowego wsparcia dla turystów i mieszkańców nadmorskich miejscowości, którzy doświadczają kryzysu psychicznego.
- **Działania:** Uruchomienie specjalnej infolinii dostępnej 24/7, współpraca z lokalnymi hotelami i pensjonatami w zakresie promowania numeru wsparcia, szkolenia dla personelu turystycznego na temat radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi.
- **Dane i skuteczność:** Inicjatywa odnotowała duże zainteresowanie w sezonie letnim, a liczba osób korzystających z infolinii wzrosła o 40%. Liczba interwencji kryzysowych na terenach nadmorskich spadła o 20% po wdrożeniu programu.

4.4.5. Program „Razem w kryzysie” w Stargardzie

- **Organizator:** Urząd Miasta Stargard we współpracy z lokalnymi szkołami i organizacjami pozarządowymi
- **Cel programu:** Zapewnienie wsparcia psychicznego dla młodzieży i dorosłych w Stargardzie, z naciskiem na wczesne rozpoznawanie objawów kryzysu psychicznego i szybkie reagowanie.
- **Działania:** Organizacja warsztatów dla młodzieży, wsparcie psychologiczne w szkołach, uruchomienie punktów konsultacyjnych w ośrodkach zdrowia, kampanie społeczne skierowane do rodziców i nauczycieli.
- **Dane i skuteczność:** Program przyczynił się do wzrostu liczby osób korzystających z usług wsparcia psychicznego o 28%. Liczba prób samobójczych wśród młodzieży w Stargardzie zmniejszyła się o 16% w okresie działania programu.

4.4.6. „Bezpieczny krok” w Szczecinku

- **Organizator:** Urząd Miasta Szczecinek we współpracy z lokalnymi ośrodkami zdrowia
- **Cel programu:** Promowanie zdrowia psychicznego wśród seniorów w Szczecinku oraz zapobieganie samobójstwom w tej grupie wiekowej.
- **Działania:** Organizacja spotkań grup wsparcia dla seniorów, prowadzenie kampanii edukacyjnych w lokalnych ośrodkach zdrowia, szkolenia dla personelu medycznego i opiekuńczego na temat specyfiki problemów psychicznych u osób starszych.
- **Dane i skuteczność:** Program zwiększył liczbę seniorów korzystających z grup wsparcia o 30%, a liczba zgłoszonych przypadków kryzysów psychicznych w tej grupie wiekowej zmniejszyła się o 14%.

4.4.7. Podsumowanie

Województwo Zachodniopomorskie jest przykładem regionu, w którym lokalne inicjatywy prewencyjne odegrały kluczową rolę w redukcji liczby samobójstw i poprawie zdrowia psychicznego mieszkańców. Programy takie jak **„Wspólnie przeciw depresji” w Szczecinie**, **„Bezpieczna Przestrzeń” w Kołobrzegu**, czy **„Linia Życia” w regionie nadmorskim** pokazują, jak ważne jest dostosowanie działań do specyficznych potrzeb lokalnych społeczności.

Każda z tych inicjatyw odniosła sukces dzięki współpracy między samorządami, organizacjami pozarządowymi oraz lokalnymi ośrodkami zdrowia psychicznego. Kluczowe działania, takie jak uruchomienie infolinii wsparcia, organizacja warsztatów edukacyjnych oraz tworzenie bezpiecznych przestrzeni dla osób w kryzysie, przyczyniły się do realnej poprawy sytuacji psychicznej mieszkańców regionu.

Skuteczność tych programów znajduje swoje odzwierciedlenie w danych, które pokazują znaczący spadek liczby prób samobójczych oraz wzrost liczby osób korzystających z dostępnych form wsparcia. Przykłady te podkreślają, jak istotna jest kontynuacja i rozwijanie takich inicjatyw, nie tylko w Zachodniopomorskiem, ale również w innych regionach Polski.

Podsumowując, lokalne działania prewencyjne, prowadzone z zaangażowaniem społeczności i wsparciem instytucji publicznych, są skutecznym narzędziem w walce z problemem samobójstw. Kontynuacja tych działań oraz ich adaptacja do zmieniających się potrzeb społeczeństwa stanowi klucz do dalszej poprawy zdrowia psychicznego w regionie i w całym kraju.

Instytucje samorządowe, organizacje pozarządowe i rodzice są najbardziej aktywne w terenie, a ich działania przynoszą mierzalne efekty w postaci zmniejszenia liczby samobójstw i poprawy stanu zdrowia psychicznego mieszkańców.

Rodzice mają kluczową rolę w codziennej prewencji, dzięki ich zaangażowaniu w życie swoich dzieci oraz współpracy ze szkołami i specjalistami, co może znacząco wpłynąć na zmniejszenie ryzyka samobójczego wśród młodzieży.

Te dane i obserwacje podkreślają, że różnorodne instytucje i osoby, w tym rodzice, odgrywają kluczową rolę w prewencji samobójstw w Polsce, co wpływa na zmniejszenie liczby przypadków samobójczych i poprawę ogólnego stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa.

4.5. Analiza Działań Międzynarodowych i Porównanie z Polską

4.5.1. Wprowadzenie

Prewencja samobójstw jest priorytetem zdrowotnym w wielu krajach na całym świecie. Każde państwo opracowuje własne strategie i programy prewencyjne, dostosowane do swoich unikalnych warunków kulturowych, społecznych i ekonomicznych. W tym rozdziale przeanalizowane zostaną działania prewencyjne w wybranych krajach, w tym w krajach skandynawskich oraz przedstawione zostanie porównanie z sytuacją w Polsce. Zidentyfikowanie skutecznych praktyk stosowanych w innych państwach może pomóc w udoskonaleniu krajowych strategii i programów prewencji samobójstw w Polsce.

4.5.2. Działania Prewencyjne w Wybranych Krajach

4.5.2.1. *Australia*

Australia jest często wymieniana jako przykład kraju, który skutecznie realizuje polityki prewencyjne. Narodowa Strategia Prewencji Samobójstw, wprowadzona w 1995 roku, obejmuje szeroki zakres działań, w tym edukację społeczną, poprawę dostępu do usług zdrowia psychicznego oraz redukcję stygmatyzacji osób zmagających się z problemami psychicznymi. Kluczowymi elementami strategii są również szkolenia dla pracowników różnych sektorów, takich jak służba zdrowia, edukacja i policja. Dzięki tym działaniom Australia zdołała znacząco zmniejszyć liczbę samobójstw w kraju.

4.5.2.2. *Japonia*

Japonia wdrożyła Podstawową Ustawę o Prewencji Samobójstw w 2007 roku, co stanowiło przełom w podejściu tego kraju do problemu samobójstw. Strategia Japonii obejmuje działania edukacyjne, rozwój technologii wspierających prewencję oraz regionalne programy wsparcia. Kraj ten stawia również na badania naukowe i monitoring ryzyka samobójczego, co pozwala na bardziej precyzyjne kierowanie działań prewencyjnych. Dzięki tym działaniom Japonia zdołała znacząco zmniejszyć wskaźniki samobójstw, zwłaszcza wśród młodzieży i osób starszych.

4.5.2.3. *Finlandia*

Finlandia od lat realizuje programy prewencyjne oparte na badaniach naukowych, które wykazały, że wczesna interwencja i dostęp do wsparcia psychologicznego są kluczowe w zapobieganiu samobójstwom. W ramach działań prewencyjnych stworzono sieć wsparcia dostępnego zarówno w miastach, jak i na terenach wiejskich, gdzie dostęp do usług zdrowotnych jest ograniczony. Jednym z kluczowych elementów strategii jest wprowadzenie programów wsparcia psychicznego dla osób w kryzysie dostępnych 24/7 przez telefon i internet.

4.5.2.4. Szwecja

Szwecja jest przykładem kraju, który łączy tradycyjne metody prewencji samobójstw z nowoczesnymi technologiami. Szwedzka strategia prewencyjna koncentruje się na wczesnej interwencji, wsparciu psychologicznym oraz edukacji społecznej. Kraj ten prowadzi również intensywne badania nad czynnikami ryzyka oraz wykorzystuje technologie cyfrowe do monitorowania i wczesnego wykrywania ryzyka samobójczego. Współpraca z mediami i organizacjami pozarządowymi odgrywa kluczową rolę w skutecznym wdrażaniu działań prewencyjnych.

4.5.2.5. Norwegia

Norwegia kładzie duży nacisk na integrację społeczności w działaniach prewencyjnych. Kraj ten realizuje programy, które angażują lokalne społeczności, szkoły, organizacje pozarządowe oraz władze lokalne w działania mające na celu zmniejszenie liczby samobójstw. Programy te obejmują edukację na temat zdrowia psychicznego, szkolenia dla nauczycieli i pracowników opieki zdrowotnej, a także wsparcie dla rodzin dotkniętych problemem samobójstw. Norwegia jest również znana z rozwiniętych programów wsparcia dostępnych online i przez telefon.

4.5.2.6. Dania

Dania przyjęła holistyczne podejście do prewencji samobójstw, łącząc działania na poziomie lokalnym i krajowym. Kluczowymi elementami duńskiej strategii są dostęp do wsparcia psychicznego, kampanie edukacyjne oraz wsparcie dla osób w żałobie po stracie bliskich. Dania z sukcesem wdraża programy oparte na współpracy międzysektorowej, angażując służbę zdrowia, edukację, organizacje pozarządowe oraz instytucje rządowe. Istotnym elementem strategii jest również zapewnienie łatwego dostępu do pomocy psychologicznej, w tym online, co jest szczególnie ważne w kontekście przeciwdziałania izolacji społecznej.

4.5.3. Porównanie z Polską

4.5.3.1. Podobieństwa i różnice

W porównaniu do krajów skandynawskich, Polska ma mniejsze zasoby finansowe oraz infrastrukturę wspierającą prewencję samobójstw. Niemniej jednak, istnieje wiele podobieństw w podejściu do tego problemu. Polska, podobnie jak Szwecja czy Norwegia, rozwija programy edukacyjne, kampanie społeczne oraz wsparcie psychologiczne, jednak skala i zasięg tych działań są często mniejsze.

Polska od 2011 roku realizuje Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który podobnie jak strategię w krajach skandynawskich, kładzie duży nacisk na edukację i świadomość społeczną. Jednakże, kluczowe różnice dotyczą stopnia zaawansowania technologii oraz poziomu integracji społeczności lokalnych w działania prewencyjne.

4.5.3.2. Kluczowe różnice w realizacji strategii

Jedną z kluczowych różnic między Polską a krajami skandynawskimi jest stopień zaawansowania technologii wykorzystywanych w prewencji samobójstw. Podczas gdy Szwecja i Norwegia intensywnie wykorzystują technologie cyfrowe do wczesnego wykrywania ryzyka i monitorowania sytuacji, Polska dopiero zaczyna integrować takie technologie w swoich działaniach prewencyjnych.

Ponadto, kraje skandynawskie charakteryzują się silnym zaangażowaniem społeczności lokalnych i wysokim poziomem współpracy międzysektorowej, co jest mniej widoczne w Polsce. W Finlandii, Norwegii i Danii, wsparcie psychiczne jest dostępne na terenie całego kraju, co zmniejsza ryzyko samobójstw, szczególnie w regionach wiejskich i oddalonych.

4.5.4. Wnioski dla Polski

4.5.4.1. Zwiększenie dostępności wsparcia psychicznego

Wzorem Finlandii i Szwecji, Polska powinna dążyć do zwiększenia dostępności wsparcia psychicznego, szczególnie na terenach wiejskich i oddalonych. Wprowadzenie systemów wsparcia dostępnych 24/7 za pośrednictwem telefonów i internetu może znacząco poprawić dostęp do pomocy dla osób w kryzysie.

4.5.4.2. Integracja technologii w działaniach prewencyjnych

Polska powinna kontynuować rozwój i integrację innowacyjnych technologii wspierających prewencję samobójstw. Wzorem Szwecji i Norwegii, technologie te powinny być zintegrowane z istniejącymi programami prewencyjnymi, aby umożliwić szybsze i bardziej skuteczne interwencje. Szczególną uwagę należy poświęcić rozwojowi aplikacji mobilnych, platform internetowych oraz systemów AI do wczesnego wykrywania ryzyka samobójczego.

4.5.4.3. Edukacja i kampanie społeczne

Wzorem krajów skandynawskich, Polska powinna zintensyfikować działania edukacyjne i kampanie społeczne promujące zdrowie psychiczne i destygmatyzację problemów psychicznych. Kampanie te powinny być skierowane do różnych grup społecznych, z uwzględnieniem specyficznych potrzeb regionalnych.

4.5.4.4. Współpraca międzysektorowa

Wzorem krajów skandynawskich, Polska powinna rozwijać współpracę międzysektorową, angażując różne poziomy rządu, organizacje pozarządowe, społeczności lokalne oraz sektory prywatny i akademicki. Taka współpraca jest kluczowa dla skutecznego wdrażania kompleksowych strategii prewencyjnych.

4.6. Rekomendacje na Przyszłość

4.6.1. Wprowadzenie

Na podstawie analizy działań prewencyjnych w Polsce oraz doświadczeń międzynarodowych, można wyciągnąć kluczowe wnioski i rekomendacje, które mogą przyczynić się do poprawy strategii zapobiegania samobójstwom w kraju. Rekomendacje te dotyczą zarówno zwiększenia dostępności do wsparcia psychicznego, jak i integracji nowoczesnych technologii, edukacji społecznej oraz wzmocnienia współpracy międzysektorowej.

4.6.2. Wzmocnienie Lokalnych Inicjatyw Prewencyjnych w Polsce

4.6.2.1. *Rozwój i Finansowanie Programów Regionalnych*

Polska, jak wiele innych krajów, boryka się z problemem nierównomiernego dostępu do wsparcia psychicznego w różnych regionach. Zaleca się, aby rząd i samorządy lokalne zwiększyły finansowanie dla regionalnych programów prewencyjnych, takich jak te realizowane w Zachodniopomorskiem czy Małopolsce. Programy te, dzięki dostosowaniu do specyficznych potrzeb lokalnych społeczności, mogą znacząco zmniejszyć liczbę samobójstw poprzez wczesną interwencję i wsparcie dla osób w kryzysie.

4.6.2.2. *Wzmocnienie Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi*

Organizacje pozarządowe odgrywają kluczową rolę w prewencji samobójstw w Polsce. Fundacje takie jak ITAKA czy „Zobacz... Jestem” oferują wsparcie psychologiczne, kampanie społeczne oraz szkolenia. Wzajemna współpraca między rządem a NGO powinna zostać wzmocniona poprzez tworzenie platform wymiany wiedzy, wspólne projekty oraz stabilne finansowanie, co umożliwi rozszerzenie skali działań prewencyjnych na terenie całego kraju.

4.6.2.3. *Edukacja i Zaangażowanie Społeczności Lokalnych*

Edukacja społeczna jest jednym z fundamentów skutecznej prewencji samobójstw. W Polsce konieczne jest zintensyfikowanie działań edukacyjnych skierowanych do różnych grup społecznych, w tym młodzieży, nauczycieli, rodziców oraz pracowników służby zdrowia. Rekomenduje się wprowadzenie obowiązkowych szkoleń z zakresu pierwszej pomocy emocjonalnej, które mogą być realizowane na poziomie lokalnym przez organizacje pozarządowe we współpracy z samorządami. Szkolenia te powinny obejmować rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych oraz udzielanie wsparcia w sytuacjach kryzysowych.

4.6.3. Rola Pedagogów i Rodziców w Prewencji Samobójstw

4.6.3.1. *Pedagodzy jako Kluczowi Strażnicy Zdrowia Psychicznego Uczniów*

Pedagodzy odgrywają kluczową rolę w prewencji samobójstw, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. Jako osoby spędzające dużo czasu z uczniami, nauczyciele i pedagodzy szkolni są w unikalnej pozycji, aby rozpoznawać wczesne oznaki kryzysu psychicznego i podejmować odpowiednie działania.

- **Wczesne Rozpoznawanie Objawów:** Pedagodzy powinni być szkoleni w zakresie identyfikacji wczesnych objawów depresji, lęku, stresu oraz innych problemów psychicznych u uczniów. Dzięki regularnemu kontaktowi z młodzieżą mogą szybko zauważyć zmiany w zachowaniu, które mogą wskazywać na kryzys.
- **Wsparcie i Interwencja:** Poza rozpoznawaniem problemów, nauczyciele powinni być również wyposażeni w umiejętności udzielania wsparcia emocjonalnego oraz wiedzieć, jak skierować ucznia do odpowiednich specjalistów, takich jak psychologowie czy terapeuci.
- **Promowanie Świadomości Psychiczej:** Pedagodzy mogą również odgrywać rolę edukatorów, promując zdrowie psychiczne w klasach oraz organizując zajęcia i warsztaty dotyczące radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów i szukania pomocy.

4.6.3.2. *Rola Rodziców w Prewencji Samobójstw*

Rodzice są fundamentalnymi osobami w życiu każdego dziecka i ich rola w prewencji samobójstw jest nie do przecenienia. Dzięki bliskiemu kontaktowi i codziennym interakcjom, rodzice są często pierwszymi, którzy mogą zauważyć problemy emocjonalne i psychiczne u swoich dzieci.

- **Otwartość i Komunikacja:** Rodzice powinni być zachęcani do utrzymywania otwartej i wspierającej komunikacji ze swoimi dziećmi. Regularne rozmowy na temat uczuć, problemów i doświadczeń mogą pomóc w wykryciu wczesnych oznak kryzysu.
- **Edukacja i Świadomość:** Rodzice powinni być edukowani na temat sygnałów ostrzegawczych wskazujących na ryzyko samobójcze, takich jak wycofanie społeczne, zmiany nastroju, problemy ze snem czy wypowiedzi sugerujące brak nadziei. Wiedza ta pozwala na szybką reakcję i podjęcie odpowiednich kroków.
- **Wsparcie Emocjonalne:** Zapewnienie dziecku wsparcia emocjonalnego, szczególnie w trudnych chwilach, jest kluczowe. Rodzice powinni być gotowi zaoferować wsparcie i pomóc w znalezieniu odpowiedniej pomocy profesjonalnej, jeśli jest to konieczne.
- **Przykład Dla Dzieci:** Rodzice odgrywają również rolę modelu do naśladowania. Właściwe radzenie sobie ze stresem i emocjami, a także otwarte podejście do problemów psychicznych, może wpływać pozytywnie na postawy dzieci.

4.6.4. Integracja Nowoczesnych Technologii w Prewencji Samobójstw

4.6.4.1. *Rozwój i Wdrożenie Aplikacji Mobilnych i Platform Internetowych*

Polska powinna rozwijać i wdrażać nowoczesne technologie wspierające prewencję samobójstw, w tym aplikacje mobilne i platformy internetowe. Przykłady takie jak „Mindstrong” pokazują, jak technologia może monitorować stan psychiczny użytkowników i dostarczać im natychmiastowego wsparcia. Rekomenduje się stworzenie polskich odpowiedników takich narzędzi, które byłyby dostępne bezpłatnie dla wszystkich obywateli, z naciskiem na ochronę prywatności i anonimowość użytkowników.

4.6.4.2. *Wykorzystanie Sztucznej Inteligencji do Wczesnego Wykrywania Ryzyka*

Polska powinna również zainwestować w rozwój systemów opartych na sztucznej inteligencji (AI), które mogłyby analizować dane z mediów społecznościowych, historii przeglądania internetu oraz innych źródeł w celu wczesnego wykrywania osób zagrożonych samobójstwem. Takie systemy mogłyby być wykorzystywane przez służby zdrowia, szkoły oraz organizacje pozarządowe, aby zapewnić szybką interwencję i wsparcie.

4.6.5. Wzmocnienie Współpracy Międzysektorowej

4.6.5.1. *Zwiększenie Koordynacji Działań Prewencyjnych*

Skuteczna prewencja samobójstw wymaga ścisłej współpracy między różnymi sektorami: zdrowia, edukacji, organami ścigania, organizacjami pozarządowymi oraz społecznościami lokalnymi. W Polsce konieczne jest wzmocnienie koordynacji działań tych podmiotów poprzez utworzenie regionalnych i krajowych platform współpracy. Platformy te mogłyby ułatwiać wymianę informacji, planowanie wspólnych działań oraz monitorowanie efektywności podejmowanych inicjatyw.

4.6.5.2. *Tworzenie Wspólnych Programów i Kampanii Społecznych*

Współpraca międzysektorowa powinna obejmować tworzenie i realizację wspólnych programów oraz kampanii społecznych. Przykładem może być ogólnokrajowa kampania edukacyjna, realizowana wspólnie przez Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji, organizacje pozarządowe oraz media, której celem byłoby zwiększenie świadomości na temat zdrowia psychicznego i dostępnych form wsparcia. Taka kampania mogłaby obejmować spoty telewizyjne, działania w mediach społecznościowych, a także materiały edukacyjne dla szkół i uczelni.

4.6.6. Zwiększenie Finansowania Działań Prewencyjnych

4.6.6.1. *Zapewnienie Stabilnych Źródeł Finansowania*

Jednym z głównych wyzwań w prewencji samobójstw w Polsce jest brak odpowiedniego finansowania. Rekomenduje się stworzenie stabilnych źródeł finansowania dla działań prewencyjnych, zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym. Może to obejmować

zwiększenie budżetu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, ale także rozwijanie partnerstw publiczno-prywatnych, które mogą wspierać finansowo inicjatywy lokalne.

4.6.6.2. Priorytetyzacja Wydatków na Zdrowie Psychiczne

W ramach budżetów zdrowotnych, konieczne jest priorytetyzowanie wydatków na zdrowie psychiczne, z uwzględnieniem działań prewencyjnych. Inwestycje w edukację, wsparcie psychologiczne oraz innowacyjne technologie mogą nie tylko zmniejszyć liczbę samobójstw, ale także przynieść długoterminowe korzyści ekonomiczne, redukując koszty związane z leczeniem następstw samobójstw i innych problemów psychicznych.

4.6.7. Edukacja i Świadomość Społeczna

4.6.7.1. Wprowadzenie Edukacji o Zdrowiu Psychicznym do Programów Szkolnych

Edukacja o zdrowiu psychicznym powinna stać się integralną częścią programów nauczania w polskich szkołach. Wprowadzenie zajęć z zakresu zdrowia psychicznego, umiejętności radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania objawów kryzysu psychicznego oraz umiejętności szukania pomocy, może przyczynić się do zmniejszenia liczby samobójstw wśród młodzieży. Takie zajęcia mogą również pomóc w destygmatyzacji problemów psychicznych wśród młodszych pokoleń.

4.6.7.2. Kampanie Społeczne i Informacyjne

Polska powinna zintensyfikować działania w zakresie kampanii społecznych i informacyjnych, które promują zdrowie psychiczne i przeciwdziałają stygmatyzacji osób zmagających się z problemami psychicznymi. Kampanie te powinny być skierowane do szerokiego grona odbiorców, z uwzględnieniem specyficznych potrzeb regionalnych oraz grup o podwyższonym ryzyku. Ważne jest również, aby kampanie te były realizowane w sposób ciągły, a nie jedynie jako jednorazowe akcje.

4.6.8. Podsumowanie

Rekomendacje przedstawione w tym rozdziale mają na celu wskazanie najlepszych praktyk oraz obszarów, które wymagają dalszej pracy w Polsce. Kluczowym elementem sukcesu w walce z problemem samobójstw jest współpraca międzysektorowa, stabilne finansowanie oraz rozwój nowoczesnych technologii, które umożliwią szybką i skuteczną interwencję. Ważną rolę w tej walce odgrywają również pedagodzy i rodzice, którzy mogą w znaczący sposób przyczynić się do wczesnego wykrywania problemów i zapewnienia wsparcia osobom w kryzysie. Polska, czerpiąc z doświadczeń innych krajów oraz wzmacniając lokalne inicjatywy, może stworzyć bardziej efektywny system prewencji samobójstw, który przyczyni się do zmniejszenia liczby zgonów i poprawy jakości życia osób w kryzysie psychicznym.

4.7. Podsumowanie

Raport ten kompleksowo analizuje problematykę samobójstw, zarówno w skali globalnej, jak i na poziomie lokalnym w Polsce. Przedstawia również szeroki przegląd metod prewencyjnych stosowanych na świecie oraz w Polsce, z uwzględnieniem działań innowacyjnych, technologicznych, jak i tradycyjnych podejść w prewencji samobójstw.

4.7.1. Ogólna Sytuacja i Wyzwania

Samobójstwo pozostaje jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie, przyczyniając się do setek tysięcy zgonów rocznie. W Polsce sytuacja również budzi niepokój, zwłaszcza w kontekście rosnącej liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. Dane z ostatniej dekady pokazują stabilny, choć wysoki poziom samobójstw, co wskazuje na konieczność intensyfikacji działań prewencyjnych.

4.7.2. Metody Prewencji

Raport wskazuje na różnorodność metod prewencji samobójstw, od tradycyjnych programów edukacyjnych po nowoczesne rozwiązania technologiczne, takie jak aplikacje mobilne i sztuczna inteligencja. Technologie te odgrywają coraz większą rolę w identyfikacji ryzyka i udzielaniu wsparcia osobom w kryzysie, co może być kluczowe w zapobieganiu tragediom.

4.7.3. Rola Społeczności i Współpracy

Zarówno na poziomie międzynarodowym, jak i w Polsce, raport podkreśla znaczenie współpracy międzysektorowej oraz zaangażowania społeczności lokalnych w działania prewencyjne. Przykłady z województwa zachodniopomorskiego pokazują, jak lokalne inicjatywy mogą skutecznie przyczynić się do zmniejszenia liczby samobójstw.

4.7.4. Analiza Międzynarodowa i Wnioski dla Polski

Analiza działań prewencyjnych w wybranych krajach, takich jak Australia, Japonia, Finlandia, Szwecja, Norwegia i Dania, dostarcza cennych wskazówek dla Polski. Kraje te odnoszą sukcesy dzięki zintegrowanym strategiom, które łączą edukację, technologię, wsparcie psychiczne oraz zaangażowanie społeczne. Polska, mimo postępów, musi kontynuować rozwój w tych obszarach, aby skuteczniej zapobiegać samobójstwom.

4.7.5. Rekomendacje na Przyszłość

Raport zawiera również szereg rekomendacji mających na celu wzmocnienie działań prewencyjnych w Polsce. Kluczowe znaczenie ma zwiększenie dostępności wsparcia psychicznego, integracja nowoczesnych technologii, zintensyfikowanie edukacji społecznej oraz wzmocnienie współpracy międzysektorowej. Stabilne finansowanie oraz priorytetyzacja

zdrowia psychicznego w polityce publicznej są niezbędne, aby te działania przyniosły długoterminowe korzyści.

4.7.6. Finalne Wnioski

Walka z problemem samobójstw wymaga skoordynowanych, wielowymiarowych działań, które uwzględniają specyficzne potrzeby różnych grup społecznych. Polska ma szansę na znaczne zmniejszenie liczby samobójstw poprzez dalszy rozwój strategii prewencyjnych, czerpiąc z najlepszych praktyk międzynarodowych oraz wzmacniając lokalne inicjatywy. Tylko poprzez zintegrowane i systemowe podejście można skutecznie przeciwdziałać temu złożonemu problemowi, poprawiając zdrowie psychiczne i jakość życia obywateli.

4.8. Bibliografia

W tym rozdziale zestawiono kluczowe źródła, z których korzystano podczas przygotowywania raportu. Źródła obejmują publikacje naukowe, raporty organizacji międzynarodowych, dane statystyczne oraz materiały z wiarygodnych serwisów internetowych. Celem było zapewnienie rzetelności i aktualności przedstawionych informacji.

1. World Health Organization (WHO), *Preventing Suicide: A Global Imperative*, Luxembourg 2014, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> [dostęp: 1.10.2024].
2. National Institute of Mental Health (NIMH), *Suicide Prevention*, <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention> [dostęp: 09.09.2024].
3. A. Atmakuru, A. Shahini, S. Chakraborty, S. Seoni, M. Salvi, A. Hafeez-Baig, S. Rashid, R. San Tan, P. Datta Barua, F. Molinari, U R. Acharya, *Artificial Intelligence in Suicide Prevention: Current Trends and Future Directions*, Information Fusion, nr 114, 2020.
4. World Health Organization (WHO), *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*, Genewa 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> [dostęp: 22.10.2024].
5. United Nations Children's Fund (UNICEF), *The State of the World's Children 2021*, New York 2021, <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021> [dostęp: 22.10.2024].
6. Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Roczniki Statystyczne, 2010-2022*.
7. Komenda Główna Policji (KGP), *Statystyki Samobójstw w Polsce, 2010-2022*.
8. Facebook AI – Strona poświęcona wykorzystaniu sztucznej inteligencji w prewencji samobójstw, dostępna na: <https://ai.facebook.com/blog/helping-prevent-suicide-with-ai> [dostęp: 9.09.2024].
9. Calm – Oficjalna strona aplikacji, dostępna na: <https://www.calm.com>.
10. Mindstrong – Strona aplikacji, dostępna na: <https://mindstrong.com>.
11. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, *Raport o stanie zdrowia psychicznego w Polsce*, Warszawa 2022.

12. Fundacja ITAKA, *Prewencja Samobójstw: Przegląd Inicjatyw w Polsce*, 2023.
13. H. Witkowska, A. Czabański, L. Kicińska, M. Łuba, J. Palma, W. Szczepaniak, *Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych*, 2023, <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/biblioteka/> [dostęp: 12.10.2024].
14. S. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020–2022*, Warszawa 2023, <https://ipzin.org/drugie-poprawione-wydanie-raportu-jak-wspierac-mlodziez-w-niestabilnym-swiecie-wyzwania-i-rekomendacje-dla-wychowania-profilaktyki-i-ochrony-zdrowia-psychicznego-po-trudnych-latach-2020-20/> [dostęp: 1.12.2024].
15. Fundacja Republikańska, *Kondycja młodych Polaków*, 2023, <https://fundacjarepublikańska.org/kondycja-mlodych-polakow/> [dostęp: 10.09.2024].
16. H. Witkowska, L. Kicińska, J. Palma, M. Łuba, *Zrozumieć, aby zapobiec. Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży*, II edycja raportu na podstawie danych KGP i serwisu www.zwjrr.pl, Serwis Życie Warto Jest Rozmowy, Warszawa 2024, <https://zwjrr.pl/artykuly/zrozumiec-aby-zapobiec-2024-ii-edycja-raportu> [dostęp: 12.09.2024].
17. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą 2022. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2022/dzieci-sie-licza-2022.html> [dostęp: 12.09.2024].

Zebrane źródła stanowią podstawę dla analiz przedstawionych w raporcie, zapewniając ich rzetelność i aktualność.

Rozdział 5

Ocena i analiza działań podejmowanych przez służbę zdrowia w obszarze prewencji samobójstw (raport – dane od 2010 roku)

5.1. Wstęp

Liczba samobójstw popełnianych przez dzieci i młodzież wzrosła w ostatnich latach i stanowi problem społeczny. Pełna świadomość ofiar samobójstw w tej grupie wiekowej jest kwestionowana, głównie ze względu na brak doświadczenia życiowego oraz właściwego zrozumienia, co tak naprawdę oznacza podjęcie decyzji o zakończeniu swojego życia. Uważa się, że powodem takiego kroku jest brak dojrzałości emocjonalnej, która łączy się również z niezdolnością do odraczania decyzji, a która równocześnie ujawnia się w impulsywnym charakterze młodzieńczych prób samobójczych. Najczęściej jest to reakcja na trudną sytuację, określaną jako „nie do zniesienia”¹¹³. Obecnie zagadnienie samobójstwa próbuje się ująć w najszerszym możliwym kontekście – zespołu czynników m. in. psychologicznych, społecznych, rodzinnych, które popychają młodego człowieka do podjęcia tego drastycznego kroku. W psychiatrii zagrożenie samobójstwem jest jednym z najbardziej naglących stanów. Ocena ryzyka popełnienia samobójstwa należy do zasadniczych elementów każdego badania psychiatrycznego. Samobójstwa stanowią złożony problem, który rozpatrywać można na poziomie socjologicznym, psychologicznym, a bardzo często psychiatrycznym. Są one często końcowym efektem patologii społecznej i indywidualnej¹¹⁴. Dlatego też działania w obszarze ochrony zdrowia w aspekcie prewencji są bardzo istotne.

¹¹³ B. Hołyst, *Suicydologia*, Warszawa 2012, s. 589-590.

¹¹⁴ I. Błaszczuk, *Opieka pielęgniarska nad pacjentem z myślami i tendencjami samobójczymi*, „W Cieniu Czepka”, nr 9(227), 2010, s. 10-12. Autorka podkreśla, iż „opieka nad pacjentami w przypadku każdego zaburzenia zdrowia, winna być oparta na wyborze odpowiedniego modelu pielęgnowania. Najpoważniejszym problemem pielęgniarskim w psychiatrii są tendencje samobójcze. Umieszczenie pacjenta w szpitalu jest zaledwie zaczątkiem działań profilaktycznych. Pacjent nie zawsze ujawnia swoje myśli i chęć pozbawienia się życia. Może się zdarzyć, że stan zdrowia chorego poprawia się, czujność personelu słabnie i dopiero wówczas pacjent realizuje swój zamiar, którego wcześniej nie był w stanie wykonać. Czasami pacjent dysymuluje, aby otrzymać „przepustkę” i wyjść poza szpital w celu popełnienia samobójstwa”.

5.2. Ustawodawstwo

5.2.1 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego¹¹⁵. Art. 2. Natomiast określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, które obejmują:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- 3) promocję zdrowia;
 - 3a) kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych;
 - 3b) zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień;
- 4) profilaktykę chorób;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie:
 - 7a) działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
 - 7b) współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 10) działania w obszarze aktywności fizycznej¹¹⁶.

Ustawodawca określił także podmioty powołane do podejmowania określonych zadań.

¹¹⁵ Ustawa z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz. U. 2015, poz. 1916.

¹¹⁶ Tamże.

5.2.2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020

Analizując powyższe zagadnienie należy wziąć także pod uwagę Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020¹¹⁷. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916). Celem strategicznym Programu było wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem, ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Cel strategiczny był realizowany przy pomocy celów operacyjnych, które obejmowały:

- Poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- Profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
- Profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa.
- Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
- Promocję zdrowego i aktywnego starzenia się.
- Poprawę zdrowia prokreacyjnego.

NPZ łączył różne programy profilaktyczne realizowane dotychczas na podstawie przepisów kilku ustaw, o różnych terminach realizacji oraz różnych źródłach i poziomach finansowania (m.in. z zakresu przeciwdziałania narkomanii lub alkoholizmowi)¹¹⁸.

Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa w punkcie 1. Wskazuje na wspieranie zdrowia psychicznego oraz ustalenie i upowszechnienie priorytetów działań w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020. Do realizacji powyższego ustawodawca wskazał Ministerstwo Zdrowia (MZ) we współpracy z właściwymi towarzystwami naukowymi, Radą do spraw Zdrowia Psychicznego oraz podmiotami wybranymi w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ¹¹⁹.

Kolejnym zadaniem wskazanym w Rozporządzeniu było prowadzenie prozdrowotnej polityki państwa w sposób umożliwiający i ułatwiający społeczeństwu podejmowanie działań ukierunkowanych na ochronę, umacnianie i zwiększanie potencjału zdrowia psychicznego (1.2) – realizator: MZ we współpracy z MRPiPS oraz prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia

¹¹⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz.U. 2016 poz. 1492.

¹¹⁸ NPZ 2016-2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020> [dostęp: 01.08.2024].

¹¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz.U. 2016 poz. 1492.

sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych (1.3) – realizator: MZ we współpracy z MEN, MSWiA, MS, MON, podmioty wyłonione w drodze konkursów organizowanych przez tych ministrów oraz JST i podmioty wyłonione w drodze konkursów organizowanych przez JST¹²⁰.

W dokumencie zwrócono ponadto uwagę na opracowanie i realizację samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego (1.4) – realizator: JST¹²¹.

Celem Narodowego Programu Zdrowia było także prowadzenie aktywnej polityki wobec dzieci i młodzieży poprzez działania i programy, prowadzenie działań mających na celu wszechstronny rozwój i rozwijanie konstruktywnych relacji międzyludzkich, wzmacnianie potencjału zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przez wsparcie pozytywnego i harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości, umiejętności osobistych i społecznych, udzielanie wsparcia w rozwiązywaniu problemów i kryzysów rozwojowych, podnoszenie odporności psychicznej i poprawę funkcjonowania emocjonalnego. Cechą wspólną tej polityki jest rozwijanie potencjałów i koncentrowanie się na mocnych stronach dzieci i młodzieży (1.5) – realizator: MEN we współpracy z MZ¹²².

Ustawodawca określił także zasięg profilaktyki zaburzeń psychicznych (2) poprzez upowszechnianie, wdrażanie, udoskonalanie i poszerzanie oferty programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów zdrowia psychicznego i zachowań ryzykownych (np. używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, korzystanie z pornografii, przemoc), (2.1) – realizator: MZ we współpracy z PARPA, KBPN, ORE oraz IPiN¹²³.

W analizowanym akcie prawnych zwrócono także uwagę na: podnoszenie kompetencji kadr medycznych uczestniczących w realizacji profilaktycznej opieki psychiatrycznej, w tym wczesnego wykrywania objawów zaburzeń psychicznych, (2.2) – realizator: MZ oraz podmioty wyłonione w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ¹²⁴. Określono prowadzenie wczesnej diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń neurorozwojowych u dzieci w wieku 2-6 lat, (2.3) – realizator: MZ we współpracy z NFZ. Kolejną istotną kwestią jest prowadzenie działań na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom i innym zachowaniom autodestrukcyjnym w populacjach o zwiększonym ryzyku, w tym konsultacja działań w ramach zespołu roboczego utworzonego przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego oraz finansowanie działań badawczych, profilaktycznych i przyczyniających się w inny sposób do realizacji zadania, (2.4) – realizator: MZ we współpracy z MEN, MS, MSWiA, MON oraz podmioty wybrane w drodze konkursów ogłaszanych przez MZ. Punkty 2.5, 2.6. oraz 2.7. odnoszą się kolejno do prowadzenia działań na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym (w tym anoreksja i bulimia) w populacji generalnej oraz w populacjach o zwiększonym ryzyku. (realizator: MZ oraz podmioty wyłaniane w drodze konkursu przez MZ), opracowania

¹²⁰ Tamże.

¹²¹ Tamże.

¹²² Tamże.

¹²³ Tamże.

¹²⁴ Tamże.

i realizacji programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym (realizator: PARPA oraz JST) oraz upowszechniania wiedzy o zagrożeniach wynikających z kontaktu dzieci i młodzieży z materiałami zawierającymi treści pornograficzne, uprzedmiotawiające i seksualizujące od 2018 r. (realizator: MZ oraz podmioty wyłaniane w drodze konkursu przez MZ). W dalszej części dokumentu ustawodawca zwraca uwagę na: analizę istniejących zapisów prawnych pod kątem ochrony dzieci i młodzieży przed zbyt łatwym dostępem do treści seksualizujących i pornograficznych w 2016 r., jako realizatora wskazuje MZ oraz podmioty wyłaniane w drodze konkursu przez MZ (2.8). W punkcie 2.9. podkreśla prowadzenie badań dotyczących kontaktu dzieci i młodzieży z materiałami pornograficznymi i seksualizującymi, a także skutków tego kontaktu dla rozwoju psychoseksualnego i zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w 2017 r. (realizator: MZ oraz podmioty wyłaniane w drodze konkursu przez MZ), natomiast w punkcie 2.10. skupia uwagę na rozwijaniu oferty i upowszechnianiu programów profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, które zapobiegają zagrożeniom związanym z dostępem dzieci i młodzieży do treści pornograficznych, uprzedmiotawiających i seksualizujących od 2018 r. (realizator: MZ oraz podmioty wyłaniane w drodze konkursu przez MZ)¹²⁵.

Na uwagę zasługuje sprawa szkoleń dla różnych grup zawodowych (w tym nauczycieli, lekarzy, inspektorów sanitarnych, prokuratorów, służb mundurowych, straży miejskich) dotyczące zagrożeń oraz konsekwencji rozwojowych i zdrowotnych u dzieci i młodzieży oglądających pornografię (2.11), realizator: MZ we współpracy z MEN, a także ORE, PIS, MF, MSWiA, MF, JST oraz podmiot wybrany w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ.

Dokument porusza także kwestię prowadzenia działań dotyczących zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w placówkach, w których przebywają nieletni kierowani przez sąd, w populacji osób pozbawionych wolności oraz funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej (2.12), realizator: MEN, MSWiA, MS oraz MZ. W punkcie 2.13 na uwagę zasługuje fakt konieczności prowadzenia działań na rzecz zapobiegania wypaleniu zawodowemu w rodzinach zastępczych i rodzinnych domach dziecka oraz w populacji pracowników placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej, populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych – realizator: MRPiPS oraz MSWiA¹²⁶.

Ustanowienie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 przyczyniło się do organizacji dwóch Kongresów Suicydologicznych w 2018 i 2020 (www.konferencjasuicydologiczna.umed.pl), zaowocowały one opracowaniem Krajowego Programu Zapobiegania Samobójstwom, którego główne zadania znalazły się w 3 celu operacyjnym NPZ na lata 2021-2025 „Promocja zdrowia psychicznego”, które zostaną omówione w dalszej części analizy. Na potrzebę aktywnej polityki państwa w zakresie profilaktyki samobójstw od lat wskazywali psychiatrzy i suicydologzy zrzeszeni w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym i Polskim Towarzystwie Suicydologicznym. Od 2016 roku przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia działa interdyscyplinarny Zespół Roboczy ds. prewencji samobójstw i depresji, który zainicjował działania, mające na celu opracowanie i wdrożenie strategii w zakresie zapobiegania zachowaniom samobójczym. W ramach tego zespołu zostały opracowane i upowszechnione rekomendacje dla mediów i osób wypowiadających się

¹²⁵ Tamże.

¹²⁶ Tamże.

w mediach w formie poradników, wskazujące m.in. na przyczyny zachowań samobójczych; jak pisać i mówić o samobójstwach w mediach, a czego unikać (link do pobrania na stronie: <https://suicydologia.org/publikacje/>).

5.2.3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025

Z kolei w dniu 30 marca 2021 r. Rada Ministrów przyjęła Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025. Celem strategicznym Programu jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Cele operacyjne Programu obejmują:

- Profilaktykę nadwagi i otyłości.
- Profilaktykę uzależnień.
- Promocję zdrowia psychicznego.
- Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne.
- Wyzwania demograficzne¹²⁷.

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, zwanego dalej „NPZ”, jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Przy realizacji NPZ niezbędne jest uwzględnienie wpływu skutków zdrowotnych wywołanych przez epidemię COVID-19 na zdrowie populacji. Choroba ta przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu II wojny światowej. Z uwagi na jej specyfikę (niezależnie od konieczności nieustannego jej przeciwdziałania i zwalczania skutków) niezbędne jest zintensyfikowanie działań mających na celu promowanie zdrowia, ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych. Epidemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje efekt negatywnej synergii. Tym bardziej istotna jest konieczność podjęcia kompleksowych, a także zgodnych z aktualną wiedzą naukową, interwencji w obszarze zdrowia publicznego, wszelkimi dostępnymi narzędziami¹²⁸.

W wykazie zadań służących realizacji celu operacyjnego 3: Promocja zdrowia psychicznego, wskazano na następujące działania w zakresie prewencji suicydologicznej¹²⁹:

1. Realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej.
2. Podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji działań profilaktycznych na rzecz opieki psychiatrycznej

¹²⁷ NPZ 2021-2025, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025> [dostęp: 02.08.2024].

¹²⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Dz. u. 2021, 642. W przypadku zadań realizowanych przez koordynatora w ramach celu operacyjnego 3 – w części „Zapobieganie samobójstwom”, finansowanie odbywa się przez powierzenie realizacji zadań IPiN, zwanemu dalej „Koordynatorem”, w trybie, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy. IPiN powierza się koordynację realizacji wszystkich zadań określonych w tej części NPZ.

¹²⁹ Por. *Zapobieganie samobójstwom poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej*, Genewa-Warszawa 2003, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4_pol.pdf?Sequence=7, s. 9.

3. Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań
4. Koordynacja, monitorowanie oraz ewaluacja skuteczności i efektywności zadań prowadzonych w celu profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego¹³⁰.

Ponadto szczegółowo wymieniono działania mające na celu zapobieganie zachowaniom samobójczym.

1. Rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych, w tym monitorowanie mediów, stosowanie 2021-2025 zaleceń specjalistów (np. suicydologów, specjalistów zdrowia publicznego) w opracowywaniu materiałów informacyjnych i innych przekazów o charakterze medialnym przez instytucje publiczne oraz media publiczne.
2. Ograniczanie dostępu do metod dokonywania samobójstw w celu zmniejszenia liczby zachowań samobójczych we wszystkich grupach wiekowych, w tym wspieranie inicjatyw mających na celu poprawę bezpieczeństwa w różnych obiektach, np. mostach, wiaduktach, w obszarze infrastruktury kolejowej (m.in. stacje kolejowe, przejazdy, perony) i budynkach, a także podejmowanie racjonalnych działań w obszarze dostępności leków (OTC), środków medycznych i innych toksycznych substancji chemicznych wykorzystywanych w celach samobójczych.
3. Opracowanie, wdrażanie i ewaluacja programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom samobójczym, dostosowanych do potrzeb różnych populacji.
4. Zapewnienie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym przez dostęp do konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych (w tym telefony wsparcia i zaufania, poradnie internetowe, infolinie i linie wsparcia), dostosowanej do potrzeb osób w różnym wieku).
5. Opracowanie (przy udziale suicydologów i specjalistów zdrowia publicznego), aktualizacja, upowszechnianie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w przypadku ryzyka zachowań samobójczych skierowanych do adekwatnych grup osób i instytucji, m.in. służby zdrowia, pomocy społecznej, kadry pedagogicznej, rodziców, służb mundurowych, mediów i osób duchownych.
6. Rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pracowników oświaty, pomocy społecznej, służb mundurowych, osób duchownych i innych grup zawodowych, w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze.
7. Rozwój kompetencji przedstawicieli środków masowego przekazu, w szczególności dziennikarzy, redaktorów, sekretarzy redakcji, wydawców.

¹³⁰ Tamże.

8. Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, zachowań samobójczych, postaw społecznych.
9. Prowadzenie działalności naukowo-badawczej, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych w różnych populacjach, z uwzględnieniem metod dokonywania zamachów samobójczych, a także prowadzenie badań ukierunkowanych na identyfikację nowych i monitorowanie znanych czynników ryzyka i czynników chroniących, w tym prowadzenie badań w zakresie wpływu mediów na zachowania samobójcze.
10. Koordynacja działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym określonych w NPZ, z uwzględnieniem możliwości utworzenia i prowadzenia Biura do Spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym¹³¹.

Z analizy dokumentu dotyczącego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 wynika, iż prowadzone są liczne działania prewencyjne, mocno zintensyfikowane względem poprzedniego programu, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego, ze zwróceniem uwagi na dzieci oraz młodzież. Powołano także liczne instytucje do realizacji wieloaspektowych działań w tym zakresie.

5.3 Pozostałe inicjatywy krajowe

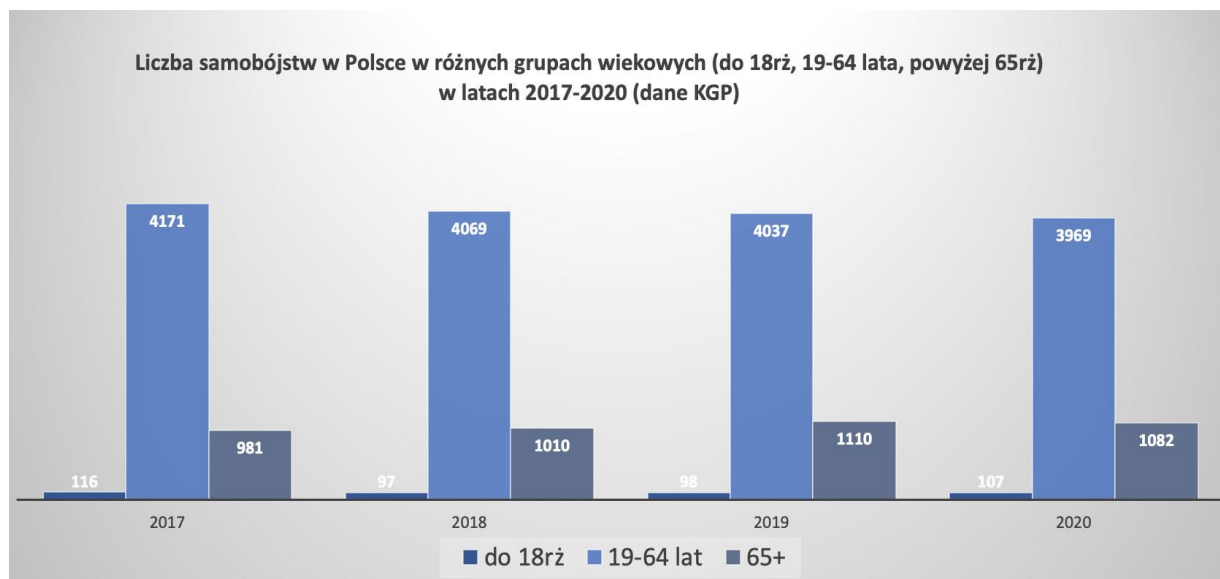
Zachowania samobójcze to globalny problem zdrowia publicznego. Śmiercią samobójczą umiera na świecie 700 tysięcy osób rocznie. Liczba osób podejmujących próby samobójcze jest od 10- do 20-krotnie większa. Zapobieganie zachowaniom samobójczym pozostaje wyzwaniem dla wszystkich ludzi dobrej woli, służb publicznych, instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych, jako że wywiera na wszystkich negatywny wpływ. Celem wyznaczonym przez Światową Organizację Zdrowia jest obniżenie liczby samobójstw o jedną trzecią do roku 2030. Doświadczenia krajów, które wdrożyły programy zapobiegania zachowaniom samobójczym, dowodzą, że profilaktyka jest skuteczna, czyli zmniejsza ryzyko zachowań samobójczych¹³².

W Polsce każdego dnia umiera śmiercią samobójczą 14 osób, czyli około 5 tysięcy osób rocznie (najczęściej są to mężczyźni i osoby w wieku produkcyjnym 30-70 lat). Dużym problemem zdrowia publicznego są samobójstwa dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat. Śmiercią samobójczą ginie w Polsce ok. 100 nastolatków rocznie. Dane statystyczne o samobójstwach w Polsce są zbierane równolegle przez: Główny Urząd Statystyczny (ostatnie dane za rok 2020), Komendę Główną Policji (publikowane co roku)¹³³. Poznanie przyczyn zachowań samobójczych jest warunkiem efektywnego planowania i wdrażania działań prewencyjnych, zapobiegających kryzysom samobójczym oraz ratujących życie.

¹³¹ Tamże. Por. *Krajowy Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym. O projekcie*, <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/o-projekcie#zadanie1> [dostęp: 03.08.2024]; *Powstał kompleksowy program prewencji samobójstw*, <https://pielegniarki.com.pl/news/powstal-kompleksowy-program-prewencji-samobojstw> [dostęp: 06.08.2024].

¹³² *Krajowy Program Zapobiegania...*, dz. cyt., [dostęp: 03.08.2024].

¹³³ Tamże.



Wykres 1. Liczba samobójstw w Polsce w różnych grupach wiekowych

Źródło: <https://zapobiegajmy.samobojstwom.pl/o-projekcie#zadanie1> [dostęp: 02.08.2024].

W ostatnich 5 latach wskaźnik samobójstw (liczba osób zmarłych z powodu samobójstwa na 100 tysięcy mieszkańców) utrzymywał się na podobnym poziomie tj. ponad 11/100 tysięcy). Dotyczy to również 2020 roku (pierwszego roku pandemii Covid-19). W przypadku prób samobójczych w grupie wiekowej 0-18 r.ż. współczynnik wzrósł od 3,6 (w roku 1999) do 20,5 na 100 tys. w roku 2021. Podobnie jak w przypadku samobójstwa, największy wzrost odnotowuje się w grupie wiekowej 13-18 r.ż. (8,5 do 62,5 na 100 tysięcy). Wynik ten jest niepokojący, gdyż podjęcie próby samobójczej wiąże się ze zwiększeniem ryzyka samobójstwa. Po wielu latach wspólnych działań środowisk naukowych, organizacji pozarządowych i instytucji publicznych w 2021 roku został wprowadzony w życie Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w ramach Narodowego Programu Zdrowia (na lata 2021-2025). Dużą rolę w opracowaniu tego Programu odegrał zespół ekspertów skupiony w Zespole Roboczym ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia¹³⁴. Program jest oparty na strategiach mających naukowe dowody skuteczności oraz na rzetelnych źródłach danych o zjawisku zachowań samobójczych.

Z materiałów dostępnych w Internecie uzyskano także informację, iż 16 listopada 2022 r. odbyło się posiedzenie Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży oraz Komisji Zdrowia. Na spotkaniu miało miejsce rozpatrzenie informacji nt. realizacji ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami¹³⁵. Wśród innych tematów dotyczących dobrostanu uczniów, poruszono temat samobójstwa nieletnich. Zwrócono także uwagę na duży problem stosowania nikotynowych używek wśród młodzieży i apelowano o nową regulację prawną z tym związaną¹³⁶.

Należy zwrócić uwagę, na fakt, iż posiadanie wiedzy przez personel medyczny (szczególnie mając na uwadze pielęgniarki jak i lekarzy) na temat postępowania w przypadku

¹³⁴ Tamże.

¹³⁵ *Pielęgniarki szkolone potrzebują nowych gabinetów*, <https://wartowiedziec.pl/polityka-zdrowotna/66679-pielęgniarki-szkolne-potrzebują-nowych-gabinetów> [dostęp: 05.08.2024].

¹³⁶ Tamże.

podejrzenia chęci popełnienia samobójstwa, jest elementem niezbędnym w działaniach prewencyjnych¹³⁷. „Lekarze pierwszego kontaktu często spotykają się z pacjentami, u których wystąpiły myśli i zachowania samobójcze. Możliwe jest wdrożenie skutecznego leczenia, a model opieki łączonej pozwala na uzyskanie najlepszych efektów i skutecznego leczenia depresji, a także zmniejszenie ryzyka popełnienia samobójstwa. Choć nie ma żadnego sposobu na to, aby przewidzieć, który z pacjentów umrze w wyniku samobójstwa, wzięcie pod uwagę sygnałów i objawów ostrzegawczych może istotnie ograniczyć ryzyko takiej śmierci. Niezwykle ważne jest zadanie pytań dotyczących myśli i planów samobójczych, a także zachowań samobójczych, które wydarzyły się w przeszłości. Wyczulenie na identyfikowanie stanów pobudzenia i ich intensywne leczenie może zapobiec wielu groźnym sytuacjom”¹³⁸.

Analizując odpowiedź z Biura Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 06 sierpnia 2024 roku można dostrzec wiele podejmowanych działań w zakresie prewencji w aspekcie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Zwrócono uwagę na problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży, w tym – uwarunkowania i profilaktykę. Wdrożono system edukacji w szkołach od 2019 roku. Przedstawiano również zagadnienia dotyczące problematyki depresji młodzieńczej oraz uzależnień. Młodzież była zainteresowana warunkami pobytu w szpitalach psychiatrycznych, miała możliwość skonfrontowania krążących mitów na temat takich placówek. W przeprowadzonych lekcjach udział wzięło około 2100 uczniów. Rok 2019 został ogłoszony Przez Rzecznika Praw Pacjenta „Rokiem psychiatrii”.

Następnie jak podaje zastępca dyrektora Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Elżbieta Bartosiewicz: „Rzecznik Praw Pacjenta w 25. rocznicę uchwalenia ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wystąpił do kierowników szpitali psychiatrycznych oraz szpitali wielospecjalistycznych z oddziałami psychiatrycznymi o podjęcie wzmożonych działań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom przebywającym na ich oddziałach”. Dalej podaje, iż: „W swoim apelu Rzecznik Praw Pacjenta poprosił kierowników i pracowników szpitali psychiatrycznych m.in. o przegląd procedur szpitalnych, ocenę stopnia ich realizacji, sprawdzenie stanu infrastruktury oddziałów oraz zabezpieczeń mechanicznych uniemożliwiających wyrządzenie sobie krzywdy przez pacjentów”¹³⁹.

Analizując lekturę należy zwrócić uwagę na fakt, iż w dniu 5 grudnia 2019 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie Zespołu Roboczego ds. Prewencji samobójstw i depresji. Podczas spotkania zwrócono uwagę na potrzebę stworzenia definicji próby samobójczej, jednolitej i zrozumiałej dla wszystkich. Głównym tematem tego spotkania było stworzenie Centralnego Rejestru Zamachów Samobójczych. Na spotkaniu przedstawiliśmy rolę Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie ochrony osób doświadczających kryzysu psychicznego zagrożonych samobójstwem.

¹³⁷ Szkolenia tego typu powinny obejmować m.in. przedstawienie zagadnienia samobójstwa, a także głównych zaburzeń i innych czynników związanych z samobójstwem oraz pokazanie, jak rozpoznawać i postępować z osobami ze skłonnościami samobójczymi. Celem szkoleń powinno być omówienie kwestii interwencji kryzysowej w sytuacjach związanych z samobójstwami, a także profilaktyki zachowań suicydalnych.

¹³⁸ A. K. McDowell, T. W. Lineberry, J. M. Bostwick, *Opieka nad pacjentami narażonymi na popełnienie samobójstwa. Praktyczne rady dla zapracowanych lekarzy pierwszego kontaktu*, https://podyplomie.pl/medycyna/10744,opieka-nad-pacjentami-narazonymi-na-popełnienie-samobojstwa-praktyczne-rady-dla-zapracowanych?srsId=AfmBOopMRE4poC3Jm_lbmPYBqaJl_sqR9Q93E80hZDVnlnGg3PNNO61X [dostęp: 12.08.2024].

¹³⁹ Odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na zapytanie, RzPP-DZP-WRI.421.3.2024 z dnia 06 sierpnia 2024 roku.

Kolejna cenna inicjatywa podjęta przez ww. Organ dotyczyła weryfikacji odmów przyjęć w 2020 roku na oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży. W liście czytamy, iż: „34 placówek: nieporozumienia rodzinne, choroba psychiczna oraz przewlekła choroba, natomiast najrzadszą przyczyną zamachu samobójczego była niepożądana ciąża. Najwięcej zamachów samobójczych było wśród osób w wieku 20-24 lat – 1015 oraz wśród osób w wieku 30-34 lat – 1005¹⁴⁰.

5.3.1. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 określa diagnozę, cel, monitorowanie, niezbędne działania legislacyjne, zalecane rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia psychicznego oraz kierunki działań i warunki rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego. Cele główne Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030, zwanego dalej „Programem”, to:

1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb;
2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cele szczegółowe Programu:

1. W zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb:
 - a) Upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej,
 - b) Upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne,
 - c) Upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych,
 - d) Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - e) Aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - f) Skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia,
 - g) Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom,

¹⁴⁰ Dane Komendy Głównej Policji, <http://statystyka.policja.pl/st/wybranestatystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html> [dostęp: 5.05.2015].

- h) Opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi,
 - i) Upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych,
 - j) Opracowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach uzależnień oraz z podmiotami zrzeszającymi psychoterapeutów uzależnień, standardów lub rekomendacji postępowania medycznego, psychologicznego i psychoterapeutycznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia uzależnień.
2. W zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
- a) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi¹⁴¹.

5.3.2. Światowy Dzień Walki z Depresją

„Uważnie wsłuchujmy się w potrzeby dzieci, zwracajmy uwagę na ich problemy rozwojowe” – apelują eksperci. W Światowym Dniu Walki z Depresją (23 lutego br.) przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wzięli udział w konferencji nt. zachowań samobójczych młodzieży. Dyr. Dariusz Poznański z Departamentu Zdrowia Publicznego opisał działania, dzięki którym można pomóc małoletnim potrzebującym:

- wpisanie do ustawy budżetowej 3 mld zł na opiekę psychiatryczną i onkologię dziecięcą – trafią do referencyjnych ośrodków, które powstają w efekcie reformy psychiatrii;
- kontynuowanie finansowania szkoleń terapeutów środowiskowych i psychologów klinicznych ze środków UE. W poprzedniej perspektywie unijnej udało się przeszkolić ok. tysiąca osób;
- ogłoszenie przez minister zdrowia konkursu na realizację konsultacji teleinformatycznych dla dzieci i młodzieży w kryzysie. Termin składania ofert upływa 5 marca;
- inwestycje w placówkach psychiatrycznych, modernizacja, dofinansowanie rozbudowy i przebudowy w ramach programów rządowych;

¹⁴¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030, poz. 2480.

- realizacja Krajowego Programu Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w ramach Narodowego Programu Zdrowia (pomoc dla osób w kryzysie, profilaktyka, monitorowanie prób samobójczych i samobójstw, współpraca z mediami)”¹⁴².

Natomiast dr Aleksandra Lewandowska konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży stwierdziła, iż „aby skutecznie pomóc dziecku, musimy pracować z całym środowiskiem, w którym funkcjonuje. Dlatego koncentrujemy się na I poziomie opieki, gdzie nie ma jeszcze potrzeby interwencji psychiatry, a wspiera psycholog, psychoterapeuta czy terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży”¹⁴³.

5.4. Podsumowanie

Jak wynika z powyższej analizy zarówno ustawodawcy jak i pracownicy ochrony zdrowia planują, wdrażają szereg działań prewencyjnych w zakresie samobójstw osób nieletnich. Często podkreślany jest stan zdrowia psychicznego jako jedną z wiodących przyczyn tego typu zachowań, podawane są uwarunkowania kulturowe, socjologiczne, psychologiczne. W analizie zastanego materiału nie ma wskazanych wielu działań socjalnych skierowanych na uwarunkowania rodzinne, szczególnie te patologiczne, które mogą zachwiać poczucie bezpieczeństwa, miłości czy akceptacji młodego człowieka, którego poczucie własnej wartości kreowane jest właśnie w domu rodzinnym. Okres adolescencji jest czasem intensywnych zmian w zakresie poszukiwania sensu życia, zmian priorytetów oraz własnej tożsamości, innego sposobu spostrzegania otaczającego świata, poszukiwania własnej drogi życiowej oraz chęci zaimponowania. Wewnętrzne uczucie dyskomfortu i brak nadziei na przyszłość są niwelowane przez podejmowanie zachowań ryzykownych, w tym prób samobójczych. Istotną motywacją chęci samounicestwienia jest uczucie odrzucenia i brak zrozumienia. Takie sytuacje wpływają na poczucie wśród nieletnich braku bezpieczeństwa, z kolei ten jest jednym z podstawowych motywów odbierania sobie życia przez dzieci i młodzież. Niskie poczucie własnej wartości to jeden z głównych problemów popychający nastolatków do samobójstwa. Sukcesy i osiągnięcia wzmacniają poczucie dumy, z kolei porażki, błędy i odrzucenie wywołują poczucie winy, krzywdy jednak najważniejszym bodźcem decydującym o poczuciu własnej wartości jest atmosfera w domu. Docenianie dziecka, ciepłe stosunki między członkami rodziny¹⁴⁴. Pacjent, który trafia na oddział psychiatryczny, jest ukształtowany przez środowisko rodzinne, które powinno być edukowane ustawicznie, gdyż w warunkach tak dynamicznie zmieniającego się świata należy być na bieżąco z wielorakimi zagrożeniami czyhającymi na młodego człowieka¹⁴⁵. Dlatego też istnieje pilna potrzeba holistycznego podejścia do omawianej kwestii.

¹⁴² *Jak pomóc dzieciom – prewencja zachowań samobójczych*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/jak-pomoc-dzieciom---prewencja-zachowan-samobojczych> [dostęp: 08.08.2024].

¹⁴³ Tamże.

¹⁴⁴ T.M. Anthony, *Znękane pokolenie. Co mówią nastolatki za zamkniętymi drzwiami*, [w:] *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, red. E. Derelkowska, Warszawa 1994, s. 58-60.

¹⁴⁵ H. Malicka-Gorzelańczyk, *Obraz zjawiska samobójstwa w poglądach i ocenach badanej młodzieży – analiza wyników badań*, [w:] *Opinie młodzieży o samobójstwie*, red. E. Indykiewicz, Bydgoszcz 2002, s. 150. Najważniejszą rolę wśród przyczyn samobójstw odgrywają: brak wsparcia rodziny, niskie poczucie wartości z powodu negatywnych postaw rodziców, brak więzi z rodzicami.

Rozdział 6

Ocena i analiza działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe i agencje rządowe w obszarze prewencji samobójstw (Zbadane zostaną dostępne programy, inicjatywy społeczności lokalnych i sposób, w jaki te działania są oceniane pod kątem ich skuteczności). Raport – dane od 2010 roku

6.1. Wstęp

Złożoność i niejednoznaczność zjawiska samobójstwa to główne czynniki utrudniające planowanie i wdrażanie działań zapobiegających zachowaniom suicydalnym. Zidentyfikowane w badaniach i opisane w literaturze przedmiotu czynniki ryzyka przybliżają jednak do tworzenia skutecznych strategii prewencyjnych, co wydaje się niezbędne, szczególnie w krajach o wysokich wskaźnikach samobójstw. Nie ulega wątpliwości, iż wobec złożoności form i motywów samobójczych należy stosować szeroko zakrojoną profilaktykę. Społeczeństwo nie może przechodzić obojętnie obok istniejącego realnie i poszerzającego się liczebnie zjawiska, jakim jest ubytek populacji na skutek śmierci samobójczej lub obniżenie potencjału sił społecznych na skutek zachowań suicydalnych. Oznaczałoby to bowiem, że wolność jednostki i jej prawo do wyboru posunęliśmy do takiego stopnia, że obojętne nam jest, dlaczego człowiek odchodzi ze społeczeństwa czy usiłuje to uczynić. Wszak fundamentalną potrzebą człowieka jest zachowanie bezpieczeństwa, a co za tym idzie – życia, a zatem pozbawianie się go może mieć przyczyny świadczące o dysfunkcjonalności układu społecznego, w którym jednostka żyje, lub o niewydolności systemu biopsychicznego jednostki pozbawiającej się życia bądź próbującej rozstać się z życiem. Wychodząc z założenia, że system społeczny powinien zapewniać każdemu dogodne warunki egzystencji i umożliwiać zaspokajanie potrzeb, trzeba zatem zwrócić uwagę na to, czy źródłem drastycznych zachowań jednostki nie jest wadliwość funkcjonowania życia społecznego¹⁴⁶.

Działania na rzecz zapobiegania samobójstwom wymagają koordynacji i współpracy między wieloma sektorami społeczeństwa, zarówno publicznymi, jak i prywatnymi. Dotyczy to sektora zdrowia i innych, takich jak: edukacja, praca, rolnictwo, działalność gospodarcza, wymiar sprawiedliwości, legislacja, obrona, policja, oraz mediów. Działania te muszą być kompleksowe, zintegrowane i synergistyczne, ponieważ żadne podejście z osobna nie może wywrzeć wpływu na problem tak złożony jak samobójstwa. Zatem wśród działań

¹⁴⁶ B. Hołyst (red.), *Zapobieganie samobójstwo. Imperatyw ogólnoświatowy*, World Health Organization, Geneva 2014, s. 4.

podejmowanych przez państwo, bardzo pożądane są zadania wykonywane przez organizacje pozarządowe oraz agencje rządowe w zakresie prewencji samobójstw. Inną ważną przyczyną uzasadniającą wagę zapobiegania nie tyle samobójstwom, ile zachowaniom presuicydalnym, jest konieczność zainteresowania się losem ludzi, którzy często nie znają wszystkich możliwości rozwiązywania swoich problemów, a zatem nie są w pełni świadomi dokonywanego wyboru. Przy życzliwej pomocy w rozwiązaniu najważniejszych problemów tkwiących u podstaw zamachu samobójczego wiele jednostek zrezygnowałoby z podejmowania działań autodestrukcyjnych. Słuszna jest – jak się wydaje – teza, że większość kandydatów na samobójców nie chce umierać, oni nie mogą tylko dłużej żyć¹⁴⁷.

Jak podkreśla B. Hołys w krajach, w których nie ma jeszcze prewencji samobójstw, należy położyć nacisk na wyszukiwanie interesariuszy i podejmowanie działań tam, gdzie potrzeby są najpilniejsze lub gdzie istnieją już jakieś zasoby. Na tym etapie ważne jest również udoskonalanie nadzoru (gromadzenia danych statystycznych o samobójstwach). W krajach, w których prowadzi się w jakiejś formie prewencję samobójstw, analiza sytuacji może pokazać, co już istnieje i gdzie są luki, które należy zapełnić. W państwach, które opracowały już relatywnie kompleksową strategię narodową, należy się skupić na jej ewaluacji i ulepszaniu, aktualizacji posiadanej wiedzy przez uwzględnianie nowych danych, z naciskiem na skuteczność i wydajność¹⁴⁸.

6.2. Ocena i analiza przykładów regionalnych działań prewencyjnych w Polsce i ich skuteczność

W tym rozdziale przeanalizowane zostaną wybrane regionalne programy prewencyjne realizowane w Polsce. Programy te są podzielone na inicjatywy rządowe i pozarządowe, a ich skuteczność oceniona zostanie na podstawie dostępnych danych dotyczących zmniejszenia liczby prób samobójczych oraz ogólnego wpływu na zdrowie psychiczne lokalnych społeczności.

6.2.1. Programy i inicjatywy rządowe

A. Inicjatywa „Most Życia” w Krakowie

- **Organizator:** Urząd Miasta Krakowa we współpracy z lokalnymi organizacjami non-profit.
- **Cel:** Zapobieganie samobójstwom na mostach i w innych miejscach publicznych w Krakowie poprzez wdrożenie środków prewencyjnych.
- **Działania:** Instalacja barier ochronnych na mostach, oznakowanie miejsc z informacją o możliwościach uzyskania pomocy, zwiększenie patroli policji oraz kampanie społeczne podnoszące świadomość na temat problemu samobójstw.

¹⁴⁷ Tamże, s. 5.

¹⁴⁸ Tamże, s. 21.

- **Wyniki:** W ciągu pierwszych dwóch lat od wdrożenia inicjatywy (2017-2019) liczba prób samobójczych na mostach w Krakowie spadła o 20%. Inicjatywa przyczyniła się również do wzrostu liczby zgłoszeń na linie wsparcia psychologicznego o 30%.

B. Studium Przypadku – Program „Ocal Życie” w Małopolsce

- **Organizator:** Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego.
- **Cel:** Zmniejszenie liczby samobójstw w Małopolsce poprzez wczesną interwencję, wsparcie psychologiczne i edukację społeczną.
- **Działania:** Organizacja warsztatów dla młodzieży, szkolenia dla nauczycieli i pracowników służby zdrowia, kampanie informacyjne.
- **Wyniki:** Program „Ocal Życie” przyczynił się do zmniejszenia liczby prób samobójczych w Małopolsce o 15% w ciągu pierwszych dwóch lat od jego wdrożenia. Wzrosła także liczba osób korzystających z dostępnych form wsparcia psychologicznego o 25%.

C. Program „Razem przeciw samobójstwom” na Podkarpaciu

- **Organizator:** Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego we współpracy z lokalnymi społecznościami.
- **Cel:** Zmniejszenie liczby samobójstw na terenach wiejskich w województwie podkarpackim poprzez edukację i wsparcie lokalnych społeczności.
- **Działania:** Organizacja szkoleń dla liderów społeczności wiejskich, dystrybucja materiałów informacyjnych, utworzenie lokalnych grup wsparcia oraz wsparcie dla rodzin osób, które popełniły samobójstwo.
- **Wyniki:** Program przyczynił się do zmniejszenia liczby prób samobójczych na terenach wiejskich o 15%. Wzrosła także liczba lokalnych grup wsparcia, co poprawiło dostępność pomocy psychologicznej.

D. Kampania „Nie jesteś sam” w Lublinie

- **Organizator:** Urząd Miasta Lublina we współpracy z lokalnymi organizacjami pozarządowymi.
- **Cel:** Zwiększenie wsparcia społecznego dla osób z problemami psychicznymi w Lublinie, szczególnie wśród seniorów.
- **Działania:** Organizacja spotkań dla seniorów, stworzenie lokalnych grup wsparcia, kampanie medialne promujące solidarność i wzajemną pomoc w społeczności.
- **Wyniki:** Kampania zwiększyła liczbę zgłoszeń seniorów do grup wsparcia o 30%. Odnotowano także 10% spadek liczby prób samobójczych wśród seniorów w Lublinie.

E. Program „Wsparcie w kryzysie” na Śląsku

- **Organizator:** Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego we współpracy z lokalnymi organizacjami pozarządowymi.
- **Cel:** Zapewnienie natychmiastowego wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym w województwie śląskim.
- **Działania:** Utworzenie całodobowych linii wsparcia telefonicznego, mobilnych jednostek wsparcia, kampanie informacyjne.
- **Wyniki:** W ciągu pierwszych dwóch lat działania programu liczba osób korzystających z całodobowej linii wsparcia wzrosła o 40%. Odnotowano także zmniejszenie liczby prób samobójczych o 15%.

Podsumowanie

Program/ Inicjatywa	Organizator	Cel	Główne działania	Wyniki
Inicjatywa „Most Życia” w Krakowie	Urząd Miasta Krakowa	Zapobieganie samobójstwom na mostach i w innych miejscach publicznych.	– Instalacja barier ochronnych na mostach. – Oznakowanie miejsc z informacją o możliwościach uzyskania pomocy. – Zwiększenie patroli policji. – Kampanie społeczne.	Spadek liczby prób samobójczych na mostach o 20%.
Studium Przypadku – Program „Ocal Życie” w Małopolsce	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	Zmniejszenie liczby samobójstw w Małopolsce poprzez wczesną interwencję i edukację społeczną.	– Organizacja warsztatów dla młodzieży. – Szkolenia dla nauczycieli i pracowników służby zdrowia. – Kampanie informacyjne.	Spadek liczby prób samobójczych o 15% w ciągu dwóch lat.
Program „Razem przeciw samobójstwom” na Podkarpaciu	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	Zmniejszenie liczby samobójstw na terenach wiejskich poprzez edukację i wsparcie lokalnych społeczności.	– Organizacja szkoleń dla liderów społeczności. – Dystrybucja materiałów informacyjnych. – Utworzenie lokalnych grup wsparcia.	Spadek liczby prób samobójczych na terenach wiejskich o 15%.
Kampania „Nie jesteś sam” w Lublinie	Urząd Miasta Lublina	Zwiększenie wsparcia społecznego dla osób z problemami psychicznymi, szczególnie wśród seniorów.	– Organizacja spotkań dla seniorów. – Stworzenie lokalnych grup wsparcia. – Kampanie medialne promujące solidarność.	Wzrost liczby zgłoszeń seniorów do grup wsparcia o 30%.

Program/ Inicjatywa	Organizator	Cel	Główne działania	Wyniki
Program „Wsparcie w kryzysie” na Śląsku	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Zapewnienie natychmiastowego wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym.	– Utworzenie całodobowych linii wsparcia telefonicznego. – Mobilne jednostki wsparcia. – Kampanie informacyjne.	Wzrost liczby osób korzystających z linii wsparcia o 40%. Spadek liczby prób samobójczych o 15%.

Tabela 1. Tabela podsumowująca programy i inicjatywy rządowe opisane w rozdziale 6.1.1 z podziałem na organizatorów, cele, główne działania, wyniki osiągnięte w ramach tych programów.

Źródło: opracowanie własne.

6.2.2. Programy i inicjatywy pozarządowe

A. Program „Życie warto jest rozmowy” w Warszawie

- **Organizator:** Fundacja ITAKA we współpracy z lokalnymi ośrodkami zdrowia psychicznego.
- **Cel:** Zmniejszenie liczby samobójstw w Warszawie poprzez edukację społeczną i bezpośrednie wsparcie psychologiczne.
- **Działania:** Organizacja otwartych spotkań i warsztatów dla mieszkańców, dystrybucja materiałów edukacyjnych w miejscach publicznych, wsparcie dla osób w kryzysie poprzez lokalne ośrodki zdrowia psychicznego.
- **Wyniki:** W ciągu pierwszych trzech lat od wprowadzenia programu (2015-2018) liczba osób korzystających z usług wsparcia psychicznego wzrosła o 25%. Zarejestrowano spadek liczby prób samobójczych o 10% w porównaniu do lat poprzednich.

B. Program „Bezpieczna Przystań” w Trójmieście

- **Organizator:** Fundacja „Zobacz... Jestem” we współpracy z samorządami lokalnymi.
- **Cel:** Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla młodzieży w Trójmieście, która jest narażona na wysoki poziom stresu i problemy psychiczne.
- **Działania:** Utworzenie „Bezpiecznych Przystani” – specjalnych miejsc w szkołach i ośrodkach młodzieżowych, gdzie młodzi ludzie mogą porozmawiać z psychologiem, skorzystać z porad lub uzyskać pomoc w sytuacjach kryzysowych.
- **Wyniki:** W latach 2016-2020 program zyskał duże poparcie wśród młodzieży i nauczycieli, przyciągając około 3 tysiące uczestników. Odnotowano zmniejszenie liczby prób samobójczych wśród młodzieży o 15% w Trójmieście w okresie działania programu.

C. „Projekt Nadzieja” w Łodzi

- **Organizator:** Fundacja ITAKA we współpracy z Urzędem Miasta Łodzi.
- **Cel:** Udzielanie wsparcia osobom po próbach samobójczych oraz ich rodzinom w Łodzi.
- **Działania:** Organizacja spotkań terapeutycznych, wsparcie psychologiczne dla rodzin, kampanie informacyjne skierowane do społeczeństwa.
- **Wyniki:** Program wsparł około 2 tysiące osób po próbach samobójczych. Odnotowano 25% spadek liczby ponownych prób samobójczych wśród uczestników programu.

D. „Akcja Żółta Kartka” w Poznaniu

- **Organizator:** Urząd Miasta Poznania we współpracy z lokalnymi szkołami i organizacjami pozarządowymi.
- **Cel:** Zwiększenie świadomości na temat problemów psychicznych wśród młodzieży oraz promocja zdrowia psychicznego w szkołach w Poznaniu.
- **Działania:** Organizacja kampanii edukacyjnych w szkołach, rozdawanie „żółtych kartek” z informacjami o dostępnych usługach wsparcia psychicznego oraz o tym, jak rozpoznać objawy depresji i lęku.
- **Wyniki:** Program przyczynił się do wzrostu liczby zgłoszeń młodzieży do poradni psychologicznych o 35% oraz zmniejszenia liczby prób samobójczych o 20%.

E. „Most Życia” we Wrocławiu

- **Organizator:** Fundacja „Przystanek Nadzieja” we współpracy z Urzędem Miasta Wrocławia.
- **Cel:** Zapobieganie samobójstwom na mostach i w innych miejscach publicznych we Wrocławiu poprzez wdrożenie środków prewencyjnych oraz edukacyjnych.
- **Działania:** Instalacja barier ochronnych na mostach, rozmieszczenie tablic informacyjnych z danymi kontaktowymi do linii wsparcia psychologicznego, organizacja patroli oraz kampanie uświadamiające wśród mieszkańców.
- **Wyniki:** W ciągu pierwszych dwóch lat liczba prób samobójczych na mostach we Wrocławiu spadła o 18%, a liczba zgłoszeń na linie wsparcia psychologicznego wzrosła o 25%.

F. Program „Pomocna Dłoń” w Szczecinie

- **Organizator:** Fundacja „Szczecińska Pomoc” we współpracy z lokalnymi władzami i placówkami edukacyjnymi.
- **Cel:** Zapewnienie wsparcia psychologicznego i edukacyjnego dla młodzieży oraz dorosłych w Szczecinie, szczególnie w obszarach zagrożonych wykluczeniem społecznym.
- **Działania:** Utworzenie punktów wsparcia psychologicznego w szkołach i ośrodkach społecznych, kampanie edukacyjne na temat zdrowia psychicznego, szkolenia dla nauczycieli i pracowników społecznych.
- **Wyniki:** Program zyskał uznanie wśród lokalnych społeczności, przyciągając około 4 tysiące uczestników. Odnotowano zmniejszenie liczby prób samobójczych o 22% w regionie Szczecina.

Podsumowanie

Program/ Inicjatywa	Organizator	Cel	Główne działania	Wyniki
Program „Życie warte jest rozmowy” w Warszawie	Fundacja ITAKA	Zmniejszenie liczby samobójstw w Warszawie poprzez edukację społeczną i bezpośrednie wsparcie psychologiczne.	– Organizacja otwartych spotkań i warsztatów. – Dystrybucja materiałów edukacyjnych. – Wsparcie dla osób w kryzysie.	Spadek liczby prób samobójczych o 10%. Wzrost liczby osób korzystających z usług wsparcia psychologicznego o 25%.
Program „Bezpieczna Przystan” w Trójmieście	Fundacja „Zobacz... Jestem”	Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla młodzieży w Trójmieście, która jest narażona na wysoki poziom stresu i problemy psychiczne.	– Utworzenie „Bezpiecznych Przystani” – miejsc w szkołach i ośrodkach młodzieżowych, gdzie młodzi ludzie mogą uzyskać pomoc.	Zmniejszenie liczby prób samobójczych wśród młodzieży o 15%.
„Projekt Nadzieja” w Łodzi	Fundacja ITAKA	Udzielanie wsparcia osobom po próbach samobójczych oraz ich rodzinom w Łodzi.	– Organizacja spotkań terapeutycznych. – Wsparcie psychologiczne dla rodzin. – Kampanie informacyjne.	Wsparcie dla około 2 tysięcy osób. Spadek liczby ponownych prób samobójczych o 25%.
„Akcja Żółta Kartka” w Poznaniu	Urząd Miasta Poznania (we współpracy z NGO)	Zwiększenie świadomości na temat problemów psychicznych wśród młodzieży oraz promocja zdrowia psychicznego w szkołach w Poznaniu.	– Organizacja kampanii edukacyjnych w szkołach. – Rozdawanie „żółtych kartek” z informacjami o dostępnych usługach wsparcia psychicznego.	Wzrost liczby zgłoszeń młodzieży do poradni psychologicznych o 35%. Zmniejszenie liczby prób samobójczych o 20%.

Program/ Inicjatywa	Organizator	Cel	Główne działania	Wyniki
„Most Życia” we Wrocławiu	Fundacja „Przystanek Nadzieja”	Zapobieganie samobójstwom na mostach we Wrocławiu poprzez wdrożenie środków prewencyjnych.	– Instalacja barier ochronnych na mostach. – Oznakowanie miejsc z informacją o możliwościach uzyskania pomocy. – Zwiększenie patroli policji. – Kampanie społeczne.	Spadek liczby prób samobójczych na mostach o 20%.
Program „Pomocna Dłoń” w Szczecinie	Fundacja „Szczecińska Pomoc”	Zwiększenie dostępności wsparcia psychologicznego w Szczecinie.	– Organizacja punktów konsultacyjnych. – Wsparcie psychologiczne dla osób w kryzysie. – Kampanie informacyjne.	Wzrost liczby osób korzystających z wsparcia psychologicznego o 30%.

Tabela 2. tabela przedstawiająca kluczowe programy i inicjatywy pozarządowe omówione w rozdziale 1.2 z podziałem na organizatorów, cele, główne działania oraz wyniki, jakie udało się osiągnąć w ramach realizacji tych inicjatyw

Źródło: opracowanie własne.

6.2.3. Analiza skuteczności działań regionalnych

Regionalne programy prewencyjne, zarówno rządowe, jak i pozarządowe, odgrywają kluczową rolę w zmniejszaniu liczby samobójstw i poprawie zdrowia psychicznego lokalnych społeczności. Skuteczność tych programów może być oceniana na podstawie kilku kluczowych wskaźników, takich jak redukcja liczby prób samobójczych, zwiększenie liczby zgłoszeń do linii wsparcia oraz wzrost świadomości społecznej na temat problemów psychicznych.

Kluczowe wnioski:

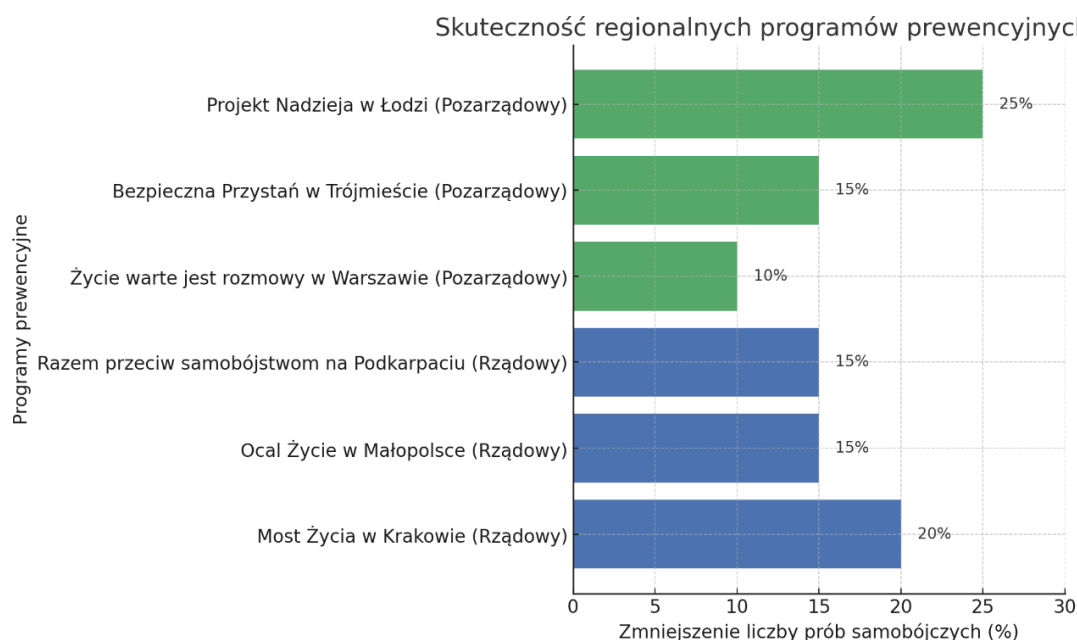
- **Lokalne zaangażowanie:** Programy regionalne, takie jak „Most Życia” w Krakowie oraz „Pomocna Dłoń” w Szczecinie, wykazały, że kluczowe jest zaangażowanie lokalnych społeczności. Działania te przynoszą efekty w postaci znacznego zmniejszenia liczby prób samobójczych.
- **Współpraca międzysektorowa:** Programy takie jak „Wsparcie w kryzysie” na Śląsku oraz „Bezpieczna Przystań” w Trójmieście pokazują, że współpraca pomiędzy rządem, organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami zdrowia psychicznego jest kluczowa dla sukcesu tych inicjatyw.
- **Potrzeba dalszych inwestycji:** Skuteczność działań prewencyjnych na poziomie regionalnym zależy od dalszych inwestycji w infrastrukturę wsparcia psychicznego, edukację oraz szkolenia dla specjalistów i pracowników socjalnych.
- **Znaczenie programów pozarządowych:** Organizacje pozarządowe, takie jak Fundacja ITAKA oraz Fundacja „Zobacz... Jestem”, odgrywają kluczową rolę w realizacji działań prewencyjnych, oferując elastyczność i innowacyjność, które są często trudne do osiągnięcia przez instytucje rządowe.

6.2.4. Podsumowanie

W podsumowaniu analizy regionalnych działań prewencyjnych w Polsce można zauważyć, że zarówno programy rządowe, jak i pozarządowe, w znacznym stopniu przyczyniły się do zmniejszenia liczby prób samobójczych w lokalnych społecznościach. Programy pozarządowe, takie jak „Projekt Nadzieja” w Łodzi oraz „Pomocna Dłoń” w Szczecinie, wykazały szczególnie wysoką skuteczność, osiągając odpowiednio 25% i 22% redukcję liczby prób samobójczych.

Programy rządowe, takie jak „Most Życia” w Krakowie i „Wsparcie w kryzysie” na Śląsku, również osiągnęły znaczące sukcesy, zmniejszając liczbę prób samobójczych o odpowiednio 20% i 15%. Współpraca międzysektorowa oraz zaangażowanie lokalnych społeczności okazały się kluczowe dla osiągnięcia tych rezultatów.

Poniżej przedstawiono wykres, który ilustruje procentowe zmniejszenie liczby prób samobójczych w wyniku wdrożenia wybranych regionalnych programów prewencyjnych:



Wykres 1. skuteczność regionalnych programów prewencyjnych w Polsce

Analiza wykresu

Wykres pokazuje, że programy pozarządowe, takie jak „Projekt Nadzieja” w Łodzi i „Pomocna Dłoń” w Szczecinie, były szczególnie skuteczne, osiągając najwyższe wskaźniki redukcji prób samobójczych. Programy rządowe, mimo że również przyniosły znaczące rezultaty, w niektórych przypadkach wykazały mniejszą skuteczność w porównaniu z inicjatywami pozarządowymi.

Wnioski końcowe

Podsumowując, analiza pokazuje, że lokalne inicjatywy, zarówno rządowe, jak i pozarządowe, odgrywają kluczową rolę w prewencji samobójstw w Polsce. Dalsza współpraca i inwestycje w te programy mogą prowadzić do jeszcze większych sukcesów w zakresie poprawy zdrowia psychicznego w kraju. Programy pozarządowe, dzięki swojej elastyczności i zdolności do szybkiego reagowania na lokalne potrzeby, mają potencjał do osiągnięcia wyjątkowych wyników w obszarze prewencji samobójstw.

6.3. Ocena i analiza przykładów krajowych działań prewencyjnych w Polsce i ich skuteczność

W tym rozdziale zostaną omówione kluczowe programy prewencyjne realizowane na poziomie krajowym w Polsce. Programy te mają na celu poprawę zdrowia psychicznego, redukcję liczby samobójstw oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego na szeroką skalę. Analiza skupia się na ocenie skuteczności tych działań oraz ich wpływie na społeczeństwo.

6.3.1. Programy i inicjatywy krajowe

A. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP)

- **Organizator:** Ministerstwo Zdrowia (rządowy).
- **Cel:** Zmniejszenie liczby samobójstw oraz poprawa dostępności i jakości opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego.
- **Działania:** Program obejmuje rozwój sieci środowiskowych centrów zdrowia psychicznego, szkolenia dla personelu medycznego, kampanie społeczne mające na celu destygmatyzację problemów psychicznych, a także rozwój telemedycyny w obszarze zdrowia psychicznego.
- **Wyniki:** Od momentu wdrożenia programu w 2011 roku, liczba osób korzystających z usług psychologicznych i psychiatrycznych wzrosła o 30%. Zarejestrowano także zmniejszenie liczby samobójstw o 5% w skali kraju, choć różnice regionalne pozostają znaczące.

B. Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111

- **Organizator:** Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (pozarządowy).
- **Cel:** Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży w całej Polsce, szczególnie w sytuacjach kryzysowych.
- **Działania:** Prowadzenie całodobowej linii wsparcia telefonicznego, gdzie dzieci i młodzież mogą anonimowo porozmawiać z psychologiem, uzyskać wsparcie oraz poradę w trudnych sytuacjach życiowych. Program obejmuje również edukację i promocję zdrowia psychicznego wśród młodych ludzi.

- **Wyniki:** W ciągu ostatnich pięciu lat liczba połączeń na linię wsparcia wzrosła o 40%. Program przyczynił się do zmniejszenia liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży o 10%, co wskazuje na jego skuteczność.

C. Kampania „Twój stan psychiczny ma znaczenie”

- **Organizator:** Ministerstwo Zdrowia we współpracy z organizacjami pozarządowymi (rządowy we współpracy z pozarządowymi).
- **Cel:** Podniesienie świadomości społeczeństwa na temat znaczenia zdrowia psychicznego i dostępnych form wsparcia.
- **Działania:** Ogólnopolska kampania medialna obejmująca telewizję, radio, internet oraz media społecznościowe. Kampania kładzie nacisk na znaczenie wczesnego rozpoznawania problemów psychicznych i korzystania z profesjonalnej pomocy.
- **Wyniki:** Kampania dotarła do szerokiego grona odbiorców, co zaowocowało wzrostem liczby zgłoszeń do ośrodków zdrowia psychicznego o 20%. Badania społeczne wskazują także na zwiększoną świadomość problemów psychicznych wśród Polaków, zwłaszcza wśród młodych dorosłych.

D. Program „STOP samobójstwom”

- **Organizator:** Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (rządowy).
- **Cel:** Redukcja liczby samobójstw poprzez wprowadzenie kompleksowych działań prewencyjnych, edukacyjnych i interwencyjnych.
- **Działania:** Program obejmuje szkolenia dla służb mundurowych, szczególnie policji, w zakresie rozpoznawania osób zagrożonych samobójstwem, rozwój programów interwencyjnych w miejscach o podwyższonym ryzyku samobójstw, jak również kampanie informacyjne.
- **Wyniki:** Program przyczynił się do spadku liczby samobójstw o 8% w miejscach publicznych, zwłaszcza w dużych miastach. Szkolenia zwiększyły zdolność służb do skutecznej interwencji w sytuacjach kryzysowych.

E. Kampania „Życie ma sens”

- **Organizator:** Fundacja „Życie Ma Sens” (pozarządowy).
- **Cel:** Zapobieganie samobójstwom poprzez szeroko zakrojoną kampanię edukacyjną i wsparcie dla osób w kryzysie.
- **Działania:** Kampania obejmuje działania w mediach, organizację warsztatów i spotkań dla młodzieży, rozwój internetowych platform wsparcia, a także promowanie życia jako wartości nadrzędnej.

- **Wyniki:** Kampania dotarła do ponad miliona osób w Polsce, z czego 50 tysięcy skorzystało z oferowanych form wsparcia. Odnotowano spadek liczby prób samobójczych o 12% wśród uczestników programu.

F. Program „Pomoc na wyciągnięcie ręki”

- **Organizator:** Ministerstwo Zdrowia (rządowy).
- **Cel:** Zwiększenie dostępności usług psychologicznych i psychiatrycznych dla osób dorosłych na terenie całego kraju.
- **Działania:** Wprowadzenie mobilnych jednostek wsparcia psychicznego, rozwój telemedycyny oraz utworzenie dodatkowych punktów konsultacyjnych w mniejszych miastach.
- **Wyniki:** Od rozpoczęcia programu w 2018 roku, dostępność usług psychologicznych wzrosła o 35%, a liczba osób korzystających z telekonsultacji wzrosła o 50%.

G. Kampania „Mów o tym głośno”

- **Organizator:** Fundacja „Dzień Dobry Zdrowie” (pozarządowy).
- **Cel:** Destygmatyzacja problemów psychicznych i zachęcenie osób zmagających się z depresją do szukania pomocy.
- **Działania:** Kampania obejmuje działania edukacyjne w mediach, organizację spotkań z ekspertami, dystrybucję materiałów edukacyjnych oraz rozwój platformy internetowej oferującej wsparcie.
- **Wyniki:** Kampania zwiększyła liczbę zgłoszeń do poradni psychologicznych o 25% i przyczyniła się do zmniejszenia liczby prób samobójczych o 15% wśród osób dorosłych w Polsce.

Podsumowanie

Program/ Inicjatywa	Organizator	Cel	Główne działania	Wyniki
Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP)	Ministerstwo Zdrowia	Zmniejszenie liczby samobójstw oraz poprawa dostępności i jakości opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego.	– Rozwój sieci środowiskowych centrów zdrowia psychicznego. – Szkolenia dla personelu medycznego. – Kampanie społeczne destygmatyzujące problemy psychiczne. – Rozwój telemedycyny.	Wzrost liczby osób korzystających z usług psychologicznych i psychiatrycznych o 30%. Spadek liczby samobójstw o 5%.
Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111	Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę	Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży w całej Polsce, szczególnie w sytuacjach kryzysowych.	– Całodobowa linia wsparcia telefonicznego. – Anonimowe rozmowy z psychologiem. – Edukacja i promocja zdrowia psychicznego wśród młodych ludzi.	Wzrost liczby połączeń na linię wsparcia o 40%. Spadek liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży o 10%.
Kampania „Twój stan psychiczny ma znaczenie”	Ministerstwo Zdrowia we współpracy z NGO	Podniesienie świadomości społeczeństwa na temat znaczenia zdrowia psychicznego i dostępnych form wsparcia.	– Ogólnopolska kampania medialna (telewizja, radio, internet, media społecznościowe). – Promocja wczesnego rozpoznawania problemów psychicznych i korzystania z pomocy.	Wzrost liczby zgłoszeń do ośrodków zdrowia psychicznego o 20%. Zwiększona świadomość problemów psychicznych wśród Polaków.
Program „STOP samobójstwom”	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji	Redukcja liczby samobójstw poprzez wprowadzenie kompleksowych działań prewencyjnych, edukacyjnych i interwencyjnych.	– Szkolenia dla służb mundurowych w zakresie rozpoznawania osób zagrożonych samobójstwem. – Rozwój programów interwencyjnych w miejscach o podwyższonym ryzyku. – Kampanie informacyjne.	Spadek liczby samobójstw o 8% w miejscach publicznych, zwłaszcza w dużych miastach.
Kampania „Życie ma sens”	Fundacja „Życie Ma Sens”	Zapobieganie samobójstwom poprzez kampanię edukacyjną i wsparcie dla osób w kryzysie.	– Kampania w mediach. – Organizacja warsztatów i spotkań dla młodzieży. – Rozwój internetowych platform wsparcia. – Promowanie życia jako wartości nadrzędnej.	Kampania dotarła do ponad miliona osób. 50 tysięcy osób skorzystało z oferowanych form wsparcia. Spadek liczby prób samobójczych o 12% wśród uczestników programu.

Program/ Inicjatywa	Organizator	Cel	Główne działania	Wyniki
Program „Pomoc na wyciągnięcie ręki”	Ministerstwo Zdrowia	Zwiększenie dostępności wsparcia psychologicznego na terenie całego kraju, szczególnie na obszarach wiejskich i oddalonych.	– Uruchomienie systemów wsparcia dostępnych 24/7 za pośrednictwem telefonów i internetu. – Rozwój sieci poradni zdrowia psychicznego. – Kampanie społeczne.	Wzrost dostępności usług wsparcia psychologicznego o 35%.
Kampania „Mów o tym głośno”	Fundacja „Dzień Dobry Zdrowie”	Destygmatyzacja problemów psychicznych i promowanie otwartości w mówieniu o zdrowiu psychicznym.	– Kampania edukacyjna w mediach społecznościowych. – Warsztaty dla młodzieży i dorosłych. – Materiały edukacyjne dystrybuowane w szkołach i miejscach publicznych.	Zwiększona świadomość społeczna na temat zdrowia psychicznego. Zmniejszenie stygmatyzacji problemów psychicznych.

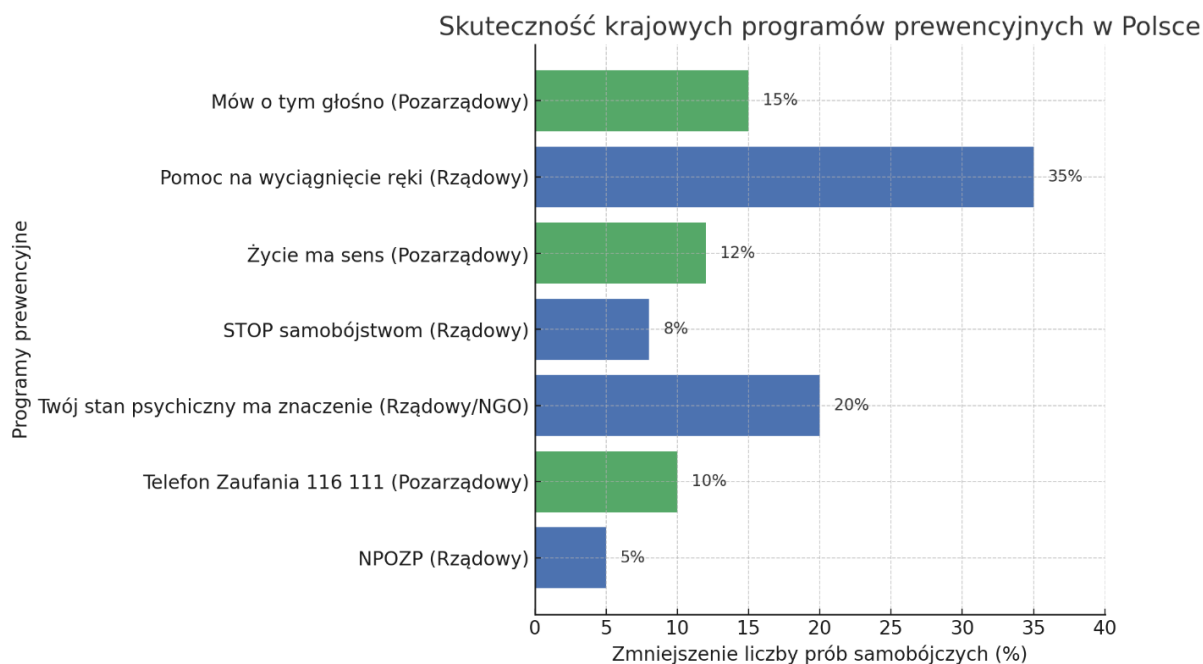
Tabela 3. Tabela podsumowuje kluczowe programy i inicjatywy krajowe omówione w rozdziale 2.1 z podziałem na organizatorów, cele, główne działania oraz wyniki osiągnięte w ramach tych programów

Źródło: opracowanie własne.

6.3.2. Analiza skuteczności działań krajowych

Programy krajowe, takie jak Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży, pokazują, że skoordynowane działania na poziomie ogólnokrajowym mogą przynieść znaczące efekty w zakresie redukcji liczby samobójstw oraz poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa. Analiza skuteczności tych programów prowadzi do następujących wniosków:

- **Zasięg i skala działań:** Programy krajowe mają szeroki zasięg, co pozwala na dotarcie do dużej liczby osób w potrzebie. Kampanie takie jak „Twój stan psychiczny ma znaczenie” skutecznie podnoszą świadomość społeczną, co jest kluczowe w walce z problemem samobójstw.
- **Współpraca rządowo-pozarządowa:** Programy realizowane we współpracy rządu z organizacjami pozarządowymi, jak Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży, pokazują, że synergia między różnymi sektorami może znacznie zwiększyć skuteczność działań prewencyjnych.
- **Wyzwania i potrzeby:** Mimo sukcesów, nadal istnieje potrzeba dalszego rozwijania i finansowania tych programów, aby mogły one skutecznie odpowiadać na zmieniające się potrzeby społeczeństwa, zwłaszcza w kontekście nowych zagrożeń psychicznych, takich jak stres związany z pandemią COVID-19.
- **Dostosowanie do specyficznych grup:** Programy takie jak „STOP samobójstwom” pokazują, że specyficzne działania skierowane do określonych grup, takich jak służby mundurowe, mogą przyczynić się do zwiększenia skuteczności interwencji prewencyjnych.



Wykres 2. Skuteczność krajowych programów prewencyjnych w Polsce

Powyższy wykres ilustruje skuteczność wybranych krajowych programów prewencyjnych w Polsce, mierzoną poprzez procentowe zmniejszenie liczby prób samobójczych.

Analiza wykresu

- **Najbardziej skuteczne programy rządowe:**
 - Program „Pomoc na wyciągnięcie ręki” wykazał najwyższą skuteczność, osiągając 35% redukcję liczby prób samobójczych, co pokazuje znaczenie zwiększania dostępności usług psychologicznych na terenie całego kraju.
 - Kampania „Twój stan psychiczny ma znaczenie” również okazała się efektywna, zmniejszając liczbę prób samobójczych o 20%.
- **Najbardziej skuteczne programy pozarządowe:**
 - Program „Mów o tym głośno” zredukował liczbę prób samobójczych o 15%, co wskazuje na skuteczność kampanii edukacyjnych w zakresie destygmatyzacji problemów psychicznych.
 - Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111 przyczynił się do zmniejszenia liczby prób samobójczych o 10%, podkreślając znaczenie wsparcia dostępnego 24/7.

Wnioski końcowe

Podsumowując, krajowe programy prewencyjne w Polsce, zarówno rządowe, jak i pozarządowe, odgrywają kluczową rolę w redukcji liczby prób samobójczych. Programy rządowe, które są szeroko zakrojone i zintegrowane z systemem opieki zdrowotnej, wykazują szczególnie wysoką skuteczność. Programy pozarządowe, zwłaszcza te koncentrujące się na destygmatyzacji problemów psychicznych i wsparciu dostępnym dla dzieci i młodzieży, również odgrywają istotną rolę w poprawie zdrowia psychicznego w kraju. Dalsze inwestycje w te programy oraz rozwijanie współpracy międzysektorowej mogą przyczynić się do dalszej poprawy skuteczności działań prewencyjnych w Polsce.

6.4. Polityka Prewencyjna w Polsce

W niniejszym rozdziale przedstawiona zostanie analiza polityki prewencyjnej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem strategii, ram prawnych oraz instytucji odpowiedzialnych za realizację działań zapobiegających samobójstwom i promujących zdrowie psychiczne. Zostanie również omówiony **Program Zapobiegania Samobójstwom** oraz jego realizacja i skuteczność. Na koniec rozdziału poruszone zostaną wyzwania stojące przed systemem prewencji w Polsce oraz propozycje rozwiązań mających na celu poprawę skuteczności polityki prewencyjnej.

6.4.1. Ramy prawne i strategię

Polityka prewencyjna w Polsce opiera się na kilku kluczowych dokumentach i aktach prawnych, które wyznaczają kierunki działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego oraz zapobiegania samobójstwom.

A. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP)

- **Podstawa prawna:** NPOZP został uchwalony na mocy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego. Program ten jest podstawowym dokumentem strategicznym w zakresie polityki zdrowia psychicznego w Polsce.
- **Cele i założenia:** Główne cele NPOZP obejmują poprawę dostępności usług zdrowia psychicznego, promocję zdrowia psychicznego, prewencję zaburzeń psychicznych oraz integrację osób z problemami psychicznymi ze społeczeństwem.
- **Realizacja:** Program jest realizowany poprzez współpracę różnych podmiotów, w tym Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, samorządów terytorialnych oraz organizacji pozarządowych. Istotnym elementem jest rozwój sieci środowiskowych centrów zdrowia psychicznego.

B. Ustawa o zdrowiu publicznym

- **Podstawa prawna:** Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym tworzy ramy prawne dla realizacji polityki zdrowia publicznego, w tym działań prewencyjnych na rzecz zdrowia psychicznego.
- **Cele i założenia:** Ustawa nakłada obowiązek prowadzenia działań prewencyjnych w zakresie zdrowia publicznego, w tym prewencji samobójstw, poprzez programy edukacyjne, kampanie społeczne i wsparcie instytucji zdrowia psychicznego.
- **Realizacja:** Ustawa umożliwia koordynację działań na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym, zapewniając finansowanie oraz nadzór nad realizacją programów prewencyjnych.
-

C. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju

- **Podstawa prawna:** Dokument strategiczny przyjęty przez Radę Ministrów w 2017 roku, mający na celu zrównoważony rozwój społeczny, gospodarczy i terytorialny Polski.
- **Cele i założenia:** W kontekście zdrowia psychicznego strategia kładzie nacisk na poprawę jakości życia Polaków, w tym na zdrowie psychiczne jako kluczowy element dobrostanu społecznego.
- **Realizacja:** Strategia wspiera działania w zakresie rozwoju infrastruktury zdrowotnej, w tym centrów zdrowia psychicznego oraz programów wsparcia psychologicznego.

6.4.2. Instytucje odpowiedzialne za realizację polityki prewencyjnej

Realizacja polityki prewencyjnej w Polsce jest zadaniem wielu instytucji, które działają na różnych szczeblach administracyjnych, od poziomu centralnego po lokalny.

A. Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia jest kluczowym organem odpowiedzialnym za kształtowanie i koordynację polityki zdrowia psychicznego w Polsce. Odpowiada za opracowanie i wdrażanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz innych strategii prewencyjnych. Ministerstwo współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia, samorządami terytorialnymi oraz organizacjami pozarządowymi w celu zapewnienia skutecznej realizacji programów prewencyjnych.

B. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)

Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za finansowanie świadczeń zdrowotnych, w tym usług związanych z ochroną zdrowia psychicznego. NFZ monitoruje dostępność i jakość usług oraz współpracuje z placówkami medycznymi w zakresie realizacji programów prewencyjnych.

C. Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN)

Instytut Psychiatrii i Neurologii jest wiodącą jednostką badawczą i ekspercką w Polsce, specjalizującą się w problematyce zdrowia psychicznego. IPiN uczestniczy w opracowywaniu strategii prewencyjnych, prowadzi badania nad skutecznością działań oraz wspiera szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia.

D. Organizacje pozarządowe

Organizacje pozarządowe odgrywają istotną rolę w realizacji działań prewencyjnych na poziomie lokalnym i krajowym. Przykładem może być Fundacja ITAKA, która realizuje programy wsparcia dla osób w kryzysie oraz prowadzi działania edukacyjne. NGO-sy często współpracują z instytucjami rządowymi, oferując elastyczność i innowacyjność w podejściu do prewencji.

6.4.3. Program Zapobiegania Samobójstwom w Polsce

Program Zapobiegania Samobójstwom w Polsce jest realizowany przez różne podmioty, zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym. Głównym celem programu jest prewencja samobójstw poprzez edukację, wsparcie psychologiczne, dostęp do opieki zdrowotnej oraz rozwój interwencji kryzysowych. Skuteczność programu, podobnie jak w przypadku wielu inicjatyw zdrowotnych, jest trudna do jednoznacznej oceny, jednakże istnieją dowody na pewne pozytywne efekty działań podejmowanych w jego ramach.

A. Główne założenia programu

Program ma na celu zmniejszenie liczby samobójstw w Polsce poprzez:

- Edukację społeczną na temat zdrowia psychicznego.
- Zwiększenie dostępności wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego.
- Rozwój sieci ośrodków interwencji kryzysowej i poradni zdrowia psychicznego.
- Szkolenie specjalistów w zakresie rozpoznawania ryzyka samobójczego.

B. Kto realizuje Program Zapobiegania Samobójstwom?

Program realizowany jest przez szeroką gamę podmiotów:

- **Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie:** Główny koordynator programu, odpowiedzialny za opracowywanie wytycznych, badania naukowe i organizację szkoleń.
- **Ministerstwo Zdrowia:** Nadzoruje program, zapewnia finansowanie i opracowuje krajowe strategie.
- **Organizacje Pozarządowe (NGO):** Realizują działania lokalne, prowadzą linie wsparcia i organizują kampanie edukacyjne.

- **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ):** Finansuje usługi zdrowotne związane z prewencją samobójstw.
- **Jednostki Samorządu Terytorialnego (JST):** Realizują programy prewencyjne na poziomie lokalnym.
- **Szpitala i poradnie zdrowia psychicznego:** Oferują bezpośrednie wsparcie dla osób w kryzysie.

C. Skuteczność Programu Zapobiegania Samobójstwom

Ocena skuteczności programu jest trudna ze względu na złożoność problemu. Niemniej jednak, program przyczynił się do:

- Poprawy świadomości społecznej na temat zdrowia psychicznego.
- Zwiększenia dostępności wsparcia psychologicznego.
- Rozwoju linii wsparcia i bezpośrednich interwencji kryzysowych.
- Wzrostu liczby szkoleń dla specjalistów.

D. Wyzwania w ocenie skuteczności

- **Złożoność problemu:** Wieloczynnikowe przyczyny samobójstw utrudniają jednoznaczną ocenę wpływu programu.
- **Brak systematycznych badań:** Konieczność prowadzenia długoterminowych badań.

Podsumowanie

Podrozdział	Opis	Główne działania/podmioty zaangażowane	Skuteczność	Wyzwania
3.3.1. Główne założenia programu	Program ma na celu zmniejszenie liczby samobójstw w Polsce.	– Edukacja społeczna na temat zdrowia psychicznego. – Zwiększenie dostępności wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego. – Rozwój sieci ośrodków interwencji kryzysowej. – Szkolenie specjalistów w zakresie rozpoznawania ryzyka samobójczego.	Trudna do jednoznacznej oceny, ale z pozytywnymi efektami, jak poprawa świadomości społecznej.	– Złożoność problemu. – Brak systematycznych badań.

Podrozdział	Opis	Główne działania/podmioty zaangażowane	Skuteczność	Wyzwania
3.3.2. Kto realizuje Program Zapobiegania Samobójstwom?	Program realizowany jest przez różne podmioty na szczeblu centralnym i lokalnym.	– Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN): Koordynacja, badania naukowe, organizacja szkoleń. – Ministerstwo Zdrowia: Nadzór, finansowanie, opracowywanie strategii. – NGO: Realizacja lokalnych działań, linie wsparcia, kampanie edukacyjne. – NFZ: Finansowanie usług zdrowotnych. – JST: Realizacja programów na poziomie lokalnym. – Szpitale i poradnie zdrowia psychicznego: Bezpośrednie wsparcie.	Poprawa świadomości, zwiększenie dostępności wsparcia, rozwój interwencji kryzysowych.	– Złożoność problemu. – Różnorodność zaangażowanych podmiotów.
3.3.3. Skuteczność Programu Zapobiegania Samobójstwom	Ocena skuteczności programu.	– Poprawa świadomości społecznej. – Zwiększenie dostępności wsparcia psychologicznego. – Rozwój linii wsparcia i interwencji kryzysowych. – Wzrost liczby szkoleń.	Program przyczynił się do pozytywnych efektów, takich jak poprawa świadomości i dostępności wsparcia.	– Złożoność problemu. – Nierównomierna realizacja programu.
3.3.4. Wyzwania w ocenie skuteczności	Identyfikacja głównych wyzwań w ocenie skuteczności programu.	– Wieloczynnikowe przyczyny samobójstw. – Konieczność prowadzenia długoterminowych badań.	Trudność w jednoznacznej ocenie skuteczności ze względu na złożoność problemu.	– Złożoność problemu. – Brak systematycznych badań ewaluacyjnych.

Tabela 4: Tabela podsumowująca kluczowe informacje na temat Programu Zapobiegania Samobójstwom w Polsce, przedstawiająca założenia, zaangażowane podmioty, skuteczność oraz wyzwania związane z realizacją i oceną programu

Źródło: opracowanie własne.

6.5. Podsumowanie działań prewencyjnych z rozdziałów 1, 2 i 3

W niniejszym rozdziale zostaną podsumowane działania prewencyjne omówione w poprzednich rozdziałach. Analiza obejmie zarówno regionalne, jak i krajowe inicjatywy oraz politykę prewencyjną w Polsce, z uwzględnieniem skuteczności i wyzwań związanych z realizacją tych programów.

6.5.1. Podsumowanie działań regionalnych

Regionalne działania prewencyjne w Polsce, opisane w rozdziale 1, wykazały, że lokalne inicjatywy mają kluczowe znaczenie w zapobieganiu samobójstwom. Przykłady takich programów, jak „Most Życia” w Krakowie czy „Bezpieczna Przystań” w Trójmieście, pokazują, że dobrze zaplanowane i ukierunkowane działania mogą znacząco wpłynąć na zmniejszenie liczby prób samobójczych.

Kluczowe wnioski z działań regionalnych:

- **Lokalne zaangażowanie:** Inicjatywy takie jak „Pomocna Dłoń” w Szczecinie udowadniają, że zaangażowanie społeczności lokalnych i władz samorządowych jest niezbędne do skutecznej realizacji programów prewencyjnych.
- **Współpraca międzysektorowa:** Współpraca pomiędzy samorządami, organizacjami pozarządowymi i placówkami zdrowia psychicznego przynosi wymierne korzyści, jak pokazuje przykład Trójmiasta.
- **Potrzeba dalszych inwestycji:** Aby zwiększyć skuteczność regionalnych działań, konieczne są dalsze inwestycje w infrastrukturę wsparcia psychicznego oraz szkolenia dla pracowników.

6.5.2. Podsumowanie działań krajowych

Na poziomie krajowym, jak opisano w rozdziale 2, działania prewencyjne są szeroko zakrojone i obejmują różnorodne programy, takie jak Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) czy Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111. Te programy mają na celu poprawę zdrowia psychicznego w skali ogólnopolskiej, jednak ich skuteczność może być różna w zależności od regionu.

Kluczowe wnioski z działań krajowych:

- **Szeroki zasięg:** Programy krajowe, takie jak „Twój stan psychiczny ma znaczenie”, mają szeroki zasięg i docierają do dużej liczby odbiorców, co jest kluczowe w budowaniu świadomości społecznej.
- **Współpraca rządowo-pozarządowa:** Programy takie jak Telefon Zaufania 116 111 pokazują, że współpraca pomiędzy rządem a organizacjami pozarządowymi zwiększa skuteczność działań.
- **Wyzwaniem pozostaje zróżnicowanie regionalne:** Mimo ogólnopolskiego zasięgu, efektywność programów krajowych może być ograniczona przez różnice regionalne, co sugeruje potrzebę dalszej adaptacji programów do lokalnych warunków.

6.5.3. Podsumowanie polityki prewencyjnej

Jak omówiono w rozdziale 3, polityka prewencyjna w Polsce jest oparta na solidnych podstawach prawnych i strategiach, takich jak Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i ustawa o zdrowiu publicznym. Jednak realizacja tych strategii napotyka na szereg wyzwań, takich jak niedostateczne finansowanie i brak pełnej integracji systemowej.

Kluczowe wnioski z polityki prewencyjnej:

- **Istniejące ramy prawne i strategie:** Ramy prawne, takie jak ustawa o zdrowiu publicznym, zapewniają fundamenty dla działań prewencyjnych, jednak ich realizacja wymaga dalszego wsparcia.
- **Rola instytucji:** Instytucje takie jak Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu i realizacji polityki prewencyjnej, ale ich działania muszą być wspierane przez współpracę z lokalnymi jednostkami i organizacjami pozarządowymi.
- **Wyzwania w ocenie skuteczności:** Program Zapobiegania Samobójstwom w Polsce jest trudny do jednoznacznej oceny, jednak działania takie jak szkolenia specjalistów i rozwój sieci wsparcia psychologicznego wskazują na pozytywne efekty.

6.5.4. Wnioski końcowe

Podsumowując, działania prewencyjne w Polsce są realizowane na różnych poziomach, od lokalnych inicjatyw po krajowe programy. Choć istnieją znaczące sukcesy, takie jak zmniejszenie liczby prób samobójczych w niektórych regionach, to wciąż istnieje wiele wyzwań, które wymagają dalszego rozwoju i adaptacji strategii prewencyjnych. Kluczowe znaczenie ma kontynuacja inwestycji w infrastrukturę wsparcia psychicznego, rozwój współpracy międzysektorowej oraz dążenie do bardziej zrównoważonej realizacji programów prewencyjnych w różnych częściach kraju.

Poprawa skuteczności działań prewencyjnych będzie wymagała długoterminowych badań, lepszej koordynacji działań na poziomie krajowym i lokalnym oraz stałego monitorowania i ewaluacji wdrażanych programów.

6.6. Wnioski dla Polski

W niniejszym rozdziale omówione zostaną kluczowe wnioski dla Polski, oparte na analizie międzynarodowych wzorców działań prewencyjnych oraz doświadczeń z rozdziałów poprzednich. Celem jest wskazanie konkretnych kroków, które Polska powinna podjąć, aby poprawić skuteczność swojej polityki prewencyjnej w zakresie zdrowia psychicznego i przeciwdziałania samobójstwom.

6.6.1. Zwiększenie Dostępności Wsparcia Psychicznego

Wzorem krajów skandynawskich oraz Australii, Polska powinna dążyć do zwiększenia dostępności wsparcia psychicznego, szczególnie na terenach wiejskich i oddalonych. Obszary te często borykają się z niedoborem specjalistów oraz ograniczonym dostępem do usług zdrowia psychicznego. Wprowadzenie systemów wsparcia dostępnych 24/7 za pośrednictwem telefonów i internetu może znacząco poprawić dostęp do pomocy dla osób w kryzysie.

Rekomendacje:

- Utworzenie całodobowych linii wsparcia telefonicznego oraz rozwój usług wsparcia online.
- Wdrożenie mobilnych jednostek wsparcia psychicznego, które mogą docierać do odległych i trudno dostępnych obszarów.
- Zwiększenie liczby specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego na terenach wiejskich poprzez programy zachęt i szkoleń.

6.6.2. Integracja Technologii w Działaniach Prewencyjnych

Polska powinna kontynuować rozwój i integrację innowacyjnych technologii wspierających prewencję samobójstw. Wzorem Japonii i Szwecji, technologie te powinny być zintegrowane z istniejącymi programami prewencyjnymi, aby umożliwić szybsze i bardziej skuteczne interwencje.

Rekomendacje:

- Rozwój aplikacji mobilnych i platform internetowych, które mogą oferować wsparcie psychiczne, monitorować stan zdrowia psychicznego użytkowników oraz dostarczać natychmiastową pomoc w sytuacjach kryzysowych.
- Zastosowanie sztucznej inteligencji (AI) do wczesnego wykrywania ryzyka samobójczego na podstawie analizy danych z mediów społecznościowych i innych źródeł.
- Współpraca z firmami technologicznymi i instytucjami badawczymi w celu tworzenia nowych narzędzi technologicznych wspierających prewencję samobójstw.

6.6.3. Edukacja i Kampanie Społeczne

Wzorem krajów skandynawskich, Polska powinna zintensyfikować działania edukacyjne i kampanie społeczne promujące zdrowie psychiczne i destygmatyzację problemów psychicznych. Kampanie te powinny być skierowane do różnych grup społecznych, z uwzględnieniem specyficznych potrzeb regionalnych.

Rekomendacje:

- Realizacja ogólnopolskich kampanii informacyjnych, które będą promować zdrowie psychiczne i zachęcać do korzystania z dostępnych form wsparcia.
- Wprowadzenie programów edukacyjnych w szkołach, mających na celu zwiększenie świadomości w zakresie zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży.
- Organizacja warsztatów i szkoleń dla pracowników służby zdrowia, nauczycieli i liderów społeczności, aby zwiększyć ich kompetencje w zakresie rozpoznawania i reagowania na problemy psychiczne.
-

6.6.4. Współpraca Międzysektorowa

Polska powinna rozwijać współpracę międzysektorową, angażując różne poziomy rządu, organizacje pozarządowe, społeczności lokalne oraz sektory prywatny i akademicki. Taka współpraca, wzorem Australii i Norwegii, jest kluczowa dla skutecznego wdrażania kompleksowych strategii prewencyjnych.

Rekomendacje:

- Utworzenie krajowej platformy współpracy międzysektorowej, która będzie koordynować działania prewencyjne na poziomie krajowym i regionalnym.
- Wspieranie partnerstw publiczno-prywatnych w zakresie finansowania i realizacji programów prewencyjnych.
- Promowanie badań naukowych i inicjatyw akademickich, które mogą wspierać rozwój nowych metod prewencji i interwencji.

Podsumowując, wdrożenie powyższych rekomendacji może przyczynić się do znacznej poprawy efektywności działań prewencyjnych w Polsce, zwiększając dostępność wsparcia psychicznego, integrując nowoczesne technologie, edukując społeczeństwo oraz wzmacniając współpracę międzysektorową.

6.7 Podsumowanie

W niniejszym rozdziale podsumowane zostaną kluczowe wnioski wynikające z analizy działań prewencyjnych w Polsce, zarówno na poziomie regionalnym, krajowym, jak i w kontekście polityki prewencyjnej oraz międzynarodowych wzorców. Omówione zostaną również najważniejsze rekomendacje na przyszłość, mające na celu dalsze wzmocnienie systemu prewencji samobójstw i poprawę zdrowia psychicznego w Polsce.

6.7.1. Kluczowe wnioski

1. Polityka prewencyjna w Polsce opiera się na kilku kluczowych aktach prawnych, które wyznaczają kierunki działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego oraz zapobiegania samobójstwom. Jej realizacja jest zadaniem wielu instytucji, które działają na różnych

szczeblach administracyjnych, jednak nie jest ona wolna od wyzwań, o czym świadczą niedostateczne finansowanie, brak pełnej integracji systemowej czy nierówności regionalne.

2. Analiza skuteczności wybranych regionalnych i krajowych programów prewencyjnych w Polsce wykazała, że zarówno programy rządowe jak i pozarządowe o zasięgu regionalnym i krajowym posiadają znaczącą rolę w zakresie prewencji samobójstw i poprawie zdrowia psychicznego społeczności, prowadząc do redukcji liczby prób samobójczych i samobójstw, wzrostu dostępności usług wsparcia psychicznego, zwiększenia liczby zgłoszeń na linie wsparcia psychicznego i zwiększenia liczby osób korzystających z innych form wsparcia psychicznego oraz wzrostu świadomości społecznej na temat problemów psychicznych.
 - 2.1. Zasadnicze znaczenie regionalnych inicjatyw prewencyjnych, zwłaszcza o charakterze pozarządowym, wynika w głównej mierze z ich innowacyjności i elastyczności rozumianej jako adekwatne korelowanie z potrzebami społeczności lokalnych związanych ze zdrowiem psychicznym, jednakże dla dalszego zwiększania ich skuteczności kluczowe jest podejmowanie współpracy międzysektorowej, zwiększenie zakresu zaangażowania lokalnych społeczności, w tym samorządów, w podejmowane w ramach inicjatyw działania oraz kontynuowanie inwestycji w lokalną infrastrukturę wsparcia psychicznego, w tym w specjalistyczne szkolenia dla pracowników tego sektora.
 - 2.2. Zasadnicze znaczenie krajowych inicjatyw prewencyjnych wynika z faktu, iż stanowią one fundament dla tworzenia spójnej i kompleksowej strategii prewencji samobójstw i poprawy zdrowia psychicznego całego społeczeństwa, jednakże dla dalszego zwiększania ich skuteczności kluczowe jest zacieśnienie współpracy o charakterze rządowo-pozarządowym oraz pogłębione uwzględnianie zachodzących zmian dotyczących potrzeb społeczeństwa związanych ze zdrowiem psychicznym oraz zróżnicowania regionalnego w tym zakresie.
 - 2.3. Poprawa skuteczności działań prewencyjnych będzie wymagała długoterminowych badań, lepszej koordynacji działań na poziomie regionalnym i krajowym oraz stałego monitorowania i ewaluacji wdrażanych programów.
3. Analiza międzynarodowych wzorców inicjatyw prewencyjnych pozwala na sformułowaniu kluczowych dla polskiej polityki prewencyjnej i podejmowanych w Polsce inicjatyw prewencyjnych wniosków, wśród których należy wymienić zwiększenie dostępności wsparcia psychicznego, zwłaszcza na terenach wiejskich i oddalonych, rozwój i integrację nowoczesnych technologii prewencyjnych z istniejącymi, intensyfikację działań edukacyjnych i kampanii społecznych promujących zdrowie psychiczne i destygmatyzację problemów psychicznych, skierowanych do różnych grup społecznym z uwzględnieniem potrzeb regionalnych oraz współpracę międzysektorową obejmującą sektory rządowy, pozarządowy, samorządowy, akademicki i prywatny. Wdrożenie zmian wynikających z powyższych wniosków może przyczynić się do powstania w Polsce bardziej zintegrowanego i dostępnego oraz efektywnego systemu wsparcia dla osób doświadczających różnych form kryzysu psychicznego.

6.7.2. Rekomendacje na przyszłość

Aby skutecznie przeciwdziałać problemowi samobójstw i poprawić stan zdrowia psychicznego Polaków, konieczne jest:

- **Zwiększenie dostępności wsparcia psychicznego:** Zwłaszcza na terenach wiejskich i oddalonych, poprzez rozwój całodobowych linii wsparcia i usług online.
- **Integracja innowacyjnych technologii:** Z istniejącymi programami prewencyjnymi, co pozwoli na szybsze i bardziej efektywne interwencje w sytuacjach kryzysowych.
- **Intensyfikacja działań edukacyjnych i kampanii społecznych:** Mających na celu destygmatyzację problemów psychicznych oraz promocję zdrowia psychicznego w różnych grupach społecznych.
- **Wzmocnienie współpracy międzysektorowej:** Angażowanie różnych poziomów rządu, organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego i akademickiego w celu realizacji kompleksowych strategii prewencyjnych.

Podsumowując, dalszy rozwój i wzmocnienie działań prewencyjnych w Polsce są niezbędne do skutecznej walki z problemem samobójstw i poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa. Wdrożenie zaproponowanych rekomendacji może przyczynić się do stworzenia bardziej zintegrowanego, dostępnego i efektywnego systemu wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym.

6.8. Bibliografia

1. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP)*, 2011, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego> [dostęp: 1.12.2024].
2. *Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111*, www.116111.pl.
3. *Kampania „Twój stan psychiczny ma znaczenie”*, 2019, www.gov.pl.
4. *Program „STOP samobójstwom”*, 2018, www.gov.pl.
5. *Kampania „Życie ma sens”*, 2020, www.zyciemazsens.pl.
6. *Program „Pomoc na wyciągnięcie ręki”*, www.gov.pl.
7. *Kampania „Mów o tym głośno”*, 2020, www.ddz.pl.
8. *Inicjatywa „Most Życia” w Krakowie*, 2017, www.krakow.pl.
9. *Program „Ocal Życie” w Małopolsce*, 2016, www.malopolska.pl.
10. *Program „Razem przeciw samobójstwom” na Podkarpaciu*, 2018, www.podkarpackie.pl.
11. *Kampania „Nie jesteś sam” w Lublinie*, Lublin 2019, www.lublin.eu.
12. *Program „Wsparcie w kryzysie” na Śląsku*, www.slaskie.pl.
13. *Program „Życie warte jest rozmowy” w Warszawie*, www.itaka.org.pl.
14. *Program „Bezpieczna Przystań” w Trójmieście*, 2016, www.zobaczjestem.pl.
15. *„Projekt Nadzieja” w Łodzi*, 2017, www.itaka.org.pl.

16. „Akcja Żółta Kartka” w Poznaniu, 2018, www.poznan.pl
17. „Most Życia” we Wrocławiu, 2019, www.przystaneknadzieja.pl
18. Program „Pomocna Dłoń” w Szczecinie, www.szczecin.pl
19. H. Witkowska, A. Czabański, L. Kicińska, M. Łuba, J. Palma, W. Szczepaniak, *Standardy dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych*, 2023, <https://zwjr.pl/artykuly/standardy-informowania-o-zachowaniach-samobojczych>
20. S. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020–2022*, Warszawa 2023, <https://ipzin.org/drugie-poprawione-wydanie-raportu-jak-wspierac-mlodziez-w-niestabilnym-swiecie-wyzwania-i-rekome-dacje-dla-wychowania-profilaktyki-i-ochrony-zdrowia-psychicznego-po-trudnych-latach-2020-20/> [dostęp: 1.12.2024].
21. A. Bojanowska-Sosnowska, D. Bulanda, P. Kempisty, O.-L. Dobrovolskyi, Ł. Janoszczyk, J. Walczuk, A. Wejt-Knyżewska, Ł. Zaorski-Sikora, *Kondycja młodych Polaków*, Warszawa 2023.
22. H. Witkowska, L. Kicińska, J. Palma, M. Łuba, *Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II Edycja Raportu na Podstawie Danych KGP i Serwisu www.zwjz.pl*, Warszawa 2024, https://backend.zwjz.pl/media/attachments/Raport_zwjz_2024_Wo8JsWZ.pdf [dostęp: 1.12.2024].
23. M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2022/dzieci-sie-licza-2022.html> [dostęp: 1.12.2024].

Część III

**Zbadanie relacji między problemem
samobójstw a innymi problemami
społecznymi takimi jak narkomania
czy wykluczenie społeczne**

Rozdział 7

7.1. Raport uwzględniający zmiany w okresie okołopandemicznym i stan obecny

11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię Covid-19. Pandemią określa się epidemię, która powoduje wystąpienie u ludzi zachorowań na daną chorobę w określonym czasie i na określonym terenie w liczbie większej niż zazwyczaj, o szczególnie dużym zasięgu, obejmująca kraje czy kontynenty¹⁴⁹. Każdy duży kryzys społeczny powoduje zwiększenie problemów psychicznych w populacji. Podobnie było w przypadku pandemii COVID-19, która pogorszyła kondycję psychiczną Polaków – wzrosła częstość wszelkich zaburzeń psychicznych, a także liczba zachowań samobójczych. Biorąc pod uwagę panującą od 2 lat pandemię Covid-19 oraz wojnę toczącą się tuż za granicami naszego kraju, w Polsce w latach 2020 oraz 2021 zauważono znaczny wzrost zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży. Mimo to Polacy nadal nie zdają sobie sprawy z problemu zachowań samobójczych w kraju, chociażby dlatego, że wciąż mało jest kampanii społecznych, które w świadomy i odpowiedni sposób poruszają ten problem. Samobójstwo nadal jest wstydliwym społecznie problemem, a przygotowanie dotyczącej tej problematyki inicjatywy o szerszym zasięgu wymaga nie tylko nakładów finansowych, lecz także szczegółowych opracowań merytorycznych¹⁵⁰.

Dzieci i młodzież w znacznym zakresie odczuwają skutki psychospołeczne pandemii. Pandemia znacznie zaingerowała w proces rozwojowy człowieka na etapie dojrzewania. Zastosowane na całym świecie środki dystansu fizycznego w znacznym stopniu ograniczyły możliwości młodych ludzi do angażowania się w bezpośrednie kontakty społeczne, osłabiły interakcje z rówieśnikami oraz pogłębiły fizyczny dystans rówieśniczy¹⁵¹. W czasie

¹⁴⁹ B. Kania, A. Gromny, *Pandemia SARS-CoV-2– oraz jej zagrożenia dla zwierząt i ludzi*, „Medycyna Weterynaryjna”, nr 78(1), 2022, s. 5-10.

¹⁵⁰ K. Ruszel, R. Dubel, A. Czekaj, N. Namroży, J. Dubel, H. Pieciewicz-Szczęsna, *Wpływ pandemii Covid-19 na zamachy samobójcze wśród dzieci i młodzieży – porównanie statystyk z lat 2013-2021. Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży*, „Journal of Education, Health and Sport”, nr 12(7), 2022, s. 357-365. Autorzy artykułu podkreślają, iż „w przeciągu 2 lat trwania pandemii i obowiązujących restrykcji, izolacji i ciągłego poczucia niepewności i niepokoju o dalsze losy swoje i swoich bliskich, ucierpieli nie tylko faktycznie zakażeni wirusem, ale każdy żyjący człowiek. Szczególnie dotknięci, choć często pomijani, okazali się najmłodsi, dzieci i młodzież pozostający w domu na zdalnym nauczaniu, bez kontaktu z innymi rówieśnikami. W wieku dorastania, buntu i rozchwiania emocjonalnego, dojrzewanie w izolacji często przebiega niekorzystnie. Problemy w domu potęgują wśród domowników, a u części osób dochodzi do ich eskalacji w postaci prób samobójczych, jako manifestu nieradzenia sobie z otaczającą rzeczywistością”.

¹⁵¹ E. Cipora, A. Mielnik, *Selected medical and social aspects of the Covid-19 pandemic*, „Journal of Education, Health and Sport”, nr 12 (1), 2022, s. 11-20.

kwarantanny dzieci i młodzież przebywające w domach były szczególnie narażone na obciążenia psychiczne. Była to konsekwencja zamknięcia szkół, ograniczenia aktywności fizycznej, kontaktów społecznych, praktykowania nieprawidłowych zasad żywienia i rytmu dobowego związanego ze snem i odpoczynkiem. Ograniczenia aktywności są sprzeczne z podstawowymi potrzebami rozwojowymi nastolatków i są trudno przez nich akceptowane¹⁵².

W związku z pandemią Covid-19 od 25 marca 2020 do końca roku szkolnego, w ramach dystansowania społecznego, w polskich szkołach po raz pierwszy prowadzona była edukacja zdalna. Ponadto od 1 kwietnia do 19 kwietnia obowiązywał zakaz wychodzenia z domu bez opieki dorosłego osób, które nie ukończyły 18 lat, a do 17 maja osób, które nie ukończyły 13 lat¹⁵³.

W trakcie trwania pandemii zaobserwowano wiele zdarzeń o charakterze zaniedbań wobec dzieci, przemocy domowej czy wyzysku. Narażanie dzieci i młodzieży na wykorzystywanie, agresję psychiczną i fizyczną stosowaną przez opiekunów, pozostawia trwałe konsekwencje w rozwoju młodych ludzi w postaci wyższego wskaźnika zaburzeń psychosomatycznych, częstszego nadużywania substancji psychoaktywnych oraz ujawniania myśli i prób samobójczych. Pandemia stworzyła również, idealne środowisko dla osób wykorzystujących dzieci przez Internet. Dzieci i młodzież spędzały przed komputerami wiele czasu, często bez jakiegokolwiek kontroli rodziców. W ten sposób mogły stać się łatwiejszym celem dla przestępców uwodzących i wykorzystujących dzieci przez Internet¹⁵⁴.

Badania przeprowadzone przez PAN pokazują, że pandemia COVID-19 przyczyniła się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego zwłaszcza wśród tych osób, które już wcześniej zmagaly się z problemami. Drugą grupą najbardziej narażoną na jej negatywne oddziaływanie są nastolatki i dzieci. „To nas zaskoczyło, bo wydawało się, że nastolatki wręcz się będą cieszyć. Nie mają szkoły, nie są w grupie ryzyka. Okazało się natomiast, że wręcz przeciwnie – już w czasie pierwszego lockdownu 44% dzieci zmagalo się z objawami depresji. W tej chwili ten wynik jest trochę niższy i wynosi 38%. Natomiast u tych dzieci, które mają objawy depresji, nastrój się znacznie pogorszył – wskazuje w rozmowie z agencją informacyjną Newseria Biznes dr Beata Rajba, psycholog z Dolnośląskiej Szkoły Wyższej”¹⁵⁵.

Polska jeszcze przed pandemią COVID-19 była w niechlubnej czołówce państw z najwyższym odsetkiem samobójstw wśród dzieci i młodzieży. W 2019 roku w grupie wiekowej 13-18 lat odnotowano 905 prób samobójczych, a na przestrzeni poprzednich sześciu lat ich liczba wzrosła dwuipółkrotnie. W ubiegłym roku prób było 814. Mimo nieznacznego spadku specjaliści od zdrowia psychicznego obawiają się, że długotrwałym skutkiem pandemii może być fala samobójstw wśród nastolatków¹⁵⁶.

¹⁵² I. Sikorska, N. Lipp, P. Wróbel, M. Wyra, *Adolescent mental health and activities in the period of social isolation caused by the COVID-19 pandemic*, „Advances in Psychiatry and Neurology”, nr 30(2), 2021, s. 79-95.

¹⁵³ ¹⁵³ K. Makarczuk, J. Włodarczyk, R. Szredzińska, *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych*, red. S. Romańczak, Warszawa 2020.

¹⁵⁴ M. Dąbkowska, *Psychospołeczne konsekwencje pandemii koronawirusa (COVID-19) u dzieci i młodzieży przegląd wybranych opracowań*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 39, 2021, s. 150-159.

¹⁵⁵ *Efektom pandemii może być fala samobójstw wśród nastolatków*, <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Efektom-pandemii-moze-byc-fala-samobojstw-wsrod-nastolatkow-8067868.html> [dostęp: 30.08.2024].

¹⁵⁶ Tamże. Badania PAN pokazują, że nie tylko dzieci i nastolatki, lecz także dorośli Polacy kiepsko radzą sobie z psychicznymi skutkami pandemii. W tej chwili mniej więcej dwa razy więcej osób niż jeszcze w 2018 roku zmagają się z objawami depresji. Dotyczy to już blisko 40% Polaków, z których przynajmniej kilkanaście procent wymaga natychmiastowej pomocy.

Natomiast od początku stycznia do końca grudnia ubiegłego roku (2021 r.) 1496 dzieci i nastolatków w wieku 7-18 lat próbowało popełnić samobójstwo – wynika z danych przekazanych przez Komendę Główną Policji. To ponad 650 prób więcej niż przez cały 2020 rok. W porównaniu do roku 2020 widać 77% wzrost zachowań samobójczych wśród młodzieży. Najwięcej prób w zeszłym roku, wśród dziewczynek w przedziale wiekowym 13-18 lat było w województwie pomorskim, śląskim oraz małopolskim. Najmniej natomiast było w woj. opolskim, lubuskim i kujawsko-pomorskim¹⁵⁷. Obok ogólnego wzrostu liczby zachowań samobójczych oraz śmierci samobójczych, szczególnie niepokojący jest wzrost dotyczący podejmowania zachowań samobójczych w grupie dziewczynek. W 2021 roku KGP zarejestrowała wzrost o 101%¹⁵⁸.

Według analizy UNICEF, częstotliwość występowania zaburzeń psychicznych u dzieci w wieku 10-19 lat w Polsce wynosi 10,8%. To ponad 409 tysięcy nastolatków (181 tysięcy dziewcząt i 228 tysięcy chłopców). Tak niski odsetek wynika z dużej liczby dzieci w Polsce, które nie są diagnozowane. Niestety stan profilaktyki i dostępności specjalistycznych usług w zakresie zdrowia psychicznego jest w naszym kraju dramatyczny¹⁵⁹.

Prof. Janusz Heitzman, psychiatra, podkreśla, że nie tylko zdrowie psychiczne jest zaniedbywane, ale także zdrowie somatyczne, co przełoży się w przyszłości także na kondycję psychiczną młodych ludzi. „Dla nich świat ogranicza się do pandemii. Nie ma dla nich innego świata” – stwierdził. To budzi dodatkowy lęk o zdrowie i kondycję ekonomiczną rodziny. „Za 20 lat będą niewydolni, będą słabsi, niepotrafiący rozwiązać naturalnych problemów, które im przyniesie życie. Co te dzieci przeżywają? Chorobę i śmierć w rodzinie” – mówił. „Dla nich świat jest związany ze śmiercią i chorobą. Dziecko nie ma szans na indywidualizowanie się” – tłumaczył. Dodatkowy czynnik to hejt w Internecie, lęk przed nieobecnością w sieci, uzależnienie od mobilnego kontaktu i problem równego dostępu do komunikatorów internetowych. Zanika też wsparcie rówieśnicze. „Będzie więcej rozwodów” – przestrzegał Heitzman, co spowoduje zjawiska alienacji rodzicielskiej. Wspominał o zaniku aktywności fizycznej, zmianie nawyków żywieniowych. „Będziemy mieli epidemię otyłości, wad postawy, wad wzroku” – diagnozuje¹⁶⁰.

Często zdarza się, że działanie kilku czynników ryzyka kumuluje się, nasilając u danej osoby skłonność do zachowań samobójczych. Do czynników ryzyka związanych z systemem służby zdrowia i generalnie ze społeczeństwem należą: trudności z dostępem do opieki zdrowotnej i uzyskiwaniem potrzebnych świadczeń zdrowotnych, łatwa dostępność środków umożliwiających popełnienie samobójstwa, niewłaściwy sposób informowania

¹⁵⁷ *Zamachy samobójcze od 2017 r.*, https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachysamobojcze/63803_Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html [dostęp: 30.08.2024].

¹⁵⁸ L. Kicińska, J. Palma, *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012-2021. Na podstawie danych Komendy Głównej Policji*, *Raport za lata 2012-2021 zachowania samobojcze mlodziezy_2_JVEHSu1.pdf* [dostęp: 30.08.2024].

¹⁵⁹ *Pogarsza się stan zdrowia psychicznego dzieci w Europie, alarmuje UNICEF*, <https://unicef.pl/co-robimy/aktualnosci/dla-rodzicow/zdrowie-psychiczne-w-europie> [dostęp: 01.09.2024]. Pandemia COVID-19 sieje spustoszenie w życiu młodych ludzi. Uwypukliła także niektóre czynniki zagrażające naszemu zdrowiu psychicznemu: izolację, napięcia rodzinne czy utratę dochodów, powiedziała Królowa Matylda, Królowa Belgów podczas prezentacji publikacji w Brukseli. Musimy zrobić wszystko w celu wzmocnienia i poprawy naszego stanu zdrowia oraz systemów społecznych, aby zapewnić każdemu dziecku szczęśliwe dzieciństwo.

¹⁶⁰ A. Rokicińska, *O 134% więcej prób samobójczych wśród dzieci w wieku 13-18 lat*, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/o-134-proc-wzrosla-liczba-prob-samobojczych-wsrod-dzieci-13-18-r-z>, [dostęp: 02.09.2024].

o samobójstwach przez media, które z takich przypadków robią sensację, zwiększając przez to ryzyko samobójstw „naśladowczych”, oraz stygmatyzowanie osób szukających pomocy z powodu zachowań samobójczych lub problemów ze zdrowiem psychicznym czy nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Do czynników ryzyka związanych ze społecznością i relacjami interpersonalnymi należą: wojna i klęski żywiołowe, stresy akulturacji (doznawane np. przez rdzennych mieszkańców lub uchodźców), dyskryminacja, poczucie izolacji, molestowanie, przemoc, konfliktowe związki. Izolacja następuje wówczas, gdy człowiek czuje się odcięty od swoich najbliższych, partnerów, członków rodziny, rówieśników, przyjaciół i innych osób znaczących. Izolacji często towarzyszy depresja, poczucie samotności i rozpacz. Poczucie izolacji może też często występować wówczas, gdy człowieka spotka jakieś negatywne zdarzenie życiowe lub inny stres psychologiczny, a nie może się tym podzielić z kimś innym. W połączeniu z innymi czynnikami może to prowadzić do wzrostu ryzyka zachowań samobójczych – zwłaszcza u osób starszych mieszkających samotnie, ponieważ izolacja społeczna i samotność są ważnymi czynnikami przyczyniającymi się do samobójstwa¹⁶¹. Zachowania samobójcze często pojawiają się w odpowiedzi na osobisty stres psychiczny w sytuacji społecznej, w której brak źródeł wsparcia i która może odzwierciedlać szerzej rozumiany brak dobrostanu i więzi. Istotną motywacją chęci samounicestwienia jest uczucie odręczenia i brak zrozumienia. Takie sytuacje wpływają na poczucie wśród nieletnich braku bezpieczeństwa, z kolei ten jest jednym z podstawowych motywów odbierania sobie życia przez dzieci i młodzież. Niskie poczucie własnej wartości to jeden z głównych problemów popychający nastolatków do samobójstwa. Sukcesy i osiągnięcia wzmacniają poczucie dumy, z kolei porażki, błędy i odrzucenie wywołują poczucie winy, krzywdy jednak najważniejszym bodziec decydujący o poczuciu własnej wartości jest atmosfera w domu. Docenianie dziecka, ciepłe stosunki między członkami rodziny¹⁶². Poczucie niezrozumienia lub niedocenienia to wspólna cecha nastolatków zagrożonych samounicestwieniem. Rodzice stosujący tylko i wyłącznie nagany i upokorzenia wobec własnego dziecka wywołują u niego zniechęcenie i rezygnację¹⁶³. Opiekunowie, którzy otwarcie dają do zrozumienia młodemu człowiekowi jak bardzo ich rozczarował doprowadzając tego, że nie widzi on innego wyjścia jak tylko autodestrukcja. Tacy rodzice kształtują w dziecku niskie poczucie własnej wartości¹⁶⁴. Dużym problemem jest, gdy prawidłowo funkcjonująca rodzina obciąża dziecko zbyt dużymi obowiązkami i rygorami przerastającymi ich możliwości fizyczne i psychiczne. Niejednokrotnie taka sytuacja powodowała patogenne zaburzenia osobowości u dziecka. Szczególnie narażone są młode osoby, które doświadczają niepowodzeń w nauce. Często oprócz wstydu, przeżyć ambicjonalnych w domu czeka na nich karcąca reakcja rodziców. Trudności w szkole, w powiązaniu z rygoryzmem w domu wywołują sytuacje,

¹⁶¹ H. Casiano, L. Y. Katz, D. Globerman, J. Sareen, *Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review*, „J Can Acad Child Adolesc Psychiatry”; vol. 22(2), 2013, s. 118–24.

¹⁶² T. M. Anthony, *Znękane pokolenie. Co mówią nastolatki za zamkniętymi drzwiami*, [w:] *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, red. E. Derelkowska, Warszawa 1994, s. 58-60.

¹⁶³ W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. II, Warszawa 2003, s. 161.

¹⁶⁴ B. Pilecka, *Profilaktyka samobójstw w kontekście procesu wychowawczego*, [w:] *Dziecko w kręgu wychowania*, red. B. Jodłowska, Kraków 2002, s. 48-49.

w której dziecko traci oparcie w rodzicach. Przywoływało o efekt, gdzie kilkunastolatek nie widział innego rozwiązania jak targnięcie się na własne życie¹⁶⁵.

Ryzyko wystąpienia samobójstwa u młodzieży podnosi również trudna sytuacja mieszkaniowa, trudne warunki mieszkaniowe, a także okoliczność, gdy rodzina nie traktuje poważanie samobójczych intencji nastolatka lub brak wsparcia¹⁶⁶. Ponadto samotność w dużym stopniu przyczynia się do popełniania samobójstw. Osoba osamotniona charakteryzuje się brakiem umiejętności komunikowania się oraz brakiem nadziei na rozwiązanie swoich problemu. Oddalenie się rodziców od dziecka jest pierwszym bardzo ważnym krokiem w stronę autodestrukcji. Dziecko traci zaufanie, zamyka się w sobie. Jest przestraszone, niepewne, osamotnione. Wiele nastolatków czuje się odizolowanych z powodu złego kontaktu z rodzicami czy rówieśnikami. Świetny kontakt z rodzicami jest często ostatnią deską ratunku¹⁶⁷.

Z kolei spójność społeczna jest czymś, co łączy ludzi na rozmaitych poziomach w społeczeństwie – indywidualnym, w rodzinach, szkołach, w sąsiedztwie, społecznościach lokalnych, grupach kulturowych i w całym społeczeństwie. Ludzie, którzy są w bliskich, osobistych i trwałych związkach i dzielą wspólne wartości, zwykle mają poczucie celu, bezpieczeństwa oraz łączności z innymi ludźmi i światem¹⁶⁸. Natomiast czynniki ryzyka na poziomie indywidualnym obejmują: wcześniejsze próby samobójcze, zaburzenia psychiczne, szkodliwe picie alkoholu, zażywanie narkotyków czy dopalaczy, straty finansowe, przypadki samobójstw w rodzinie czy też wykluczenie społeczne.

Z badań przeprowadzonych przez Fundację Dajmy Dzieciom Siłę wynika, iż:

- Sytuacja nastolatków w pierwszym okresie pandemii była zróżnicowana.
- Przebywanie w domu nie uchroniło nastolatków przed doświadczeniem krzywdzenia.
- Dziewczyny częściej niż chłopcy doświadczały krzywdzenia i gorzej oceniały zarówno swoje samopoczucie, jak i zadowolenie z życia.
- Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast deklarowali doświadczenie przemocy ze strony bliskich dorosłych, wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym oraz bycie świadkiem przemocy w domu.
- Nastolatki w wieku 16-17 lat częściej niż młodsze w wieku 13-15 lat deklarowały doświadczenie przemocy ze strony bliskich dorosłych, wykorzystywania seksualnego bez kontaktu fizycznego oraz bycie świadkiem przemocy w domu.
 - Osoby, które doświadczyły krzywdzenia częściej niż pozostałe, nie mogły liczyć na żadne wsparcie społeczne¹⁶⁹.

¹⁶⁵ I. Dziekońska-Staśkiewicz, A. Strzałkowski, *Samobójstwa nieletnich i młodocianych. Rozmiary, uwarunkowania, profilaktyka*, red. B. Hołyst, Warszawa-Kraków 1989, s. 20-22.

¹⁶⁶ A. Carr, *Depresja i próby samobójcze wśród młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, Gdańsk 2004, s. 59.

¹⁶⁷ W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. II, Warszawa 2003, s. 164.

¹⁶⁸ Por. S. Luthar, *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*, Cambridge 2003.

¹⁶⁹ K. Makarczuk, J. Włodarczyk, R. Szredzińska, *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych*, red. S. Romańczak, Warszawa 2020. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę prowadzi

W związku z powyższym Autorzy badań rekomendują:

- Upowszechnienie opartych na dowodach programów profilaktycznych, skierowanych zarówno do dzieci, jak i rodziców, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów zdrowia psychicznego i przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu dzieci.
- Prowadzenie wnikliwego monitoringu skali problemu krzywdzenia dzieci oraz ewaluacji oferowanej pomocy.
- Promowanie równego zaangażowania w wychowanie zarówno matek, jak i ojców, prowadzenie powszechnych programów podnoszenia umiejętności rodzicielskich.
- Przejrzenie programów nauczania pod kątem zmniejszenia obciążeń dla uczniów
- oraz przeprowadzenie pogłębionej diagnozy przyczyn stresu związanego ze szkołą.
- Poprawa koordynacji prowadzonych działań poprzez m.in. stworzenie krajowego planu
- działań na rzecz ochrony dzieci.
- Rozwijanie sieci centrów pomocy dzieciom, czyli skutecznych, opartych na dowodach, kompleksowych i stabilnych modeli pomocy dzieciom pokrzywdzonym przestępstwem.
- Wprowadzenie prawnego wymogu ustanowienia Polityki ochrony dzieci w każdej instytucji, w której przebywają dzieci.
- Ciągłe podnoszenie kompetencji przedstawicieli wszystkich służb, działających na rzecz ochrony dzieci przed krzywdzeniem.
- Zwiększenie świadomości i gotowości do informowania organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka¹⁷⁰.

Wszystkie zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych zwiększają ryzyko samobójstwa. Zaburzenia związane z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych stwierdza się w 25-50% wszystkich przypadków samobójstw¹⁷¹, a ryzyko samobójstwa jest jeszcze wyższe, jeśli wspomniane zaburzenia (alkoholizm i narkomania) współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi. Piciu alkoholu można przypisać 22% spośród wszystkich przypadków śmierci samobójczej, co oznacza, że co piąte samobójstwo nie miałoby miejsca, gdyby w populacji nie spożywano alkoholu¹⁷². Uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych, m.in. kanabinoli, heroiny lub nikotyny, jest również czynnikiem ryzyka samobójstwa¹⁷³. Statystyki pokazują, że Polska plasuje się w środku rankingu europejskiego pod względem spożycia narkotyków przez młodzież. Według raportu EMCDDA z 2020 roku, w Polsce w wieku 15-34 lat średnio 6,4% osób przyznało się do zażywania

systematyczną diagnozę skali problemu przemocy wobec dzieci, której celem jest pogłębienie oraz uaktualnienie wiedzy na temat wiktyimizacji dzieci i młodzieży oraz jej uwarunkowań.

¹⁷⁰ Tamże.

¹⁷¹ B. Schneider, *Substance use disorders and risk for completed suicide*, „Arch Suicide Res.”, 13(4), 2009, s. 303-316.

¹⁷² *Global status report on alcohol and health 2014*, World Health Organization, Geneva 2014, http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ [dostęp: 7.09.2024].

¹⁷³ K.M. Bohnert, M.A. Ilgen, J.F. McCarthy, R.V. Ignacio, F.C. Blow, I.R. Katz, *Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality*, „Addiction”, vol. 109(1), 2014, s. 155-62.

narkotyków w ciągu ostatniego roku. Dalej wyższy odsetek spożycia notowany jest m.in. w Czechach, na Słowacji, w Niemczech, Holandii czy Wielkiej Brytanii¹⁷⁴. W samym zjawisku sięgania po niedozwolone środki odurzające alarmujące jest przede wszystkim to, że narkotyki przyjmowane w młodym wieku są szczególnie niebezpieczne dla zdrowia psychicznego. Mogą uczynić największe szkody bio-psycho-społeczne zarówno doraźnie (nawet przy okazjonalnej próbie zażycia), jak i w dalszej perspektywie życiowej (hamowanie rozwoju, zaburzenia w psychospołecznym funkcjonowaniu, ukształtowanie się nawyku stosowania używek, uzależnienie)¹⁷⁵.

Istnieją trojaki rodzaj strategii przeciwdziałania tym czynnikom. „Uniwersalne” strategie zapobiegania, kierowane do całej populacji, mogą mieć na celu zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej, promocję zdrowia psychicznego, redukcję szkodliwego picia alkoholu, ograniczenie dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa oraz promowanie odpowiedzialnego sposobu informowania o samobójstwach w środkach masowego przekazu.

„Wybiórcze” strategie zapobiegania kierowane są do grup podwyższonego ryzyka, np. do ludzi, którzy doznali traumy czy molestowania, dotkniętych przez konflikt czy katastrofę, uchodźców lub migrantów oraz do osób w żałobie z powodu samobójstwa kogoś bliskiego. Strategie te polegają na szkoleniu „strażników” (gatekeepers) asystujących osobom z grupy ryzyka oraz na udzielaniu pomocy przez takie służby jak telefony zaufania dla osób z problemami. Strategie „ze wskazaniem” – przeznaczone dla konkretnych zagrożonych osób przy wsparciu społeczności lokalnej – obejmują utrzymywanie kontaktów z pacjentami wypisywanymi z placówek opieki zdrowotnej, kształcenie i szkolenie pracowników służby zdrowia, poprawę rozpoznawania zaburzeń psychicznych i związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, a także metody postępowania w takich przypadkach. Działania zapobiegawcze można wzmocnić przez wspieranie czynników chroniących, takich jak: silne związki interpersonalne, własny system przekonań, pozytywne strategie radzenia sobie ze stresem¹⁷⁶.

7.2. Podsumowanie

Reasumując zapobieganie samobójstwom powinno stać się jednym z podstawowych świadczeń opieki zdrowotnej. Fakt, że w wyniku pandemii została znacznie ograniczona wolność, nasilił problemy, które dzieci i nastolatki miały od lat. Próby samobójcze są w pewnym sensie „wołaniem o pomoc”, są efektem bagatelizowanych problemów. Nie można pozwolić, aby młode pokolenie rozwijało się w warunkach, w których jest pomijane, niezauważane, niedoceniane, często skazane same na siebie. Tak naprawdę nie ma „łatwych rozwiązań”, które sprawią, że nagle coś, co rozwijało się przez dłuższy czas, się zmieni. Bagatelizowanie problemów powoduje ich eskalację. Nie należy pozostawiać dzieci i młodych ludzi samych sobie, bez pomocy. Czasem wystarczy okazać zainteresowanie, dostrzec problem,

¹⁷⁴ Europejski raport narkotykowy 2020. Najważniejsze kwestie, Luksemburg 2020.

¹⁷⁵ E. Stępień, *Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży Raport dotyczący przygotowania koncepcyjno-metodologicznego badań podłużnych*, Warszawa 2025, s. 26-27.

¹⁷⁶ B. Hołyst (red.), *Zapobieganie samobójstwo. Imperatyw ogólnoświatowy*, World Health Organization 2014, s. 18-19.

porozmawiać, zdiagnozować sytuację, aby zapobiec dramatowi. Z powodu stygmatyzacji związanej zwłaszcza z samobójstwami i zaburzeniami psychicznymi wielu ludzi nie poszukuje pomocy. Zwiększenie świadomości społecznej i przełamywanie tabu mają duże znaczenie w krajach, w których podejmuje się starania o zapobieganie samobójstwom. Zaburzenia psychiczne, szkodliwe picie alkoholu, zażywanie narkotyków, wykluczenie społeczne przyczyniają się do wielu samobójstw na całym świecie. Wczesna identyfikacja i skuteczne prowadzenie takich przypadków mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia ludziom niezbędnej im opieki. Społeczności lokalne odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu samobójstwom. Mogą udzielać wsparcia społecznego osobom zagrożonym i uczestniczyć w kontynuacji opieki, zwalczać stygmatyzację i wspierać ludzi w żałobie po samobójczej śmierci kogoś bliskiego¹⁷⁷.

Poprzez podjęcie omawianej problematyki, dostrzec można szeroki zakres występowania problemu zachowań suicydalnych. Myśli samobójcze pojawiają się nie tylko u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Mogą wystąpić także w wyniku nieprawidłowego wychowania, wpływu środowiska, po stracie najbliższej osoby czy na skutek traumatycznych przeżyć. Problem samobójstw jest wciąż obowiązujący w skali ogólnoswiatowej i wymaga poświęcenia mu większej uwagi. Z uwagi na postęp technologiczny w dzisiejszych czasach i łatwy dostęp do nieodpowiednich treści przez osoby młode, należy podjąć kroki edukacyjne zarówno młodzieży jak i rodziców, zapewniając im w ten sposób bezpieczeństwo.

¹⁷⁷ Tamże, s. 21.

Część IV

Zidentyfikowanie najczęstszych mitów i błędnych przekonań dotyczących samobójstw wśród dzieci

Rozdział 8

Przygotowanie metodologii badania i narzędzia badawczego. Przygotowanie treści pytań ankiety (na podstawie analizy literatury). Badanie pilotażowe narzędzia badawczego (ankiety) wykorzystanego w projekcie „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna”

8.1. Procedura powstawania narzędzia badawczego:

Zgodnie z metodologią prowadzenia badań wśród respondentów, grupa badaczy pod przewodnictwem Pani prof. dr. hab. n. med. Anny Antosik–Wójcińskiej została podzielona na kilka zespołów ekspertów: psychiatrów, psychologów, socjologów, psychometryków i znawców tematyki suicydologii zajmujących się całościowym opracowaniem projektu „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna”.

Jeden z zespołów został oddelegowany do opracowania narzędzia badawczego – ankiety, której zadaniem w całym projekcie miało być:

1. Określenie poziomu świadomości społecznej, w tym identyfikacja ogólnych wzorców i trendów w postrzeganiu problemu samobójstw popełnianych wśród dzieci i młodzieży w wieku 13-19 lat.
2. Zebranie informacji o stanie wiedzy, obszarach braków w wiedzy i dostępie do wiedzy specjalistów takich jak lekarze rodzinni, pielęgniarze, psycholodzy, nauczyciele oraz studenci kierunków przygotowujących do tychże zawodów.
3. Określenie ewentualnych różnic w świadomości ww. tematu między badanymi grupami społecznymi.
4. Weryfikacja skuteczności istniejących, obecnie stosowanych metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród osób w wieku 13-19 lat.
5. Identyfikacja priorytetów działań prewencyjnych na poziomie edukacyjnym oraz społecznym.

Po wstępnym opracowaniu narzędzia zgodnie z wytycznymi projektu, ankieta została przekazana pozostałym zespołom badaczy oraz zewnętrznym respondentom do badań pilotażowych.

Ankieta – opis podstawowy:

1. Informacje demograficzne: osiem pytań dotyczących: płci, roku urodzenia, aktywności zawodowej, kierunku studiów / miejsca pracy, formy własności miejsca pracy, wielkości miejscowości z miejscem pracy, zamieszkiwanego województwa, stażu pracy w wyuczonym zawodzie.
2. Ilość pytań właściwych: szesnaście.
3. Forma pytań: zamknięte i otwarte z prośbą o komentarz oraz alternatywne umieszczone w tabelach.
4. Zastosowane skale odpowiedzi: pięciopunktowa skala Likerta.

Badanie pilotażowe – opis ogólny

Badanie pilotażowe prowadzone było dwutorowo:

1. Wybrano pięciu ekspertów znających cel główny i cele szczegółowe całego projektu. Zadaniem tych respondentów było sprawdzenie kontekstu merytorycznego pod kątem spójności z celami projektu, jak również sprawdzenie warstwy rozumienia treści, warstwy lingwistycznej oraz kwestii utrzymania uwagi i motywacji do zakończenia ankiety.
2. Wybrano trzydzieści osób stanowiących grupę odzwierciedlającą grupy społeczne, do których kierowane jest badanie zasadnicze. Zadaniem tych respondentów było skupienie się na warstwie rozumienia treści, warstwie lingwistycznej, kwestii utrzymania uwagi i motywacji do zakończenia ankiety.

Badanie pilotażowe przeprowadzone zostało pod kątem:

1. Konstrukcji narzędzia badawczego
2. Jasności instrukcji
3. Efektywności i zrozumienia pytań ankietowych
4. Warstwy lingwistycznej: stylistyki i ortografii pytań i odpowiedzi
5. Struktury kwestionariusza w aspekcie efektu znużenia wśród respondentów
6. Struktury kwestionariusza w aspekcie efektu zniecierpliwienia respondentów
7. Określenia średniego czasu potrzebnego na wykonanie ankiety
8. Sprawdzenia łatwości dotarcia do platformy, na której umieszczono ankietę
9. Sprawdzenie możliwości użycia różnych nośników (komputer, laptop, telefon) do wykonania ankiety
10. Zasadności i niezbędności pytań w stosunku do celów projektu (ocena dokonana przed ekspertów w zespołów zaangażowanych w realizację projektu).

Badanie pilotażowe przeprowadzane było w następujący sposób:

1. Wszyscy uczestnicy badania pilotażowego otrzymali linki dostępu do narzędzia wraz z zaproszeniem do badania i instrukcją wypełniania ankiety. Uczestnicy badania mogli logować się z wybranego przez siebie urządzenia w dowolnie ustalonym przez siebie czasie. Po wykonaniu ankiety uczestnicy badania pilotażowego opisywali swoje uwagi i wnioski, określali trudności występujące przy badaniu oraz dokonywali oceny swoich subiektywnych wrażeń i odczuć na dwóch skalach:
 - a. skala znużenia
 - b. skala zniecierpliwienia.

Dodatkowo zgodnie z przydziałem do odpowiedniej grupy (grupa ekspertów i grupa reprezentująca wszystkie ujęte w projekcie grupy społeczne) uczestnicy badania dzielili się w komentarzach swoimi uwagami zgodnie z zadaniami przydzielonymi obu grupom.

Uwagi z badań pilotażowych:

1. Ogólne komentarze od respondentów:
 - ankieta łatwo dostępna po wejściu na przesłany link, możliwa do odtworzenia na różnych nośnikach
 - instrukcja łatwa do zrozumienia, a ankieta intuicyjna w wypełnianiu
 - wygląd i szablon ankiety wymaga, ujednolicenia wielkości czcionki i zwiększenia kontrastu w kolorach
 - średnia ze zbadanej skali znużenia: 4 (skala 1-10, gdzie 1 to minimum, a 10 maksimum)
 - średnia ze zbadanej skali zniecierpliwienia: 2 (skala 1-10, gdzie 1 to minimum, a 10 maksimum)
 - czas wykonania ankiety: od 15 do 25 minut.
2. Zespół złożony z ekspertów zaangażowanych w projekcie w inne zadania:
 - określił zasadność i istotność pytań
 - odrzucił pytania niezasadne
 - zaproponował pytania dodatkowe i zmiany w pytaniach oraz odpowiedziach
 - określił błędy w sformułowanych pytaniach i odpowiedziach
 - dostrzegł tendencyjność kolejności ułożenia odpowiedzi w pytaniach (wszystkie odpowiedzi pozytywne i negatywne znajdowały się obok siebie sugerując tym samym właściwą odpowiedź respondentowi).
3. Zespół złożony z osób reprezentujących badane w projekcie grupy:
 - odniósł się do stylistyki i ortografii oraz formy prezentacji pytań

- zaproponował zmiany stylistyczne
- podpowiedział brakujące formy odpowiedzi
- zwrócił uwagę na pytania niejasne i wprowadzające chaos myślenia
- zaproponował prostą stylistykę
- zauważył wieloznaczne słowa i określenia wprowadzające trudność w odpowiadaniu na pytania (przykładem jest pytanie ze słowami MIT/FAKT)
- zwrócił uwagę na występujący skrótowiec SPA i zaproponował jego rozszyfrowanie

Uwagi z badań pilotażowych: zmiany

Na podstawie uwag i komentarzy wprowadzono do narzędzia badawczego zmiany:

- a) Do ankiety zostały dołożone dodatkowe pytania dotyczące:
 - oceny efektywności obecnie stosowanych metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży
 - propozycji metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży
 - oceny istnienia wpływu pomiędzy licznymi czynnikami społecznymi a zjawiskiem samobójstw wśród młodzieży
 - oceny siły relacji między samobójstwami młodzieży a problemami społecznymi.
- b) Została ujednolicona terminologia związana z dziećmi i młodzieżą.
- c) Dodano odpowiedzi w pytaniach:
 - kierunek studiów / miejsce pracy
 - forma własności miejsca pracy
 - wielkość miejscowości, w której znajduje się praca.
- d) Rozdzielono pytania na dwie sytuacje: nastolatka z myślami samobójczymi oraz nastolatka po doświadczeniu próby samobójczej.
- e) Przeformułowane pytania i odpowiedzi, które wносиły chaos myśli i powodowały problem z odpowiedziami.
- f) Przetasowano odpowiedzi tendencyjne.

Ostatecznie w ankiecie poza pytaniami demograficznymi ustalono dwadzieścia dwa pytania z formą otwartą, zamkniętą i alternatywną.

W zaproszeniu do badania oprócz linku dostępu dołożono kod QR.

Skrót / Oznaczenie	Znaczenie
UE	Unia Europejska
Zlecniodawca	Ministerstwo Edukacji i Nauki
Wykonawca	Szkoła Główna Mikołaja Kopernika
Desk Research	Analiza danych zastanych
Data Entry	Proces konstrukcji macierzy danych
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ESOMAR	European Society for Opinion and Marketing Research
NUTS	Nomenklatura Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych
Metadane	Zbiór procedur metodologicznych będący konsekwencją procesu badawczego, nie stanowiący części danych poddawanych analizie merytorycznej a jedynie analizie metodologicznej
Fieldwork	Faza operacyjno-terenowa badania
Reguły heurystyczne	Wyznaczające poznawczą logikę procesu badawczego elementy procedury badawczej
Responsywność	Poziom jednostkowych zrealizowanych wywiadów zapewniający reprezentatywność próby badawczej
Operat badania	Zamknięty zakresowo zbiór kwalifikowanych badawczo podmiotów umożliwiający zastosowanie schematu doboru próby
SIO	System Informacji Oświatowej
Zmienne	Zmienne są to wielkości, które mierzymy, kontrolujemy lub którymi manipulujemy w trakcie badań. Ogólnie zmiennymi są pytania w ankiecie badawczej

Tabela 1. Wykaz akronimów i skrótów oraz słownik kluczowych pojęć

8.2. Cele badania ilościowego

Cele pomiaru zostały wskazane w Załączniku nr 1 do umowy nr MEiN/2023/DPI/3678 – Opis Zadania „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna”.

Głównym celem zadania jest zdiagnozowanie poziomu świadomości społecznej dotyczącej problematyki samobójstw wśród dzieci w różnych grupach społecznych, przeprowadzenie głębokiej analizy socjologicznej tego zjawiska oraz opracowanie i wdrożenie kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród dzieci oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.

Szczegółowe cele zadania obejmują oceny zastanego stanu wiedzy wraz z analizą socjologiczną w obszarach:

- Określenie poziomu świadomości społecznej na temat problematyki samobójstw wśród dzieci w różnych grupach społecznych;
- Zidentyfikowanie najczęstszych mitów i błędnych przekonań dotyczących samobójstw wśród dzieci;

- Ocena efektywności obecnie stosowanych metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród dzieci;
- Analiza wpływu rodziny, środowiska szkolnego, mediów oraz innych czynników społecznych na problem samobójstw wśród dzieci;
- Zbadanie relacji między problemem samobójstw a innymi problemami społecznymi, takimi jak przemoc, narkomania czy wykluczenie społeczne.

Interpretacja pozyskanych danych empirycznych zostanie zawarta w raporcie z badań świadomości społecznej.

8.3. Logika procesu badawczego

Wszystkie istotne dla potrzeb poprawności badania elementy postępowania badawczego – budowa operatu badania oraz dobór procedur gromadzenia danych podlegają weryfikacji, z punktu widzenia dwóch dopełniających się kryteriów. Po pierwsze, metodologicznej poprawności procesu badawczego, gwarantującej jego adekwatność wobec założonych wielowymiarowych celów badania oraz modelu badania zbiorowości i grup środowiskowych:

- lekarze podstawowej opieki zdrowotnej;
- studenci kierunku lekarskiego;
- studenci pielęgniarstwa;
- studenci pedagogiki;
- nauczyciele szkół podstawowych i ponadpodstawowych.

W pierwszym etapie działania planuje się przeprowadzenie kompleksowej analizy literatury naukowej, raportów zdrowotnych i statystyk związanych z samobójstwami. Celem jest zrozumienie aktualnego stanu wiedzy na temat czynników ryzyka, profilu osób podatnych na samobójstwo oraz skutecznych metod prewencji. Analiza może obejmować także ocenę działań podejmowanych przez różne instytucje i organizacje w zakresie prewencji samobójstw. Kolejnym aspektem analizy będzie ocena skuteczności różnych metod prewencji samobójstw. Nie ograniczy się jedynie do podejścia klinicznego, lecz skoncentruje się także na innowacyjnych rozwiązaniach technologicznych, społecznościowych i edukacyjnych. Celem jest zidentyfikowanie najlepszych praktyk, które mogą być wdrożone w ramach projektu prewencyjnego. Dodatkowo, analiza obejmie ocenę działań podejmowanych przez różne instytucje, w tym służby zdrowia, organizacje pozarządowe i agencje rządowe, w obszarze prewencji samobójstw. Zbadane zostaną dostępne programy, inicjatywy społeczności lokalnych i sposób, w jaki te działania są oceniane pod kątem ich skuteczności.

Następnie, w ramach przedmiotowego działania skupiamy się na dokładnym zbadaniu i ocenie poziomu wiedzy specjalistów, takich jak lekarze rodzinny, studenci medycyny, pielęgniarstwa i pedagogiki oraz nauczyciele szkół podstawowych i ponadpodstawowych w kontekście problematyki samobójstw wśród dzieci i młodzieży.

Zespół dokona wyboru najlepszej spośród alternatywnych wersji działań gwarantującej realizację badania zgodnie z metodami doboru losowego:

- 1) Badanie ilościowe zapewni reprezentatywność uzyskanych danych oraz generatywność interpretacji.
- 2) Pomiar ilościowy pozwala na uzyskanie wieloczynnikowych charakterystyk statystycznych.
- 3) Pomiar umożliwi zmapowanie statystyczne problemów badawczych, które nie są objęte systematycznymi badaniami.
- 4) Dane ilościowe pozwolą na stworzenie szerokiego obrazu badanego zjawiska (Suicydologia — analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna), między innymi częstości występowania pewnych problemów czy zjawisk, korelacji i zależności między badanymi zmiennymi. Zgromadzone dane ilościowe zostaną przetworzone za pomocą profesjonalnego software statystycznego. Struktura macierzy danych surowych z badania przedstawiona będzie w postaci macierzy danych SPSS (.sav). Dodatkowo struktura danych surowych zawierać będzie zmienne opisujące każdą z obserwacji (w ramach dokumentacji METADATA).

Formalnej podstawy dla rozwiązań w tej materii dostarcza metodologia stosowana w statystyce publicznej, której zasadniczym celem jest standaryzacja procedur badawczych na każdym poziomie realizacji badania. Przesłanki leżące u podstaw statystyki publicznej wprowadzono w niniejszym badaniu. W badaniach spełniane będą podstawowe wymagania kodeksu ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research) mówiące, że udział w badaniu musi być świadomy i dobrowolny.

8.4. Kontrola badania i analiza ryzyka

Na każdym etapie realizacji procesu badawczego Zespół badawczo-analityczny będzie podejmował działania służące zapewnieniu rzetelności oraz trafności procesu badawczego, w celu zapewnienia wysokiej jakości pozyskiwanych i analizowanych danych. Rzetelność badań rozumiana jest jako zgodność, spójność pomiarów powtarzanych na tym samym przedmiocie przy założeniu stałości uwarunkowań zewnętrznych. Trafność badań jest to natomiast adekwatność zastosowanych narzędzi badawczych i zebranych za ich pomocą danych z punktu widzenia osiągnięcia celów badania.

Zarządzanie ryzykiem w projekcie (*Project Risk Management*) obejmuje procesy związane z przeprowadzeniem planowania zarządzania ryzykiem, identyfikacją i analizą ryzyk, reagowaniem na ryzyka oraz monitorowaniem i kontrolą ryzyka w projekcie. Ryzyka to zdarzenia, które jeszcze nie nastąpiły, a które mogą nastąpić i wywrzeć niekorzystny wpływ na projekt. Ryzyko jest nieodłączną częścią każdego projektu. Zarządzanie ryzykiem ma na celu zapobieganie jego wystąpieniu, a także maksymalne możliwe zminimalizowanie jego wpływu na projekt. Na zarządzanie ryzykiem składają się następujące kroki:

- Identyfikacja ryzyk: jakiego rodzaju ryzyko może dotyczyć projektu?
- Analiza ryzyk: jakie ryzyko może przynieść najbardziej dotkliwe skutki?
- Monitorowanie ryzyk: jakie środki należy przedsięwziąć i nadzorować, aby zapobiec wystąpieniu głównych rodzajów ryzyka oraz zminimalizować ich skutki?

Zidentyfikowanie potencjalnych obszarów ryzyka na etapie projektowania badania umożliwią zaplanowanie i podjęcie działań zaradczych, które będą niezbędne w przypadku pojawienia się problemów z realizacją badania. Dzięki temu zostaje zminimalizowane ryzyko pozyskania niekompletnych lub nierzetelnych danych. Należy zwrócić uwagę, że główne obszary ryzyka wiążą się z pozyskiwaniem danych wywołanych, stąd na nich skoncentrowano się podczas planowania pracy.

Lp.	Ryzyko/Zagrożenie	Sposób przezwyciężenia/działanie zaradcze
1.	Ryzyko, że wystąpią liczne odmowy potencjalnych respondentów w badaniu ilościowym	Wykonawca stosuje sprawdzoną i skuteczną procedurę rekrutacyjną respondentów badań. Planowane przez Wykonawcę działania ukierunkowane na pozyskanie przychylności respondentów i zachęcenie ich do wzięcia udziału w badaniu obejmują następujące elementy: » Pozyskanie zgody adekwatnego Podmiotu. » Przesłanie do osób objętych badaniem pisemnej prośby o wzięcie udziału w badaniu, wraz z informacją o celach i zakresie badania i listem polecającym. » Kontakt mailowy z jednostką. Po zakończeniu badania Wykonawca zastosuje wagi analityczne kompensujące odchylenia liczebności w poszczególnych warstwach.
2.	Wystąpienie problemu fałszywego założenia znawstwa	» Seminaria zespołu projektowego, » transformowanie pytań kwestionariuszowych na podstawie wyników badań pilotażowych, » uzupełnienie brakujących danych poszerzonymi analizami treści i dodatkowymi desk research.
3.	Problemy z procesowaniem danych statystycznych – występowanie kontaminacji zbioru danych	Kodowanie danych surowych powinno być przeprowadzone zgodnie z kartoteką kodów, w celu uniknięcia błędów wynikających z niezgodności kodów na poziomie edycji oraz konceptualizacji desygnału. Podczas badań pilotażowych klasyfikacje kodów zostaną opracowane. Proponujemy następujące procedury czyszczenia danych tj. uzgodnienia sposobów wykrywania i „usuwania” kontaminacji: » pól, które są przestarzałe lub zbędne; » rekordów z brakującymi wartościami; » punktów oddalonych (ang. outliers); » danych znajdujących się w formacie nieodpowiednim dla modeli eksploracji danych; » wartości niezgodnych z zasadami lub logiką analizy; » błędów systemowych. à rekomendujemy do procesu czyszczenia danych wykorzystanie potrójnej formuły czyszczenia poprzez: » graficzne metody identyfikacji punktów oddalonych (np.: analiza wykresów rozrzutu, histogramów); » numeryczne metody identyfikacji punktów oddalonych (np.: rozstęp międzykwartylowy); » eksploracyjna analiza danych (np.: wizualizacja danych, interakcyjne drążenie danych OLAP, macierze korelacji, analiza czynnikowa, analiza dyskryminacyjna).

Tabela 2. Potencjalne obszary ryzyka i sposoby ich minimalizowania

Źródło: opracowanie własne.

8.5. Narzędzie badawcze badania ilościowego – CAPI

Dane pozyskamy za pomocą kwestionariusza internetowego nadzorowanego przez system LimeSurvey bazującego na architekturze kontaktu serwer – respondent. LimeSurvey jest internetową aplikacją, która zainstalowana na serwerze, zarządza programem poprzez przeglądarkę internetową. LimeSurvey (wcześniej PHPSurveyor) jest internetowym systemem ankiet napisanym w języku PHP i wykorzystującym bazę danych MySQL, PostgreSQL lub MSSQL¹⁷⁸. Zwrot danych przybiera postać macierzy danych generowanych w czasie rzeczywistym przez respondenta oraz rekodowanych wskazań wypełnionej ankiety badania wymagających implementacji do macierzy. Oprogramowanie komputerowe nawigujące ankietę internetową monitoruje *behavior coding* respondenta, poprawność ścieżki pytań filtrujących, właściwą kolejności pytań przesyłanych respondentowi, falsyfikuje poprawność logiczną wskazań. Technika występuje w wariancie bezpośredniego kontaktu z respondentem przy komputerowym zapisie wskazań. Powyższe specyfikacje techniki są argumentami pozytywnymi uzasadniającymi jej stosowanie w niniejszym projekcie. Technika zagwarantuje wysoką jakość pomiaru zabezpieczanego logiką funkcjonowania systemu komputerowego.

System komputerowy zapewni:

- kontrolę zbioru w czasie rzeczywistym;
- konstrukcję zbioru danych w czasie rzeczywistym;
- presuperwizorską kontrolę pracy ankietera;
- redukcję kosztów badania przez eliminację fazy *kodowania*;
- możliwość podążania za tokiem rozumowania respondenta – identyfikacja zagadnień „top of mind” w obszarze poruszanej problematyki;
- możliwość modyfikowania założeń wywiadu w celu dostosowania do specyfiki funkcjonowania respondenta dla lepszego jej poznania.
- minimalne koszty dotarcia do respondenta;
- brak ograniczeń w zakresie limitowanych przestrzeni publikowania narzędzi badawczych;
- dywersyfikacja zamieszczanych treści i struktury narzędzi z możliwością integrowania różnych skal i indeksów;
- możliwość podpięcie narzędzi do vortalu tematycznego (ang. *vertical portal*), czyli portalu wyspecjalizowanego;
- zastosowanie rozwiniętego systemu filtrów;
- gromadzenie danych w formatach gotowych macierzy statystycznych;

¹⁷⁸ Web Survey Methodology article, <http://www.websm.org/index.php?fl=1&nt=2&m2w=Guides,%20codes,%20best%20practice&sid=1> [dostęp: 02.04.2022].

- formularz w systemie elektronicznego generatora sprawozdania (*step by step*) redukuje błędy na poziomie wypełniania kwestionariusza.

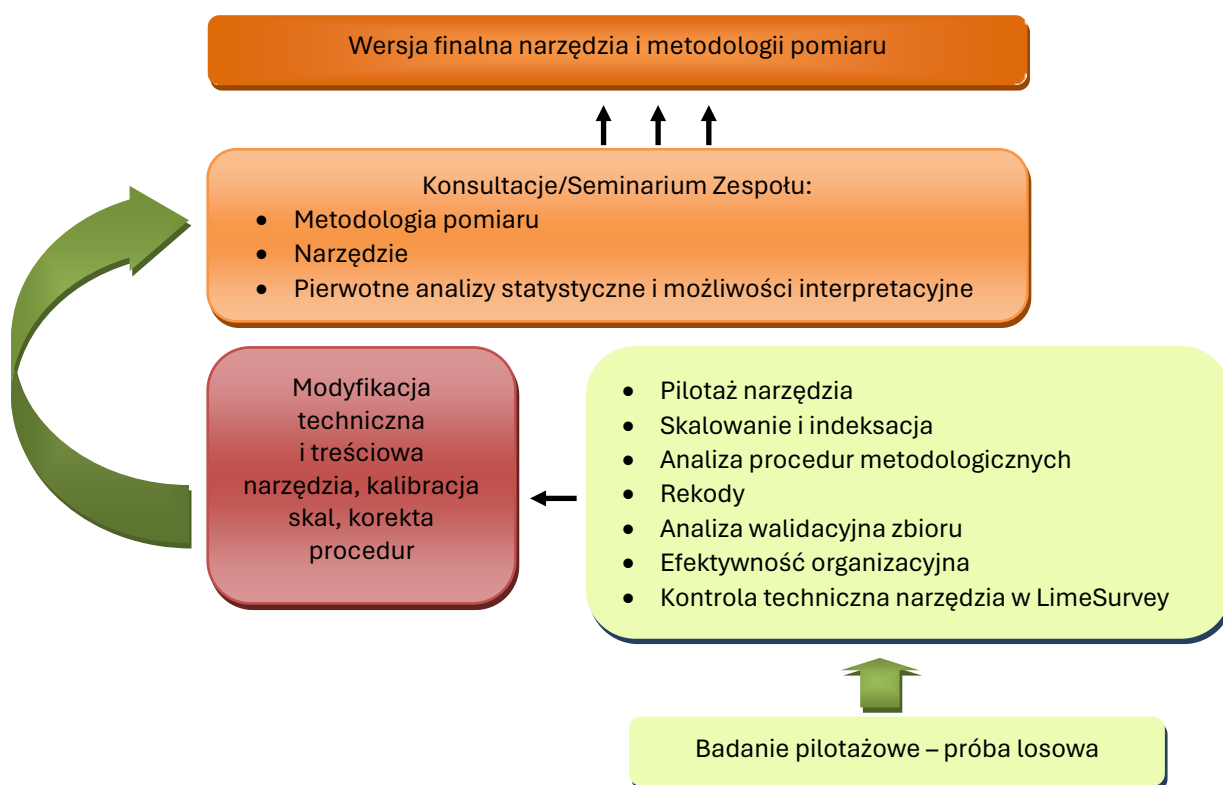
Oprogramowanie techniczne zapewni:

- obsługiwanie badania przez przeglądarkę internetową w środowisku tworzenia kwestionariuszy elektronicznych;
- zestaw szablonów wzorników kwestionariuszy, który może być rozwijany i modyfikowany z wykorzystaniem edytorów HTML (jak np. Macromedia Dreamweaver);
- język skryptowania, który zapewnia pełną kontrolę nad prezentacją kwestionariusza;
- kreator aktywacji kwestionariusza pozwalający w prosty sposób opublikować kwestionariusz w sieci WWW z prawami dostępu;
- otrzymanie macierzy danych w formatach danych.

Narzędzie zostanie skonstruowane w oparciu o warsztat badań ilościowych, z walidacją skal i indeksów, możliwością inwersji skal, przypisaniem kodów do wartości zmiennych, systemem skipów nawigujących po narzędziu oraz strukturą zawierającą moduły badania i moduł danych społeczno-demograficznych umożliwiający profilowanie zbioru.

8.6. Pilotaż oraz badanie właściwe

Przeprowadzenie badań właściwych poprzedzone będzie pilotażem, po którym dokonamy ewaluacji i modyfikacji narzędzia oraz metodologii pomiaru wraz z pozyskaniem materiału empirycznego do analiz. Badanie pilotażowe narzędzia pozwoli na zdefiniowanie pól problemowych w zakresie problematyki badania właściwego oraz w kontekście struktury formalnej, merytorycznej (skalowanie) i technicznej formularza narzędzia wraz z procedurą administrowania zbiorem. Analiza materiałów uzyskanych w badaniu pilotażowym pozwoli na oszacowanie infrastruktury koniecznej do zrealizowania badania głównego.



Schemat 1. Struktura logiczna badania – graf

8.7. Wielkość prób

Celem określenia reprezentatywnej próby badawczej w różnych grupach społecznych wskazanych w Załączniku nr 1 do umowy nr MEiN/2023/DPI/3678 – Opis Zadania „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna” poniżej przedstawiono dane ogólne, wprowadzające do przedmiotowego pomiaru (badania pilotażowego). Dane uzyskano przede wszystkim wskutek prowadzonej analizy opartej na materiale źródłowym tj. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2023 (Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2024) a także innych źródeł istotnych do określenia minimalnej ilości próbki. Z założenia ma to na celu ukazanie struktury populacji generalnej.

Edukacja	Ilość szkół/Uczelni	Zatrudnieni Nauczyciele	Uczniowie/Studenti
Szkoły podstawowe	14073	264 800	3 122 800
Szkoły ponadpodstawowe	6819	127 400	1 658 500
Uczelnie	341	94 100	1 223 600

Tabela 2: dane dotyczące liczby szkół i Uczelni, zatrudnionych nauczycieli oraz liczby uczniów i studentów

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2023.

Studenci na poszczególnych kierunkach kształcenia	Ilość ogółem	I stopnia i mgr jednolite	II stopnia mgr uzupełniające
Pedagogika	72 125	51 133	20 992
Medyczna	153 609	125 436	28 173

Tabela 3. dane w zakresie ilości studentów na poszczególnych kierunkach kształcenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2023.

Posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	Ilość osób
Lekarze	158 902
Pielęgniarki	309 992

Tabela 4. dane dotyczące ogólnej liczby lekarzy i pielęgniarek posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2023.

Lekarze	Ilość osób
Medycyny rodzinnej	10 526
Pediatrici	7 203

Tabela 5. dane dotyczące liczby lekarzy medycyny rodzinnej i pediatrii zakładając, iż wpisują się w segment lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2023.

Istotną kwestią wydaje się również wskazanie na liczebność wyodrębnionej w założeniach projektowych warstwie (grupie zawodowej) pedagogów/psychologów/logopedów szkolnych. Dokumentem jakim posłużono się do określenia całości populacji jest komunikat, o liczbie psychologów w roku szkolnym 2021/22, która wynosiła 4,9 tys.¹⁷⁹. Z danych MEiN wynika, że w szkołach zatrudniono także w ciągu ostatniego roku 1,6 tys. terapeutów pedagogicznych. Zwiększyła się również liczba pedagogów z 10,6 tys. w roku 2021/22 do 12,2 tys. w roku szkolnym 2022/23. Liczba logopedów wzrosła z 6,3 tys. do 9,5 tys. Łącznie liczba specjalistów w szkołach i przedszkolach (psychologów, pedagogów, logopedów, pedagogów specjalnych i terapeutów pedagogicznych) wzrosła z 21,9 tys. w roku 2021/22 do **42,7 tys.** w roku 2022/23¹⁸⁰.

Liczba ta daje nam kompletną ilość osób w tej grupie zawodowej, czyli w naszym przypadku warstwie, co w konsekwencji staje się składową do ustalenia ostatecznej grupy reprezentatywnej (dane zawarte w Tabeli nr 6).

¹⁷⁹ Machalek: blisko 100 proc. wzrost liczby specjalistów w szkołach i przedszkolach, <https://samorzad.pap.pl/kategoria/edukacja/machalek-blisko-100-proc-wzrost-liczby-specjalistow-w-szkolach-i-przedszkolach> [dostęp: 10.07.2024].

¹⁸⁰ Tamże.

Warstwy uwzględnione w próbie	Populacja w 2023
Studenci medycyny (w tym kierunek pielęgniarstwo i lekarski)	153609
Studenci pedagogiki	72125
psycholog, pedagog, logopeda i terapeuta pedagogiczny (szkoła podstawowa i ponadpodstawowa)	42700
nauczyciel szkoły podstawowa i ponadpodstawowa	392200
lekarz (medycyna rodzinna, pediatria)	17729
badana populacja w całości	678363
minimalna grupa reprezentatywna w badaniu	663

Tabela 6. Dane dotyczące populacji w danej grupie zawodowej.

Źródło: opracowanie własne. Do wyliczeń wykorzystano narzędzie: Kalkulator rozmiaru próbki Raosoft <http://www.raosoft.com/samplesize.html>

Biorąc pod uwagę charakter badań, uwzględniając margines błędu 5%, ustalając poziom zaufania na 99%, to rozmiar próbki populacji podzielonej na warstwy w niniejszym badaniu pilotażowym, minimalnie, winien oscylować w granicach $N = 663$.

Podsumowując tę część opracowania, należy podkreślić, aby dołożyć wszelkich starań, które będą miały na celu osiągnięcie minimalnego zakresu próby. Wskazano jest, aby próba mierzyła około 1000 wypełnionych ankiet. Podniesie to wiarygodność przeprowadzonych badań jak, również da szansę osiągnąć planowany rezultat badań naukowych a w konsekwencji przejścia do następnego etapu realizacji projektu.

Technicznie losowanie zostanie przeprowadzone w aplikacji modułu SPSS/PASW Statistics Complex Sample. Umożliwia on uzyskanie poprawnych oszacowań statystyk punktowych (sumy, średnie) oraz statystyk ilorazowych. Przyjęta metoda doboru próby zapewnia rozkład zbliżony do rozkładu populacji, co zweryfikują wyniki testów t dla jednej próby dla zmiennych kryterialnych. W przypadku stwierdzenia realizacji niewystarczającej alokacji konieczne będzie – przy estymacji parametrów całej populacji – stosowanie wag analitycznych.

8.8. Ważenie RIM

W analizie próby wykorzystamy moduł skonstruowany w języku PYTHON 2.5.7 do ważenia wieńcowego – SPSSINC RAKE. Istota ważenia wieńcowego polega na zadeklarowaniu stanu docelowego (zarówno proporcji, jak i liczb bezwzględnych) zmiennych, które podlegają ważeniu. Program poprzez kolejne ważenia i korekty uzyskanych wyników do założonych (tzw. iteracje) dochodzi do stanu próby możliwie najbliższego stanu populacji. W literaturze przedmiotu ten rodzaj ważenia jest znany jako: rim weighting, marginal weighting, sample balancing, rake weighing, iterative proportionate fitting lub iterative proportionate scaling.

8.8.1. Plan analiz

Struktura postępowania w zakresie przewidywanych analiz obejmie zadania wynikające z poprawności warsztatu statystycznego, w tym:

1. Kalibracja i ważenie analityczne.
2. MVA – Analiza *item non response* zostanie przeprowadzona w oparciu o *Missing Values Analysis*. Otrzymane układy danych pozwolą na przedstawienie braków danych i obserwacji ekstremalnych dla wszystkich obserwacji i wszystkich zmiennych (z uwzględnieniem systemowych braków danych oraz zdefiniowanych braków danych), na uzyskanie wzorów brakujących wartości dla obserwacji, zestawień analogicznych układów braków danych i określenia stopnia powiązania braków danych jednej zmiennej z brakami danych innej zmiennej. Graficzne macierze „układu danych” opracowane dla każdego zbioru pozwolą oszacować zakres braków danych, typy braków danych i wartości odstające. Sprawdzimy w jakim stopniu rzutuje to na możliwości analizy statystycznej.
3. Analiza statystyczna zostanie przeprowadzona na macierzy danych SPSS/PASW Statistics. Program daje możliwość pobierania danych w różnych formatach, z różnych źródeł (baz danych, hurtowni danych, arkuszy kalkulacyjnych, plików tekstowych i innych). PASW Statistics umożliwi utworzenie raportów tabelarycznych wszelkiego typu od prostych po złożone i wielowymiarowe i dołączanie do nich statystyk spośród 35 dostępnych (m.in. tendencji centralnej i dyspersji), które będą wyliczone dla każdej z komórek i podsumowań. PASW Statistics udostępni szerokie spektrum technik statystycznej analizy danych, w tym między innymi:
 - a) raportowanie (w tym kostki OLAP);
 - b) statystyki opisowe;
 - c) analizy korelacyjne oraz testy nieparametryczne i parametryczne, ANOVA;
 - d) w połączeniu z dodatkowymi modułami — techniki wielowymiarowe: wieloraka regresja liniowa i nieliniowa, regresja logistyczna, techniki regresyjne dla cech jakościowych, regresja podwójną metodą najmniejszych kwadratów, wielowymiarowa analiza wariancji, analiza dyskryminacyjna.

Przeprowadzimy analizę za pomocą tabel częstości empirycznej rozkładów wskazań oraz tabel kontyngencji. Jest to klasyczny sposób analizy i redukcji danych. W procedurze krzyżowania zmiennych zastosujemy poprawkę Bonferroniego. Poprawka Bonferroniego jest stosowana w celu "utrudnienia" uznania za statystycznie istotny wyniku pojedynczego testu, przy wielokrotnym przeprowadzaniu testów w oparciu o te same dane. Na przykład, przy przeglądaniu wielu współczynników korelacji tworzących macierz korelacji, akceptowanie i interpretacja istotności współczynników korelacji na konwencjonalnym poziomie 0,05 może nie być poprawna, biorąc pod uwagę przeprowadzanie wielu testów. W szczególności może się okazać, że poziom prawdopodobieństwa związany z błędnym przyjęciem zaobserwowanej wartości współczynnika korelacji jako nieistotnie różniącej się od zera (podczas gdy w rzeczywistości, tzn. w populacji jego wartość wynosi zero), może w tym przypadku znacznie

przekraczać 0,05. Poprawka Bonferroniego będzie dokonywana przez podzielenie poziomu istotności alfa (przyjmowanego na poziomie 0,05) przez liczbę przeprowadzanych testów.

8.9. Dystynkcje metody jakościowej

Metody jakościowe nie należą do metod umożliwiających gromadzenie danych reprezentatywnych¹⁸¹. Wielkość liczebności pomiarów oraz schematy doboru próby nie wpływają na zwiększenie wartości generalizacyjnej danych jakościowych, czyli możliwości wnioskowania z próby na populację. W badaniach niekwantyfikowanych (jakościowych) kluczową kwestią jest zakres autentyczności informacji wraz z problemem rzetelności jakościowych mierników (pytań scenariusza). Metody jakościowe dostarczają wiedzy na temat motywów, aktów woli, ocen i deklarowanych postaw względem problemów badawczych. Dane jakościowe w poszczególnych komponentach badania zostaną potraktowane jako komplementarne, wzajemnie się weryfikujące i uzupełniające. Dzięki tak zastosowanej triangulacji¹⁸² źródeł możliwe będzie uzyskanie pełnego obrazu pomiarowanego przedmiotu. Metodologia badania zakłada realizację celów badawczych na poziomie eksplikacji treściowych.

8.10. Techniki badań – IDI i FGI

Dodatkowo zastosujemy w badaniu dwie techniki jakościowe – IDI oraz FGI.

1. IDI (ang. *Individual In-Depth Interviews*) to technika pogłębionych wywiadów indywidualnych umożliwiającą uzyskanie informacji wykraczającej poza kwantyfikowalne (statystyczne) źródła danych. Następstwem stosowanej procedury jest opis kluczowych elementów badania z perspektywy uniwersum sensów, znaczeń i motywów postulowanych w trakcie naturalnej logiki dyskursu. Nałożenie siatki interpretatywnej analizy ugruntowanej¹⁸³ lub semantycznej pozwoli na zdefiniowanie zagadnień wyszczególnionych w specyfikacji badania.
2. FGI (ang. *Focus Group Interview*) – Zogniskowany wywiad grupowy. Wywiad grupowy pozwala na dynamiczną dyskusję grupy podobnych osób skoncentrowaną wokół konkretnego zagadnienia. Dzięki temu umożliwia uzyskanie pełniejszej informacji na temat ogniskującego dyskusję zagadnienia. Obecność innych osób znających zagadnienie pozwala na natychmiastową weryfikację pozyskiwanych od respondentów informacji co

¹⁸¹ Aby można było uogólniać wyniki uzyskane dla próby losowej na całą populację, próba musi być reprezentatywna, tzn. struktura próby ze względu na interesujące nas cechy musi być zbliżona do struktury populacji generalnej. Reprezentatywność próby może być osiągnięta, gdy są spełnione dwa warunki: 1) elementy populacji są dobierane do próby w sposób losowy, 2) próba jest wystarczająco liczna. Przez losowy dobór elementów do próby rozumiemy taki sposób postępowania, w którym każda jednostka ma znane (różne od zera) prawdopodobieństwo znalezienia się w próbie, a dla każdego podzbioru jednostek populacji generalnej, można ustalić prawdopodobieństwo dostania się do próby. Badanie jakościowe bazuje na doborze respondentów w sposób celowy, a nie losowy stąd brak reprezentatywności.

¹⁸² Metoda stosowana w badaniach społecznych, mająca zapewnić wyższą jakość prowadzonych badań i ograniczenie błędu pomiaru przez zestawianie różnych metod lub źródeł danych.

¹⁸³ System metod jakościowych opracowany przez Anselma Straussa oraz Barneya Glasera i opisany w 1967 w książce *The Discovery of Grounded Theory*.

zwiększa ich wiarygodność. Dzięki zastosowaniu tej techniki możliwe będzie wykorzystanie efektu synergii grupy oraz dynamiki wewnątrzgrupowej. Mini grupa stanowić będzie także specyficzny quasi-panel ekspercki.

8.11. Bibliografia

1. Cannone F.J., Kara A., Maxwell S., *HINo V: a New Method to Improve Market Segment Definition by Identifying Noisy Variables*, "Journal of Marketing Research", November, vol. 36, 1999, s. 501-509.
2. Milligan G.W. (1996), *Clustering Validation: Results and Implications for Applied Analyses*, [w:] *Clustering and Classification*, red. P. Arabie, L.J. Hubert, G. de Soete, World Scientific, Singapore, s. 341-375.
3. Walesiak M. (2005), *Rekomendacje w zakresie strategii postępowania w procesie klasyfikacji zbioru obiektów*, [w:] *Przestrzenno-czasowe modelowanie i prognozowanie zjawisk gospodarczych*, red. A. Zeliaś, AE, Kraków, s. 185-203.
4. Walesiak, M. (2008), *Procedura analizy skupień z wykorzystaniem programu komputerowego clustersim i środowiska R*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” Nr 7 (1207), s. 44-56.

Rozdział 9

Przeprowadzenie badania pilotażowego i sporządzenie raportu. Badanie pilotażowe narzędzia badawczego (ankiety) wykorzystanego w projekcie „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna”

9.1. Procedura powstawania narzędzia badawczego

Zgodnie z metodologią prowadzenia badań wśród respondentów, grupa badaczy pod przewodnictwem Pani prof. dr. hab. n. med. Anny Antosik–Wójcińskiej została podzielona na kilka zespołów ekspertów: psychiatrów, psychologów, socjologów, psychometryków i znawców tematyki suicydologii zajmujących się całościowym opracowaniem projektu „Suicydologia — analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna”.

Jeden z zespołów został oddelegowany do opracowania narzędzia badawczego – ankiety, której zadaniem w całym projekcie miało być:

1. Określenie poziomu świadomości społecznej, w tym identyfikacja ogólnych wzorców i trendów w postrzeganiu problemu samobójstw popełnianych wśród dzieci i młodzieży w wieku 13-19 lat.
2. Zebranie informacji o stanie wiedzy, obszarach braków w wiedzy i dostępie do wiedzy specjalistów takich jak lekarze rodzinni, pielęgniarze, psycholodzy, nauczyciele oraz studenci kierunków przygotowujących do tychże zawodów.
3. Określenie ewentualnych różnic w świadomości ww. tematu między badanymi grupami społecznymi.
4. Weryfikacja skuteczności istniejących, obecnie stosowanych metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród osób w wieku 13-19 lat.
5. Identyfikacja priorytetów działań prewencyjnych na poziomie edukacyjnym oraz społecznym.

Po wstępnym opracowaniu narzędzia zgodnie z wytycznymi projektu, ankieta została przekazana pozostałym zespołom badaczy oraz zewnętrznym respondentom do badań pilotażowych.

Ankieta – opis podstawowy:

1. Informacje demograficzne: osiem pytań dotyczących: płci, roku urodzenia, aktywności zawodowej, kierunku studiów / miejsca pracy, formy własności miejsca pracy, wielkości miejscowości z miejscem pracy, zamieszkiwanego województwa, stażu pracy w wyuczonym zawodzie.
2. Ilość pytań właściwych: szesnaście.
3. Forma pytań: zamknięte i otwarte z prośbą o komentarz oraz alternatywne umieszczone w tabelach.
4. Zastosowane skale odpowiedzi: pięciopunktowa skala Likerta.

Badanie pilotażowe – opis ogólny:

Badanie pilotażowe prowadzone było dwutorowo:

1. Wybrano pięciu ekspertów znających cel główny i cele szczegółowe całego projektu. Zadaniem tych respondentów było sprawdzenie kontekstu merytorycznego pod kątem spójności z celami projektu, jak również sprawdzenie warstwy rozumienia treści, warstwy lingwistycznej oraz kwestii utrzymania uwagi i motywacji do zakończenia ankiety.
2. Wybrano trzydzieści osób stanowiących grupę odzwierciedlającą grupy społeczne, do których kierowane jest badanie zasadnicze. Zadaniem tych respondentów było skupienie się na warstwie rozumienia treści, warstwie lingwistycznej, kwestii utrzymania uwagi i motywacji do zakończenia ankiety.

Badanie pilotażowe przeprowadzone zostało pod kątem:

1. Konstrukcji narzędzia badawczego
2. Jasności instrukcji
3. Efektywności i zrozumienia pytań ankietowych
4. Warstwy lingwistycznej: stylistyki i ortografii pytań i odpowiedzi
5. Struktury kwestionariusza w aspekcie efektu znużenia wśród respondentów
6. Struktury kwestionariusza w aspekcie efektu zniecierpliwienia respondentów
7. Określenia średniego czasu potrzebnego na wykonanie ankiety
8. Sprawdzenia łatwości dotarcia do platformy, na której umieszczono ankietę
9. Sprawdzenie możliwości użycia różnych nośników (komputer, laptop, telefon) do wykonania ankiety
10. Zasadności i niezbędności pytań w stosunku do celów projektu (ocena dokonana przed ekspertów w zespołów zaangażowanych w realizację projektu).

Badanie pilotażowe przeprowadzane było w następujący sposób:

1. Wszyscy uczestnicy badania pilotażowego otrzymali linki dostępu do narzędzia wraz z zaproszeniem do badania i instrukcją wypełniania ankiety. Uczestnicy badania mogli logować się z wybranego przez siebie urządzenia w dowolnie ustalonym przez siebie czasie. Po wykonaniu ankiety uczestnicy badania pilotażowego opisywali swoje uwagi i wnioski, określali trudności występujące przy badaniu oraz dokonywali oceny swoich subiektywnych wrażeń i odczuć na dwóch skalach:
 - a. skala znużenia,
 - b. skala zniecierpliwienia.

Dodatkowo zgodnie z przydziałem do odpowiedniej grupy (grupa ekspertów i grupa reprezentująca wszystkie ujęte w projekcie grupy społeczne) uczestnicy badania dzielili się w komentarzach swoimi uwagami zgodnie z zadaniami przydzielonymi obu grupom.

9.2. Uwagi z badań pilotażowych

1. Ogólne komentarze od respondentów:
 - ankieta łatwo dostępna po wejściu na przesłany link, możliwa do odtworzenia na różnych nośnikach
 - instrukcja łatwa do zrozumienia, a ankieta intuicyjna w wypełnianiu
 - wygląd i szablon ankiety wymaga ujednolicenia wielkości czcionki i zwiększenia kontrastu w kolorach
 - średnia ze zbadanej skali znużenia: 4 (skala 1-10, gdzie 1 to minimum, a 10 maksimum)
 - średnia ze zbadanej skali zniecierpliwienia: 2 (skala 1-10, gdzie 1 to minimum, a 10 maksimum)
 - czas wykonania ankiety: od 15 do 25 minut.
2. Zespół złożony z ekspertów zaangażowanych w projekcie w inne zadania:
 - określił zasadność i istotność pytań
 - odrzucił pytania niezasadne
 - zaproponował pytania dodatkowe i zmiany w pytaniach oraz odpowiedziach
 - określił błędy w sformułowanych pytaniach i odpowiedziach
 - dostrzegł tendencyjność kolejności ułożenia odpowiedzi w pytaniach (wszystkie odpowiedzi pozytywne i negatywne znajdowały się obok siebie sugerując tym samym właściwą odpowiedź respondentowi).

3. Zespół złożony z osób reprezentujących badane w projekcie grupy:
- odniósł się do stylistyki i ortografii oraz formy prezentacji pytań
 - zaproponował zmiany stylistyczne
 - podpowiedział brakujące formy odpowiedzi
 - zwrócił uwagę na pytania niejasne i wprowadzające chaos myślenia
 - zaproponował prostą stylistykę
 - zauważył wieloznaczne słowa i określenia wprowadzające trudność w odpowiadaniu na pytania (przykładem jest pytanie ze słowami MIT/FAKT)
 - zwrócił uwagę na występujący skrótowiec SPA i zaproponował jego rozszyfrowanie

Rozdział 10

Wywiady głębokie z lekarzami (scenariusz, przeprowadzenie oraz opracowanie wyników)

10.1. Scenariusz zogniskowanego wywiady grupowego (FGI) dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Informacja dla moderatora:

Przed przystąpieniem do FGI, zapoznaj się z instrukcją jego prowadzenia, przygotuj materiały oraz wydrukuj scenariusz. Pamiętaj, że ten materiał jest przeznaczony wyłącznie dla Ciebie jako podstawa do organizacji FGI oraz robienia ewentualnych notatek.

Metoda badawcza:

- zogniskowany wywiad grupowy (FGI)

Czas trwania FGI:

- około 70 min

Cele FGI:

- Zebranie danych na temat świadomości lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dotyczącej problematyki samobójstw wśród dorosłych pacjentów oraz młodzieży
- Ocena wiedzy i kompetencji lekarzy w zakresie rozpoznawania i postępowania w przypadku zachowań samobójczych
- Zebranie danych na temat strategii prewencji samobójstw w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Potrzebne materiały:

- Kartki papieru, materiały piśmiennicze (długopis, ołówek)

Metody pracy:

- Dyskusja

Imię i nazwisko prowadzącego/ej FGI: Monika Dominiak, Adam Gędek

Miejsce realizacji badań: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Liczba osób obecna podczas wywiadu (na podstawie listy obecności)

Kwestie wstępne:

1. Przygotuj się starannie do FGI, zapoznając się z instrukcją i scenariuszem. Zastanów się, jakie informacje są potrzebne w kontekście celu FGI.
2. Rozpocznij FGI od przedstawienia moderatora i celu spotkania.
3. Zapewnij uczestników o poufności i nagrywaniu głosu (audio).
4. Stwórz życzliwą atmosferę i zadbaj o komfort uczestników.

1. Wstęp (Czas: 5 minut)

- Powitanie i przedstawienie moderatora
- Przedstawienie celu i charakteru spotkania
- Informacja o nagrywaniu głosu i poufności
- Określenie zasad, prośba o szczere i spontaniczne odpowiedzi

2. Wprowadzenie do tematyki badania FGI (Czas: 5 minut)

- Krótki wstęp teoretyczny nakreślający rosnący problem samobójstw wśród młodzieży i młodych dorosłych

3. z uczestnikami (Czas: 60 minut)

a) Pytania wstępne

1. Jakie znaczenie ma rozpoznawanie symptomów związanych z myślami samobójczymi w praktyce lekarza rodzinnego?
2. Czy w swoim otoczeniu spotkali się Państwo z pacjentem, który miał myśli samobójcze?

b) Badania zasadnicze

1. Czy programy kształcenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dostarczają wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych?
 - Jeśli TAK, w jakim zakresie?
 - Jeśli NIE, co powinno być zmienione?
2. Jakie szkolenia lub kursy dotyczące prewencji samobójstw odbyli Państwo w ostatnich latach?
3. Jakie symptomy mogą wskazywać na ryzyko samobójstwa u pacjentów?
4. Jaką rolę lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może pełnić w wsparciu pacjentów z myślami samobójczymi?
5. Jakie działania mogą być podjęte w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, aby zapobiegać samobójstwom?

4. Zakończenie (Czas: 5 minut)

- Podsumowanie spotkania przez moderatora
- Podziękowanie za przybycie i pożegnanie uczestników FGI

Miejsce na notatki dla moderatora

10.2. Podsumowanie wywiadu zogniskowanego z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (przeprowadzonego w dniu 14.10.2024 r.)

10.2.1. Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w opiece nad pacjentem z myślami samobójczymi

Zadane przez moderatora pytania wstępne: „Jakie znaczenie ma rozpoznawanie symptomów związanych z myślami samobójczymi w praktyce lekarza rodzinnego? Czy w swoim otoczeniu spotkali się Państwo z pacjentem, który miał myśli samobójcze?” otworzyły dyskusję. Lekarze byli zgodni, że to oni są bardzo często pierwszym kontaktem ze służbą zdrowia dla osób z myślami i zamiarami samobójczymi.

Obrazują to przytoczone poniżej fragmenty wypowiedzi:

- „...to właśnie lekarze POZ jako pierwsi mają kontakt z (...) pacjentem w kryzysie psychicznym...”
- „...lekarze podstawowej opieki zdrowotnej są na pierwszej linii frontu...”

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zauważają zgodnie, że znajdują się “na pierwszej linii frontu”. W związku z tym odgrywają kluczową rolę w identyfikacji pacjentów, u których może wystąpić ryzyko samobójstwa. To oni są często pierwszymi, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami, znają ich często od dziecka i mogą zauważyć zmiany w ich stanie zdrowia, w tym stanie psychicznym. Dlatego ich kompetencje w zakresie oceny ryzyka samobójczego są niezwykle istotne. Podobnie jak w przypadku oceny ryzyka związanego z innymi poważnymi problemami zdrowotnymi, takimi jak choroby sercowo-naczyniowe, lekarze POZ zauważają, że powinni posiadać praktyczną umiejętność, aby identyfikować osoby wymagające pilnej interwencji psychiatrycznej. Zrozumienie objawów mogących świadczyć o ryzyku samobójstwa oraz umiejętność prowadzenia rozmów na ten temat są kluczowe dla zapobiegania tragediom.

10.2.2. Objawy i sygnały wskazujące na ryzyko samobójstwa

Dalsza dyskusja skierowała się od razu w stronę sygnałów, które według lekarzy mogą uznać za niepokojące w aspekcie zachowań samobójczych. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zgadzają się, że znaczne pogorszenie stanu psychicznego pacjenta jest jednym z najbardziej oczywistych sygnałów, który powinien skłonić lekarza do rozważenia ryzyka samobójstwa. Pacjenci mogą zgłaszać objawy smutku, lęku, przewlekłego stresu związanego z sytuacjami

życiowymi, co zawsze powinno prowadzić do bardziej wnikliwej oceny ich stanu zdrowia psychicznego. Jednak nie zawsze objawy te są oczywiste. Lekarze POZ powinni zwracać szczególną uwagę na bardziej subtelne sygnały, które mogą być mylnie interpretowane jako dolegliwości somatyczne.

Obrazują to przytoczone poniżej fragmenty wypowiedzi:

- „...przyszła do mnie młoda dziewczyna, to był jednorazowy kontakt. Pacjentka od razu zasygnalizowała, że obudziła się z myślami samobójczymi...”
- „...trzeba zachowywać czujność, jeśli chodzi o zaawansowane stany depresyjne.”
- „...wielu pacjentów zgłasza się z objawami fizycznymi (...) a to może maskować problemy psychiczne...”
- „...wielu pacjentów nie mówi o myślach samobójczych (...) zamiast tego skarży się na inne objawy somatyczne jak bezsenność, przewlekłe zmęczenie, ból...”
- „...bóle brzucha, bóle w klatce piersiowej, bóle w okolicy nadbrzusza, często te osoby doświadczają objawów stresu i lęku...”

Najczęściej tacy pacjenci mogą skarżyć się na bóle brzucha, bóle zamostkowe, chroniczne zmęczenie czy problemy z apetytem. Mogą być one związane z problemami psychicznymi, w tym z ryzykiem samobójczym. Lekarze zwracają uwagę, że nie należy lekceważyć tych objawów, szczególnie jeśli towarzyszy im ogólny spadek nastroju lub wycofanie się pacjenta z życia społecznego.

Jednym z praktycznych narzędzi, na które wskazują lekarze pracujący w POZ, a które może pomóc w identyfikacji pacjentów zagrożonych samobójstwem, jest umiejętność pogłębienia wywiadu, co może oznaczać dopytywanie pacjentów o objawy, które mogą świadczyć o problemach psychicznych. Jak przytoczono powyżej, często pacjenci nie zgłaszają wprost swoich problemów emocjonalnych, koncentrując się na fizycznych dolegliwościach. Lekarze wskazują na konieczność dopytania o stan emocjonalny w takim przypadku:

- „...czasami pacjenci sami sygnalizują takie myśli, ale nie zawsze, często trzeba wyciągnąć od nich te informacje...”
- „...przede wszystkim pacjentów z tego rodzaju wywiadem podpytywać kontrolnie o obecność objawów wskazujących na większe ryzyko samobójstwa...”
- „Po szczegółowym wywiadzie doszliśmy do tego (...)”
- „Często się boimy zadawać te pytania (...) bo spotykamy się z pewną kłopotliwą dla nas sytuacją, dlatego, że nie jesteśmy ekspertami”
- „Czasami warto zapytać: a jak się układa w życiu?”

Istotne jest, aby lekarze nie bali się i umieli dopytywać o to, jak pacjent czuje się psychicznie, czy doświadczył ostatnio stresu, smutku, lęków lub zmiany nastroju. Dzięki takiej rozmowie można odkryć problemy, które mogą wymagać interwencji specjalistycznej.

10.2.3. Sposoby pomocy pacjentowi zagrożonemu samobójstwem przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Moderator przekierował następnie rozmowę na możliwości pomocy i narzędzia jakimi dysponują lekarze w POZ w kontekście osoby z ryzykiem samobójstwa.

Lekarze zwracali uwagę, że wczesna interwencja w przypadkach zagrożenia samobójczego może zapobiec poważnym konsekwencjom. Lekarze POZ muszą działać szybko, podejmując odpowiednie kroki w momencie rozpoznania ryzyka. Istotne jest wdrożenie interwencji kryzysowej, która może obejmować zarówno wsparcie emocjonalne, jak i skierowanie pacjenta do specjalisty. Lekarze POZ pełnią kluczową rolę w inicjowaniu pierwszych działań pomocowych. Często to oni decydują o skierowaniu pacjenta do specjalisty psychiatrii czy do szpitala psychiatrycznego w sytuacjach krytycznych. Szybkie działanie i umiejętność rozpoznania, kiedy potrzebna jest pomoc specjalistyczna, mogą uratować życie.

Lekarze zauważają, że mając bezpośredni kontakt z pacjentami, mogą podejmować szereg działań, które pomogą pacjentowi w kryzysie psychicznym. Przede wszystkim powinni pogłębiać rozmowę z pacjentem, szczególnie gdy dostrzegają objawy pogorszenia stanu psychicznego. Ważne jest, aby zadawać pytania dotyczące samopoczucia psychicznego i nie unikać tematów związanych z myślami samobójczymi. Kolejnym krokiem jest wsparcie emocjonalne – rozmowa pełna empatii i zrozumienia może zdziałać wiele. Lekarz powinien zapewnić pacjenta, że nie jest osamotniony i że dostępna jest pomoc.

Nie wolno zwlekać z podjęciem decyzji o skierowaniu pacjenta do specjalisty. W przypadkach poważnego zagrożenia, lekarz POZ powinien poinformować pacjenta o miejscach, w których może otrzymać natychmiastową pomoc, takich jak izba przyjęć szpitala psychiatrycznego, punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny w Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), lub organizacja wizyty u psychiatry.

Fragmenty wypowiedzi lekarzy poniżej obrazują poruszany problem:

- „...samobójstwo to ten ostatni etap, (...) wyłapanie tego wcześniej byłoby istotne...”
- „...współpraca ze specjalistami, psychologami, psychiatrami to kluczowe...”
- „...powinieniem wtedy wezwać karetkę i pacjenta przekazać na oddział psychiatryczny...”

Lekarze podkreślali również, że bardzo ważna jest również edukacja pacjentów i ich rodzin na temat zdrowia psychicznego i pomoc w przełamywaniu stygmatyzacji związanej z chorobami psychicznymi, co może wpłynąć na gotowość do szukania pomocy. Niezbędny jest także kontakt z rodziną pacjenta – to oni często są w stanie dostarczyć istotnych informacji o zmianach w zachowaniu bliskiej osoby oraz wesprzeć pacjenta w trudnych momentach.

Obrazują to poniższe cytaty:

- „...edukacja rodzin (...), może plakaty w poczekalniach...”
- „...edukacja jest kluczowym elementem, żeby pokazać pacjentowi (...) szereg możliwości, o których pacjenci często mogą nie zdawać sobie sprawy, będąc już w takim momencie...”
- „...ważne jest abyśmy jako lekarze edukowali pacjentów ze zdrowia psychicznego...”

10.2.4. Jakie znaczenie mają szkolenia dla lekarzy POZ w temacie samobójstw?

Poruszenie tematu szkoleń w temacie samobójstw wywołało żywą dyskusję:

- „...w POZ możemy pracować bezpośrednio po studiach, coś takiego jak program kształcenia nie istnieje...”
- „...może należałoby wprowadzić (...) kurs, który mógłby dotyczyć tylko tego...”
- „...na jednej konferencji był taki warsztat do wyboru, (...) trwał 1,5h, (...) to nie było wystarczająco szczegółowe...”
- „...po skończeniu studiów ja nie uczestniczyłam w żadnym programie kształcenia i nie spotkałam się z nimi szczerze mówiąc...”
- „...przydałoby się więcej praktycznych szkoleń, (...) mamy teraz dużo możliwości...”
- „...naszą naukę psychiatrii w trakcie szkolenia specjalistycznego (...) porównując z innymi dziedzinami nauki, mamy (z nią) za mało do czynienia...”
- „...zauważam też, że podczas konferencji jest znaczny wzrost nacisku na psychiatrię (...), ale wciąż to nie jest stricte na ten temat samobójstw...”
- „...nie mam na pewno wystarczającej wiedzy i kompetencji w rozpoznawaniu zachowań samobójczych, (...) nie czuje się szczególnie pewnie w tym zakresie...”
- „...wymaga to praktyki, może warsztatów, (...) jeśli to zdarzy się tu i teraz to nie może poczekać (...), pierwsza taka sytuacja może się wiązać z szokiem...”

Rozmowy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej wskazują, że niezależnie od tego, czy są specjalistami w medycynie rodzinnej, pediatrami, internistami czy innymi specjalistami, potrzebują odpowiedniego szkolenia w zakresie oceny ryzyka samobójczego oraz postępowania z pacjentami zagrożonymi samobójstwem. Obecnie w ramach programu specjalizacyjnego w medycynie rodzinnej i pediatrii przewidziane jest kilkutygodniowe szkolenie z zakresu psychiatrii, co może być niewystarczające, aby w pełni wyposażać lekarzy w niezbędne umiejętności. Ponadto lekarze zauważają, że znaczna część profesjonalistów pracująca w podstawowej opiece zdrowotnej nie musi odbywać szkolenia specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej ani pediatrii (nie posiadają żadnej specjalizacji). Dlatego istotne jest stworzenie niezależnych kursów, które mogą stanowić wsparcie w tym konkretnym problemie i stanowić wsparcie lekarzom niebędącym profesjonalistami zdrowia psychicznego.

Lekarze zauważają, że choć obserwuje się wzrost zainteresowania tematyką psychiatrii wśród lekarzy, coraz chętniej porusza się tematy związane z depresją czy bezsennością, to temat samobójstw wciąż nie jest dostatecznie uwzględniany w programach szkoleniowych. Dobrym rozwiązaniem byłyby dodatkowe szkolenia poświęcone ocenie ryzyka samobójczego, a także warsztaty i symulacje w centrach szkoleniowych, które pozwolą lekarzom lepiej zrozumieć, jak reagować w sytuacjach kryzysowych.

Ważną umiejętnością w podstawowej opiece zdrowotnej, na którą zwracają uwagę lekarze, jest ocena ryzyka samobójczego. Wymaga to umiejętności prowadzenia rozmów z pacjentem na temat jego samopoczucia psychicznego, zadawania pytań dotyczących myśli samobójczych, a także analizy objawów somatycznych mogących sugerować problemy

psychiczne. Lekarze muszą być przygotowani na to, że nie każdy pacjent otwarcie mówi o swoich problemach – niekiedy dopiero odpowiednie, subtelne pytania mogą ujawnić ukrywane myśli samobójcze. Nierzadko pacjent sygnalizuje zamiary samobójcze nie wprost, między tzw. wierszami. Wymaga to również odpowiedniej wiedzy i czujności, aby to wychwycić. Ocena ta nie może być bagatelizowana, gdyż od trafnej diagnozy zależy życie pacjenta.

10.2.5. Podsumowanie

Podsumowując, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Są świadomi, że pacjenci zagrożeni samobójstwem regularnie pojawiają się w ich gabinetach.
2. Rozumieją swoją kluczową, pierwszoplanową rolę w zapobieganiu samobójstwom.
3. Zauważają, że problemy psychiczne stają się coraz bardziej powszechne, w tym wśród młodzieży, jednak większość z lekarzy nie ma dostępu do szkoleń ani kursów dedykowanych ocenie i postępowaniu w przypadku ryzyka samobójczego.
4. Programy specjalizacyjne oraz standardowe szkolenia zawodowe wciąż nie uwzględniają w wystarczającym stopniu tej tematyki.
5. Nie czują się wyposażeni w odpowiednie narzędzia, które pomogłyby im realizować do zadanie.
6. Podkreślają potrzebę pozyskania przede wszystkim praktycznych umiejętności i konkretnych wytycznych postępowania w sytuacji zagrożenia samobójstwem.
7. Uważają, że poprzez odpowiednie kursy i naukę wczesnego wykrywania symptomów oraz postępowania w sytuacjach zagrożenia mogą realnie wpłynąć na zmniejszenie liczby tragedii związanych z samobójstwami.

W związku z powyższym, istnieje pilna potrzeba stworzenia odpowiednich narzędzi edukacyjnych, warsztatów, systemów wsparcia oraz wytycznych postępowania, które umożliwią lekarzom POZ skuteczniejszą opiekę nad pacjentami z ryzykiem samobójstwa. Takie działania nie tylko poprawią komfort pracy lekarzy, ale przede wszystkim zwiększą szanse na uratowanie życia pacjentów.

Rozdział 11

Modyfikacja techniczna i treściowa narzędzia, kalibracja skal, korekta procedur – konsultacje zespołu w celu powstania wersji finalnej narzędzia + metodologii pomiaru

W celu stworzenia wersji finalnej narzędzia dokonano:

1. Modyfikacji technicznej,
2. Modyfikacji treściowej,
3. Kalibracji skal,
4. Korekty procedur.

11.1. Modyfikacja techniczna

Badania pilotażowe wskazały na konieczność poprawy:

- a) Systemu nawigacyjnego narzędzia (pytań przejściowych, skipów) w celu precyzyjnego dostosowania filtrów do grup docelowych w próbie,
- b) Dywersyfikacji zamieszczanych pytań w strukturze narzędzia z możliwością zintegrowania różnych skal;
- c) Opracowania języka syntax do otrzymania danych w formatach gotowych macierzy statystycznych,
- d) Zmianę zestawu szablonu wzornika kwestionariusza,
- e) Test pracy aplikacji LimeSurvey na serwerze SGMK.

11.2. Modyfikacja treściowa

W finalnej ankiecie dokonano modyfikacji treściowej:

- a) Do ankiety zostały dołożone dodatkowe pytania dotyczące:
 - Oceny efektywności obecnie stosowanych metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży
 - Propozycji metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży

- Oceny istnienia wpływu pomiędzy licznymi czynnikami społecznymi a zjawiskiem samobójstw wśród młodzieży
 - Oceny siły relacji między samobójstwami młodzieży a problemami społecznymi.
- b) Została ujednolicona terminologia związana z dziećmi i młodzieżą.
- c) Dodano odpowiedzi w pytaniach:
- Kierunek studiów/miejsce pracy
 - Forma własności miejsca pracy
 - Wielkość miejscowości, w której znajduje się praca.
- d) Rozdzielono pytania na dwie sytuacje: nastolatka z myślami samobójczymi oraz nastolatka po doświadczeniu próby samobójczej.
- e) Przeformułowane pytania i odpowiedzi, które wносиły chaos myśli i powodowały problem z odpowiedziami.
- f) Przetasowano odpowiedzi tendencyjne.

Ostatecznie w ankiecie poza pytaniami demograficznymi ustalono dwadzieścia dwa pytania z formą otwartą, zamkniętą i alternatywną.

11.3. Kalibracja skal

Przeprowadzono analizę trafności i rzetelności skal, która pozwala na badanie właściwości skal pomiarowych oraz tworzących je pozycji. Procedura analizy rzetelności umożliwia obliczenie liczby zwykle używanych miar skali rzetelności oraz dostarcza informacji na temat związków między pojedynczymi pozycjami na skali. Wykorzystano następujące modele rzetelności:

- a) Alfa (Cronbacha) – jest to model wewnętrznej spójności, oparty na średniej korelacji między pozycjami.
- b) Guttmana – model oblicza dolne granice Guttmana dla prawdziwej rzetelności.

11.4. Korekta procedur

W finalnej ankiecie:

- Procedura zaproszenia do udziału w badaniu poszerzona została o pismo zapraszające do wzięcia udziału w ankiecie od Rektora SGMK.
- Procedura dostępu do ankiety została poszerzona o kod QR, dzięki któremu ułatwiono wypełnianie ankiet i rozszerzono dostępność do badania poprzez telefony komórkowe.
- Procedura wstępu do badania została poszerzona o informację, że wszystkie odpowiedzi respondentów będą traktowane z pełną poufnością i będą wykorzystywane wyłącznie do celów badawczych.

Wydłużenie ankiety o dodatkowe pytania z formą otwartą, zamkniętą i alternatywną wpłynęło na czas wykonywania jej przez respondentów.

Rozdział 12

Zogniskowany wywiad grupowy – studenci pielęgniarstwa FGI + opracowanie scenariusza i moderacja (FGI 2-3)

Scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI)

12.1. Informacja dla moderatora

Przed przystąpieniem do FGI, zapoznaj się z instrukcją jego prowadzenia, przygotuj materiały dydaktyczne oraz wydrukuj scenariusz. Pamiętaj, że niniejszy scenariusz jest materiałem przeznaczonym wyłącznie dla Ciebie. Służy jako podstawa do organizacji FGI oraz robienia ewentualnych notatek z wywiadu pogłębionego.

Metoda badawcza: zogniskowany wywiad grupowy (FGI)

Czas trwania FGI: około 70 min

Cele FGI:

- Zebranie danych na temat świadomości społecznej (studentów pielęgniarstwa) dotyczącej problematyki samobójstw wśród młodzieży w celu opracowania i wdrożenia kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.
- Zebranie informacji na temat wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat samobójstw wśród młodzieży skupiając się na ich roli w opiece nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi
- Uzyskanie głębokich i precyzyjnych danych, które posłużą do opracowania skutecznych strategii prewencji samobójstw ukierunkowane na konkretne środowiska zawodowe i edukacyjne (studenci pielęgniarstwa)

Potrzebne materiały: kartki papieru, materiały piśmiennicze (długopis, ołówek), flipchart, pisaki, wizytówki

Metody pracy: dyskusja grupowa, burza mózgów, praca w zespołach

Imię i nazwisko prowadzącego/ej FGI, czyli moderatora:	
Miejsce realizacji badań:	
Liczba osób obecna podczas wywiadu (na podstawie listy obecności):	

**całość tabeli wypełnia moderator*

12.2. Kwestie wstępne

1. Przed przystąpieniem do FGI sugeruje się staranne przygotowanie do niego. Zaleca się, aby moderator uważnie i kilkakrotnie przeczytał instrukcję oraz scenariusz FGI. Prowadzący wywiad powinien zastanowić się, jakiego typu informacje są potrzebne z punktu widzenia celu FGI. Warto też, aby przemyślał, w jaki sposób prowadzić wywiad i zadawać pytania pogłębione w jego trakcie, żeby uzyskać wyłącznie takie informacje, które są istotne z punktu widzenia celu badań.

FGI warto rozpocząć od przedstawienia moderatora i celu spotkania. Ponadto w trakcie jego trwania warto korzystać z zakupionych i przygotowanych materiałów dydaktycznych. Najważniejsze odpowiedzi uczestników FGI można też zapisywać w specjalnie przeznaczonym do tego celu miejscu w narzędziu badawczym znajdującym się na jego końcu. **Miejsce na notatki dla moderatora**

2. W trakcie prowadzenia FGI moderator powinien zapewnić rozmówcom odpowiednią, życzliwą atmosferę. Warto, aby FGI przebiegał jak swobodna dyskusja, moderowana przez moderatora, a nie „sztywne” odpytywanie rozmówców. Sugestie zawarte w scenariuszu warto więc traktować raczej jako podpowiedzi, jakich informacji trzeba poszukiwać i jak można je zdobywać.
3. Podczas FGI warto robić zdjęcia wszystkich wypracowanych przez jego uczestników materiałów.
4. **Słuchaj** – Twoim celem jako moderatora grupy fokusowej jest zbieranie informacji. Najlepsze co możesz zrobić to słuchanie tego co mówią inni – i pokazać im, że słuchasz. Nie zawsze jest to łatwe, ponieważ w trakcie grupy fokusowej ludzie będą mówić rzeczy, z którymi się nie zgadzamy.
5. **Nie oceniaj** – Twoją rolą jako moderatora NIE JEST ocenianie tego, co mówią uczestnicy. Twoją rolą jest przyjęcie każdej opinii z równą uwagą i bezstronnością. Podstawowym zadaniem moderatora jest wprowadzenie w grupie takiej atmosfery, w której można powiedzieć wszystko.
6. **Nie bądź defensywny** – Uczestnicy muszą wiedzieć, że nie ma dobrych i złych wypowiedzi – wszystkie są mile widziane.

7. **Pamiętaj, że dobra atmosfera spotkania to Twoja odpowiedzialność** – Twoim celem jako moderatora jest doprowadzenie do sytuacji, w której grupa nie znających się ludzi po kilkunastu minutach zacznie swobodnie rozmawiać i wypowiadać swoje opinie czy zadanie na dany temat. Twoją odpowiedzialnością jest stworzenie atmosfery, w której będzie to możliwe.
8. **Nagradzaj to, co kolokwialne, śmieszne, śmiałe.** W momencie, kiedy ktoś powie „brzydkie słowo”, głupi dowcip albo odważną tezę Twoja reakcja na to definiuje przyszły przebieg spotkania. Ważne jest, żebyś w takich chwilach poprzez pokazanie aprobaty (dotyczącej formy, a nie treści) pokazał uczestnikom, że „wszystko wolno”. Możesz także sam próbować „modelować” takie zachowania.
9. **Pamiętaj o sprawach organizacyjnych** – Organizacyjne warunki udanej grupy fokusowej to niewielki pokój, w którym możliwe jest ustawienie krzeseł w kręgu (za stołem lub bez). Ważne jest, żeby każdy uczestnik miał wygodne miejsce i możliwość napicia się wody, kawy czy herbaty.

12.3. Badanie

1. Wprowadzenie

Czas: 10 minut

W ramach tego bloku następuje:

- Powitanie, przedstawienie się prowadzącego (moderatora)
- Przedstawienie celu i charakteru spotkania
- Informacja o nagrywaniu głosu (audio) i poufności
- Określenie zasad
- Prośba o szczere i spontaniczne odpowiedzi
- Krótka prezentacja uczestników

Informacje dodatkowe:

Ten etap badania służy wytworzeniu przyjaznej, swobodnej atmosfery, dąży do rozluźnienia atmosfery, obniżenia lęku i wzbudzenia zaufania, poczucia bezpieczeństwa uczestników.

Witam was bardzo serdecznie, dziękuję, że przyjechaliście na to spotkanie. Nazywam się, jestem pracownikiem SGMK.

Celem naszego badania jest:

- Zebranie danych na temat świadomości społecznej dotyczącej problematyki samobójstw wśród młodzieży w celu opracowania i wdrożenia kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.

- Uzyskanie głębokich i precyzyjnych danych, które posłużą do opracowania skutecznych strategii prewencji samobójstw ukierunkowanych na konkretne środowiska zawodowe i edukacyjne (studenci pielęgniarstwa)

Przewidziany czas naszego spotkania to około 70 min. W trakcie spotkania liczy się każda Wasza opinia i uwaga, dlatego proszę Was o szczerą i otwartą, a także uszanowanie prawa innych do głosu, umożliwienie każdemu swobodnej wypowiedzi. Nie obowiązuje tu zasada jednomyślności, każdy może mieć swoje zdanie. W razie wątpliwości proszę Was o zadawanie pytań zarówno mnie, jak i pozostałym uczestnikom.

Cały przebieg spotkania zostanie zarejestrowany w formie audio, żeby nic nie umknęło, ponieważ wszystkie Wasze wypowiedzi mają ogromne znaczenie dla realizacji projektu i badania.

Zanim przejdziemy do następnej części spotkania, poproszę Was jeszcze o krótkie przedstawienie się innym uczestnikom oraz wpisanie swoich imion na wizytówkach, które leżą przed Wami.

2. Wprowadzenie do tematyki badania FGI

Czas: 5 minut

- Krótki wstęp teoretyczny dotyczący tematyki badania

3. Rozgrzewka

Czas: 10 minut

W tej części pytania wstępne, otwierające – pytania łatwe, o fakty, **nie opinie**, pytania luźno powiązane z celem badania dające możliwość wypowiedzenia się każdej osobie – przełamanie oporów.

Forma: dyskusja grupowa

Pytania:

- Jak Państwo myślicie którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo?
- Czy miał/a Pan/Pani w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej?

Odpowiedzi respondentów zostaną zebrane przez moderatora w celu dalszej analizy.

4. Część zasadnicza

Czas: 40 minut

Pytania:

- 1) Czy w Państwa opinii program studiów dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży?

Jeżeli odpowiedź jest TAK to w jakim zakresie.

Jeżeli NIE to krótka opinia czy powinien i jeżeli TAK to w jakim zakresie.

Forma: dyskusja grupowa

Odpowiedzi respondentów zostaną zebrane przez moderatora w celu dalszej analizy.

- 2) Czy poza studiami brali Państwo udział w dodatkowych kursach/szkoleniach/cyklów wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży?

Jeżeli odpowiedź jest TAK to w jakim zakresie

Forma: dyskusja grupowa

Odpowiedzi respondentów zostaną zebrane przez moderatora w celu dalszej analizy.

- 3) Jakie symptomy poprzedzają podjęcie próby samobójczej wśród młodzieży?

Grupa w formie dyskusji i burzy mózgów wypracuje czynniki, które zostaną zapisane na flipcharcie. Wypracowany materiał przez grupę zostanie poddany analizie po badaniu

- 4) Jaką rolę Pielęgniarka /Pielęgniarz może pełnić w opiece nad pacjentami zaburzeniami psychicznymi?

Forma: dyskusja grupowa, burza mózgów.

Materiały: flipchart, pisaki

Grupa w formie dyskusji i burzy mózgów wypracuje czynniki, które zostaną zapisane na flipcharcie. Wypracowany materiał przez grupę zostanie poddany analizie po badaniu

- 5) Jak Pielęgniarka/Pielęgniarz może przyczynić się do prewencji samobójstw?

Forma: praca w grupach, dyskusja grupowa, burza mózgów.

Materiały: kartki papieru, materiały piśmiennicze (długopis, ołówek)

Grupa zostanie podzielona na zespoły 2-3 osobowe. Każdy zespół wypracuje swoje propozycje i na forum grupy je przedstawi. W trakcie prezentacji sugeruje się, aby moderator dopytywał grupę w celu pogłębienia tematu. Wypracowany materiał przez grupy zostanie przekazany moderatorowi jako materiał do analizy.

5. Zakończenie

Czas: 5 minut

- Podsumowanie spotkania przez moderatora,
- Podziękowanie za przybycie, pożegnanie uczestników FGI.

Miejsce na notatki dla moderatora

Rozdział 13

Pogłębione wywiady z grupą nauczycieli (FGI) opracowanie scenariusza oraz przeprowadzenie wywiadu

13.1. Scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI)

Informacja dla moderatora

Przed przystąpieniem do FGI, zapoznaj się z instrukcją jego prowadzenia, przygotuj materiały dydaktyczne oraz wydrukuj scenariusz. Pamiętaj, że niniejszy scenariusz jest materiałem przeznaczonym wyłącznie dla Ciebie. Służy jako podstawa do organizacji FGI oraz robienia ewentualnych notatek z wywiadu pogłębionego.

Metoda badawcza: zogniskowany wywiad grupowy (FGI)

Czas trwania FGI: około 70 min

Cele FGI:

- Zebranie danych na temat świadomości społecznej (nauczycieli Szkół Podstawowych i Ponadpodstawowych) dotyczącej problematyki samobójstw wśród młodzieży w celu opracowania i wdrożenia kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.
- Zebranie informacji na temat wiedzy nauczycieli Szkół podstawowych i Ponadpodstawowych na temat samobójstw wśród młodzieży skupiając się na ich roli w zakresie działań edukacyjnych i wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dla uczniów.
- Uzyskanie głębokich i precyzyjnych danych, które posłużą do opracowania skutecznych strategii prewencji samobójstw ukierunkowane na konkretne środowiska zawodowe i edukacyjne (nauczyciele Szkół Podstawowych i Ponadpodstawowych).

Potrzebne materiały: kartki papieru, materiały piśmiennicze (długopis, ołówek), flipchart, pisaki, wizytówki.

Metody pracy: dyskusja grupowa, burza mózgów, praca w zespołach.

Imię i nazwisko prowadzącego/ej FGI, czyli moderatora:	
Miejsce realizacji badań:	
Liczba osób obecna podczas wywiadu (na podstawie listy obecności):	

**całość tabeli wypełnia moderator*

Kwestie wstępne:

1. Przed przystąpieniem do FGI sugeruje się staranne przygotowanie do niego. Zaleca się, aby moderator uważnie i kilkakrotnie przeczytał instrukcję oraz scenariusz FGI. Prowadzący wywiad powinien zastanowić się, jakiego typu informacje są potrzebne z punktu widzenia celu FGI. Warto też, aby przemyślał, w jaki sposób prowadzić wywiad i zadawać pytania pogłębione w jego trakcie, żeby uzyskać wyłącznie takie informacje, które są istotne z punktu widzenia celu badań.

FGI warto rozpocząć od przedstawienia moderatora i celu spotkania. Ponadto w trakcie jego trwania warto korzystać z zakupionych i przygotowanych materiałów dydaktycznych. Najważniejsze odpowiedzi uczestników FGI można też zapisywać w specjalnie przeznaczonym do tego celu miejscu w narzędziu badawczym znajdującym się na jego końcu. **Miejsce na notatki dla moderatora**

2. W trakcie prowadzenia FGI moderator powinien zapewnić rozmówcom odpowiednią, życzliwą atmosferę. Warto, aby FGI przebiegał jak swobodna dyskusja, moderowana przez moderatora, a nie „sztywne” odpytywanie rozmówców. Sugestie zawarte w scenariuszu warto więc traktować raczej jako podpowiedzi, jakich informacji trzeba poszukiwać i jak można je zdobywać.
3. Podczas FGI warto robić zdjęcia wszystkich wypracowanych przez jego uczestników materiałów.
4. **Słuchaj** – Twoim celem jako moderatora grupy fokusowej jest zbieranie informacji. Najlepsze co możesz zrobić to słuchanie tego co mówią inni – i pokazać im, że słuchasz. Nie zawsze jest to łatwe, ponieważ w trakcie grupy fokusowej ludzie będą mówić rzeczy, z którymi się nie zgadzamy.
5. **Nie oceniaj** – Twoją rolą jako moderatora NIE JEST ocenianie tego, co mówią uczestnicy. Twoją rolą jest przyjęcie każdej opinii z równą uwagą i bezstronnością. Podstawowym zadaniem moderatora jest wprowadzenie w grupie takiej atmosfery, w której można powiedzieć wszystko.
6. **Nie bądź defensywny** – Uczestnicy muszą wiedzieć, że nie ma dobrych i złych wypowiedzi – wszystkie są mile widziane.

7. **Pamiętaj, że dobra atmosfera spotkania to Twoja odpowiedzialność** – Twoim celem jako moderatora jest doprowadzenie do sytuacji, w której grupa nie znających się ludzi po kilkunastu minutach zacznie swobodnie rozmawiać i wypowiadać swoje opinie czy zadanie na dany temat. Twoją odpowiedzialnością jest stworzenie atmosfery, w której będzie to możliwe.
8. **Nagradzaj to, co kolokwialne, śmieszne, śmiałe.** W momencie, kiedy ktoś powie „brzydkie słowo”, głupi dowcip albo odważną tezę Twoja reakcja na to definiuje przyszły przebieg spotkania. Ważne jest, żebyś w takich chwilach poprzez pokazanie aprobaty (dotyczącej formy, a nie treści) pokazał uczestnikom, że „wszystko wolno”. Możesz także sam próbować „modelować” takie zachowania.
9. **Pamiętaj o sprawach organizacyjnych** – Organizacyjne warunki udanej grupy fokusowej to niewielki pokój, w którym możliwe jest ustawienie krzeseł w kręgu (za stołem lub bez). Ważne jest, żeby każdy uczestnik miał wygodne miejsce i możliwość napicia się wody, kawy czy herbaty.

1. Wprowadzenie

Czas: 10 minut

W ramach tego bloku następuje:

- Powitanie, przedstawienie się prowadzącego (moderatora)
- Przedstawienie celu i charakteru spotkania
- Informacja o nagrywaniu głosu (audio) i poufności
- Określenie zasad
- Prośba o szczere i spontaniczne odpowiedzi
- Krótka prezentacja uczestników

Informacje dodatkowe:

Ten etap badania służy wytworzeniu przyjaznej, swobodnej atmosfery, dąży do rozluźnienia atmosfery, obniżenia lęku i wzbudzenia zaufania, poczucia bezpieczeństwa uczestników.

Witam was bardzo serdecznie, dziękuję, że przyjechaliście na to spotkanie. Nazywam się, jestem pracownikiem SGMK.

Celem naszego badania jest:

- Zebranie danych na temat świadomości społecznej dotyczącej problematyki samobójstw wśród młodzieży w celu opracowania i wdrożenia kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.
- Uzyskanie głębokich i precyzyjnych danych, które posłużą do opracowania skutecznych strategii prewencji samobójstw ukierunkowanych na konkretne środowiska zawodowe i edukacyjne (nauczyciele Szkół Podstawowych i Ponadpodstawowych)

Przewidziany czas naszego spotkania to około 70 min. W trakcie spotkania liczy się każda Wasza opinia i uwaga, dlatego proszę Was o szczerą i otwartą, a także uszanowanie praw innych do głosu, umożliwienie każdemu swobodnej wypowiedzi. Nie obowiązuje tu zasada jednomyślności, każdy może mieć swoje zdanie. W razie wątpliwości proszę Was o zadawanie pytań zarówno mnie, jak i pozostałym uczestnikom.

Cały przebieg spotkania zostanie zarejestrowany w formie audio, żeby nic nie umknęło, ponieważ wszystkie Wasze wypowiedzi mają ogromne znaczenie dla realizacji projektu i badania.

Zanim przejdziemy do następnej części spotkania, poproszę Was jeszcze o krótkie przedstawienie się innym uczestnikom oraz wpisanie swoich imion na wizytówkach, które leżą przed Wami.

Wprowadzenie do tematyki badania FGI

Czas: 5 minut

- Krótki wstęp teoretyczny dotyczący tematyki badania

2. Rozgrzewka

Czas: 10 minut

W tej części pytania wstępne, otwierające – pytania łatwe, o fakty, **nie opinie**, pytania luźno powiązane z celem badania dające możliwość wypowiedzenia się każdej osobie – przełamanie oporów.

Forma: dyskusja grupowa

Pytania:

- Jak Państwo myślicie którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo?
- Czy miał/a Pan/Pani w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej?

Odpowiedzi respondentów zostaną zebrane przez moderatora w celu dalszej analizy.

3. Część zasadnicza

Czas: 40 minut

Pytania:

1. Czy w Państwa opinii program studiów pedagogicznych dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży?

Jeżeli odpowiedź jest TAK to w jakim zakresie.

Jeżeli NIE to krótka opinia czy powinien i jeżeli TAK to w jakim zakresie

Forma: dyskusja grupowa

Odpowiedzi respondentów zostaną zebrane przez moderatora w celu dalszej analizy.

2. Czy poza studiami brali Państwo udział w dodatkowych kursach/szkoleniach/cyklów wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży?

Jeżeli odpowiedź jest TAK to w jakim zakresie

Forma: dyskusja grupowa

Odpowiedzi respondentów zostaną zebrane przez moderatora w celu dalszej analizy.

3. Jakie symptomy poprzedzają podjęcie próby samobójczej wśród młodzieży?

Grupa w formie dyskusji i burzy mózgów wypracuje czynniki, które zostaną zapisane na flipcharcie. Wypracowany materiał przez grupę zostanie poddany analizie po badaniu

4. Jaką rolę Nauczyciel/Nauczycielka może pełnić we wsparciu psychologiczno-pedagogicznych u uczniów (w tym uczniów z zaburzeniami emocjonalno-społecznymi) w kontekście szkolnych działań edukacyjnych i opiekuńczo-wychowawczych?

Forma: dyskusja grupowa, burza mózgów.

Materiały: flipchart, pisaki

Grupa w formie dyskusji i burzy mózgów wypracuje czynniki, które zostaną zapisane na flipcharcie. Wypracowany materiał przez grupę zostanie poddany analizie po badaniu

5. Jak Nauczyciel/Nauczycielka może przyczynić się do prewencji samobójstw?

Forma: praca w grupach, dyskusja grupowa, burza mózgów.

Materiały: kartki papieru, materiały piśmiennicze (długopis, ołówek)

Grupa zostanie podzielona na zespoły 2-3 osobowe. Każdy zespół wypracuje swoje propozycje i na forum grupy je przedstawi. W trakcie prezentacji sugeruje się, aby moderator dopytywał grupę w celu pogłębienia tematu. Wypracowany materiał przez grupy zostanie przekazany moderatorowi jako materiał do analizy.

4. Zakończenie

Czas: 5 minut

- Podsumowanie spotkania przez moderatora,
- Podziękowanie za przybycie, pożegnanie uczestników FGI.

Miejsce na notatki dla moderatora

13.2. Raport ze zogniskowanych wywiadów grupowych

13.2.1. Wprowadzenie

Raport stanowi uzupełnienie procesu badawczego prowadzonego w ramach projektu „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna” dokonywanego poprzez anonimowe ankiety na grupie nauczycieli szkół podstawowych i ponadpodstawowych, lekarzy, psychologów, pedagogów oraz studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa, pedagogiki i psychologii na terenie całej Polski.

Proces badawczy dotyczy zdiagnozowania poziomu świadomości społecznej różnych grup społecznych dotyczącej problematyki samobójstw wśród młodzieży w wieku 13-18 lat w celu opracowania i wdrożenia kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.

Poniższy raport prezentuje wyniki badań przeprowadzonych wśród nauczycieli z wykorzystaniem zogniskowanych wywiadów grupowych – fokusów (FGI). Raport prezentuje najważniejsze wnioski jakie przyniosły zogniskowane wywiady grupowe zrealizowane w dwóch grupach nauczycieli szkół podstawowych i ponadpodstawowych w Warszawie i w Szczecinie.

Raport przyczyni się do powstania rekomendacji do programu edukacyjnego dla grup nauczycieli szkół podstawowych i ponadpodstawowych.

13.2.2. Założenia metodologiczne

Cele:

W badaniu wyróżniono główne cele:

- Zebranie danych na temat świadomości społecznej (nauczycieli Szkół Podstawowych i Ponadpodstawowych) dotyczącej problematyki samobójstw wśród młodzieży w celu opracowania i wdrożenia kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.
- Zebranie informacji na temat wiedzy nauczycieli Szkół podstawowych i Ponadpodstawowych na temat samobójstw wśród młodzieży skupiając się na ich roli w zakresie działań edukacyjnych i wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dla uczniów
- Uzyskanie głębokich i precyzyjnych danych, które posłużą do opracowania skutecznych strategii prewencji samobójstw ukierunkowane na konkretne środowiska zawodowe i edukacyjne (nauczyciele Szkół Podstawowych i Ponadpodstawowych).

Technika:

Do badania wybrano technikę badawczą jakościową, jaką jest zogniskowany wywiad grupowy. Zebrane dane dzięki tej technice pozwalają na bardziej wnikliwą analizę, niż ma to miejsce

tylko w wypadku metod ilościowych. Badania fokusowe pozwoliły na zebranie zróżnicowanych odpowiedzi. Przeprowadzone wywiady grupowe były nagrywane, dzięki czemu stanowią obszerny materiał do analizy.

Dobór próby:

W badaniu przeprowadzone zostały dwa wywiady grupowe. Każda grupa liczyła 10 osób. Respondentami byli nauczyciele i nauczycielki szkół podstawowych i ponadpodstawowych z dwóch miast: Warszawy i Szczecina.

Przeprowadzenie wywiadów:

Przed przeprowadzeniem wywiadów przygotowany został scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI). Stanowi on załącznik do raportu.

Do przeprowadzenia wywiadów zostały wybrane i przygotowane merytorycznie osoby – Moderatorzy. Moderatorzy mieli za zadanie skłonić respondentów do szczerych i wyczerpujących wypowiedzi. Przebieg wywiadu był nadzorowany przez dodatkowe osoby z grupy zajmującej się całym procesem badawczym w projekcie. Wywiady zostały zarejestrowane w formie audio. Dodatkowo podczas wywiadów zostały wypracowane materiały, które łącznie z nagraniem służyły opracowaniu raportu.

Pytania zadane respondentom:

Podczas wywiadu najpierw zadano respondentom pytania wstępne, indywidualne dotyczące wiedzy i doświadczenia:

1. Jak Państwo myślicie którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo?
2. Czy miał/a Pan/Pani w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej?

Następnie moderatorzy przeszli do części zasadniczej zadając pytania o przekonania, opinie i pomysły płynące oddolnie, bezpośrednio od środowiska pracującego z małoletnimi:

1. Czy w Państwa opinii program studiów pedagogicznych dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży?
2. Czy poza studiami brali Państwo udział w dodatkowych kursach/szkoleniach/cyklów wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży?
3. Jakie symptomy poprzedzają podjęcie próby samobójczej wśród młodzieży?
4. Jaką rolę Nauczyciel/Nauczycielka może pełnić we wsparciu psychologiczno-pedagogicznych u uczniów (w tym uczniów z zaburzeniami emocjonalno-społecznymi) w kontekście szkolnych działań edukacyjnych i opiekuńczo-wychowawczych?
5. Jak Nauczyciel/Nauczycielka może przyczynić się do prewencji samobójstw?

Odpowiedzi respondentów:

- a. Na pytanie dotyczące wiedzy, „Którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo?”, respondenci odpowiadali bardzo różnorodnie. Odpowiedzi wahały się na skali od miejsca 2 do 9. Zaledwie 10 procent respondentów udzieliło prawidłowej odpowiedzi (3 przyczyna). Aż 30 procent respondentów odpowiedziało, że samobójstwo jest drugą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat. 60 procent badanych wskazywało na 5,7,8 i 9 przyczynę.
- b. Na pytanie „Czy miał/a Pan/Pani w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej?” pięć na dwadzieścia osób odpowiedziało twierdząco.
- c. Na pytanie „Czy w Państwa opinii program studiów pedagogicznych dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży?” wszyscy respondenci odpowiedzieli jednogłośnie, że nie dostarcza.

Wśród odpowiedzi były m.in. takie:

- „Wg mnie dostarcza elementarnej wiedzy, jednak jest ona zbyt wąska. (...) powinien być położony nacisk na profilaktykę, umiejętność rozpoznawania sygnałów wysyłanych przez młodych ludzi...”
 - „Wg mnie studia pedagogiczne powinny w szerszym zakresie dostarczać wiedzy na temat suicydologii”.
 - „Brak informacji, jak udzielać wsparcia w momencie próby samobójczej”.
 - „Temat jest na zajęciach na pedagogice pomijany”.
 - „Taka wiedza na studiach pedagogicznych powinna być przekazywana przez profesjonalistów: terapeutów, psychiatrów”.
 - „Należałoby wprowadzić warsztaty, które uczyły by jak rozmawiać z osobą z podejrzeniem myśli samobójczych”.
 - „Powinny być zajęcia z tego, jak rozmawiać z uczniami, które chcą zrobić sobie krzywdę.”
- d. Na pytanie: „Czy poza studiami brali Państwo udział w dodatkowych kursach/szkoleniach/cyklów wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży?”, zdecydowana większość (85%) odpowiedziała „Nie”.
 - e. Na pytanie: „Jakie symptomy poprzedzają podjęcie próby samobójczej wśród młodzieży?”, nauczyciele/nauczycielki wymienili szereg symptomów, m.in.: autoagresja (np. samookaleczenia), wycofanie z relacji, brak celowości życia, niechęć do szkoły, zaburzenia łaknienia, znikanie z mediów społecznościowych, sygnalizowanie koleżance/koledze, zmiana ubioru, smutek, obniżony nastrój, alienacja, oglądanie w sieci filmów typu „Sala Samobójców”.
 - f. Na pytanie: „Jaką rolę Nauczyciel/Nauczycielka może pełnić we wsparciu psychologiczno-pedagogicznych u uczniów (w tym uczniów z zaburzeniami

emocjonalno-społecznymi) w kontekście szkolnych działań edukacyjnych i opiekuńczo-wychowawczych?”, nauczyciele/nauczycielki wymielili szereg pomysłów, m.in.: rola obserwatora, aktywnego słuchacza, edukatora, osoby edukującej rodziców, osoby akceptującej i tolerancyjnej, osoby budującej pozytywne relacje z uczniem, prowadzącego zajęcia edukujące i wsparciowe podczas lekcji wychowawczych.

Dodatkowo nauczyciele/nauczycielki w odpowiedzi na to pytanie wskazali jakiej roli nie należy pełnić i jakich zachowań nie należy przejawiać. Wśród odpowiedzi były: obojętność, bezmyślna reakcja, obniżanie samooceny ucznia, chęć sukcesu nauczyciela, brak kompetencji miękkich, agresja w stosunku do ucznia, sztywność myślenia, narzucanie swoich przekonań, lekceważenie problemu ucznia.

g. Na pytanie: „Jak Nauczyciel/Nauczycielka może przyczynić się do prewencji samobójstw?”, nauczyciele/nauczycielki wymienili szereg pomysłów. Wśród odpowiedzi m.in. były:

- poprzez pracę z uczniami z ich samooceną,
- poprzez tolerancję,
- poprzez zajęcia ruchowe, zwiększanie zajęć sportowych,
- poprzez rozmowę o problemach,
- poprzez budowanie zdrowych relacji z uczniem i pomiędzy uczniami,
- poprzez uważność na problemy młodych,
- poprzez ćwiczenia z uczniami rozpoznawania i nazywania emocji oraz radzenia sobie z emocjami,
- poprzez wyprowadzenie telefonów komórkowych ze szkół,
- poprzez informowanie o telefonach wsparcia, fundacjach, psychologach.

Nauczyciele zwrócili uwagę na bardzo istotną kwestię, mianowicie **świadomość tematu suicydologii wśród kadry zarządzającej**. Temat ten wywołał duże poruszenie. Nauczyciele stwierdzili, że inicjatywa tolerancji, otwartości, wsparcia powinna być agitowana przez osoby zarządzające jednostkami edukacyjnymi. Brak odgórnych zasad i procedur dotyczących prewencji i postwencji ze strony kadry zarządzającej (dyrektorów szkół) powoduje, że nauczyciele skupiają się tylko i wyłącznie na kwestii edukacji przedmiotowej i zaniedbują obszar rozwoju emocjonalno-społecznego młodzieży.

W wolnych wnioskach dodatkowo respondenci zwrócili uwagę na przeładowanie ich pracy dokumentacją i odgórną presją na wyniki szkół, przez co nauczyciele stają się mniej czuli lub brak im czasu na otwarte rozmowy z uczniami oraz wsparcie ich w problemach.

13.2.3. Wnioski z badania fokusowego

1. Wszyscy badani podkreślili potrzebę wprowadzenia zajęć edukujących z tematu suicydologii podczas studiów.
2. Wszyscy badani podkreślili potrzebę dodatkowych szkoleń / kursów dla nauczycieli uczących w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych.
3. Badani wykazywali umiarkowaną wiedzę w obszarze świadomości problemów nastolatków. Pogłębiony wywiad w formie grupowej dyskusji z burzą mózgów pozwolił wzajemnie uczyć się od siebie i generować pomysły przez uczestników. Wśród respondentów około 30% stanowiły osoby świadome i około 70% osoby bardziej słuchające i uczące się poruszanego tematu.
4. Badani wskazali konieczność psychoedukacji rodziców w obszarze zdrowia psychicznego młodzieży.
5. Badani wskazali konieczność podniesienia kompetencji miękkich w zakresie komunikacji, budowania relacji z rodzicami dzieci oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach w kontakcie z roszczeniowymi i przerzucającymi odpowiedzialność na szkołę i nauczycieli rodzicami/opiekunami.
6. Badani podkreślili ważność kadry zarządzającej placówkami edukacyjnymi jako osób najważniejszych do kreowania w placówkach postawy tolerancji, akceptacji, wsparcia i otwartości w stosunku do młodych oraz wprowadzania działań z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego.
7. Badani podkreślili konieczność wzmocnienia ilości zajęć sportowych w szkołach.
8. Badani wskazali konieczność wprowadzenia do programu szkolnego zajęć w zakresie: wzmacniania samooceny uczniów, rozpoznawania, nazywania i zarządzania własnymi emocjami, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wypracowywania zdrowych mechanizmów dotyczących codziennego funkcjonowania ucznia, edukacji zdrowotnej w tym aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania.
9. Badani wskazali konieczność edukacji w zakresie higieny cyfrowej oraz cyberprzemocy, która ma silny wpływ na destrukcję zdrowia psychicznego.
10. Badani wskazali, że duży, negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i stan emocjonalny uczniów oraz samoocenę mają media społecznościowe.

Rozdział 14

Podsumowanie wywiadu zogniskowanego ze studentami pielęgniarstwa – w tym z grupą studentów z wymiany Erasmus z Niemiec (przeprowadzonego w dniu 17.10.2024 r.)

14.1. Cel i wnioski z przeprowadzonego wywiadu

Celem spotkania było zebranie opinii studentów pielęgniarstwa na temat problematyki samobójstw wśród młodzieży oraz ocena ich wiedzy, doświadczeń i kompetencji w zakresie prewencji oraz rozpoznawania zachowań samobójczych.

Dyskusję otworzyło pytanie o kontakt studentów z tematyką samobójstw w toku edukacji, które stało się punktem wyjścia do dalszych refleksji.

1. Ocena czy program studiów zapewnia odpowiednią wiedzę teoretyczną oraz praktyczne kompetencje w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży.

Studenci uznali, że wiedza na temat rozpoznawania zachowań samobójczych jest niewystarczająca. Tematyka ta jest omawiana dopiero na późniejszym etapie studiów.

Cytat: „żebyśmy z większym doświadczeniem mogli przyjąć te rzeczy, których będziemy uczeni...”.

Prowadzący zadał dodatkowe pytanie: „Czy ten temat nie powinien być poruszany na początku studiów z uwagi na narastanie problemu samobójstw nastolatków w Polsce, czy słuszne jest odczekać całe trzy lata studiów, by być gotowym na tego typu zajęcia?”

Badani zauważyli, iż istnieje wyraźna potrzeba wprowadzenia tej tematyki wcześniej, np. w ramach zajęć z promocji zdrowia. Stwierdzili również, że większy nacisk powinien być kładziony na dodatkowe zajęcia dotyczące suicydiologii. Studenci przyznali, że nie czują, by mieli kompetencje, aby podczas praktyk z psychiatrii zrozumieć, co kierowało pacjentem po próbie samobójczej.

2. Zbadanie czy uczestnicy poza formalnym programem studiów angażowali się w dodatkowe formy edukacji, takie jak kursy, szkolenia lub wykłady, które poszerzają wiedzę na temat samobójstw wśród młodzieży, co może wpływać na ich kompetencje w tym zakresie.

Studenci stwierdzili, że nie mają wiedzy o dodatkowych kursach czy szkoleniach na temat prewencji samobójstw organizowanych przez uczelnię. Zwrócili uwagę na brak informacji o takich inicjatywach.

3. Zbadanie, jakie są znane studentom przyczyny samobójstw w grupie wiekowej do 19 lat?

Według studentów głównymi przyczynami są:

- Przeciążenie nauką i presja osiągnięć – sukcesy we wszystkich aspektach życia;
- Presja społeczna i naciski rówieśników, w tym wyśmiewanie wyglądu, narodowości, orientacji seksualnej;
- Problemy rodzinne, takie jak przemoc i brak wsparcia;
- Brak dostępu do pomocy psychologicznej i strach przed stygmatyzacją z powodu korzystania z pomocy specjalistów;
- Bagatelizowanie problemów młodych ludzi przez dorosłych.

Podkreślano, że wiedza na temat zdrowia psychicznego w społeczeństwie, szczególnie w szkołach średnich, jest niewystarczająca, a działania edukacyjne w tym zakresie są zbyt rzadkie.

4. Uzyskanie informacji na temat rozpoznawanych symptomów i sygnałów ostrzegawczych, które mogą wskazywać na ryzyko podjęcia próby samobójczej wśród młodzieży, w celu lepszego zrozumienia mechanizmów i wczesnej identyfikacji zagrożenia.

Studenci wymienili następujące symptomy mogące wskazywać na ryzyko samobójcze:

- Nagła poprawa nastroju, co może świadczyć o podjęciu decyzji o odejściu z życia;
- Izolacja społeczna, zaniedbywanie obowiązków i wyglądu;
- Samookaleczenia i blizny po cięciach;
- Gromadzenie środków umożliwiających podjęcie próby (np. leki, paski, sznurki);
- Nagłe decyzje pod wpływem impulsu lub dramatycznego wydarzenia – wskoczenie pod pociąg.

Cytat: „...w pewnym momencie uważa, że to już nie ma sensu i spontanicznie wchodzi pod pociąg albo z mostu skacze”.

- Zanikanie lęku, oporu zaraz po rozpoczęciu farmakoterapii, co zwiększa ryzyko samobójstwa w początkowej fazie terapii;
- Niechęć do leczenia i brak reakcji na zachęty do terapii.

Studenci podkreślają, że w sytuacji kontaktu z pacjentem z myślami samobójczymi mają obowiązek przeprowadzenia spokojnej, ale wnikliwej rozmowy, cytata: „nie można takiej osoby zostawić samej sobie”.

„Należy zanotować każdą wypowiedź takiego pacjenta – czy ma jakiś plan, od kiedy ma myśli samobójcze, czy bierze leki lub stosuje inne metody”.

Trzeba też wskazać pacjentowi dostępne formy pomocy, a przede wszystkim zgłosić do lekarza prowadzącego. Bo „są widoczne symptomy, na które można zwrócić uwagę, da się je zauważyć”.

Cytat: „(...) można zobaczyć, jak ten człowiek gaśnie”.

5. Zbadanie, jaką rolę może spełnić nauczyciel/nauczycielka we wsparciu wśród uczniów z zaburzeniami emocjonalnymi.

Studenci ocenili, że nauczyciele mają istotny wpływ na wczesne rozpoznawanie problemów emocjonalnych. Mają możliwość codziennej obserwacji uczniów i wykrywania sygnałów ostrzegawczych. Dlatego powinni:

- Budować zaufanie, promować zdrowie psychiczne i edukować uczniów na temat dostępnych form pomocy;
- Prowadzić zajęcia z zakresu higieny psychicznej i radzenia sobie ze stresem – a takich zajęć powinno być wiele na wszystkich etapach edukacji;
- Zwracać uwagę na symptomy kryzysu emocjonalnego, np. izolację, samookaleczenia i szybko podejmować odpowiednie działania;
- Nawiązywać indywidualny kontakt uczniem, poświęcać mu czas;
- Wspierać uczniów, rozwijać zaufanie i współpracować z psychologami oraz rodzicami;
- Budować w uczniach poczucie, że załamanie, kryzys, myśli samobójcze nie są powodem do wstydu, że należy o tym mówić i szukać pomocy.

Cytat: „to jest ludzkie, nie trzeba się z tym ukrywać ani się tego wstydzić”.

Jednocześnie zauważono, że wielu nauczycielom brakuje odpowiedniego przeszkolenia i kompetencji w tym zakresie.

14.2. Rekomendacje

1. Zwiększenie edukacji w zakresie prewencji samobójstw:

- Wprowadzenie tematyki suicydologii na wczesnym etapie studiów pielęgnarskich.
- Organizacja dodatkowych szkoleń i warsztatów dla studentów, a także nauczycieli, dotyczących rozpoznawania symptomów zagrożenia samobójczego.

2. Promowanie zdrowia psychicznego:

- Rozszerzenie zajęć wychowawczych na temat radzenia sobie ze stresem i kryzysami emocjonalnymi, budowania poczucia własnej wartości i umiejętności proszenia o pomoc.
- Wzmocnienie współpracy między nauczycielami a psychologami i pedagogami szkolnymi.
- Promowanie otwartej rozmowy na temat problemów emocjonalnych w przestrzeni publicznej i mediach społecznościowych.

3. Nagłaśnianie miejsc pomocy i wsparcia:

- Tworzenie kampanii informacyjnych dla młodzieży i dorosłych dotyczących dostępnych form pomocy.
- Zmniejszanie stygmatyzacji korzystania z pomocy psychologicznej.

4. Doskonalenie zawodowe nauczycieli:

- Wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla nauczycieli z zakresu rozpoznawania i interwencji w przypadku zagrożeń samobójczych.

5. Rola nauczycieli i wychowawców

- Budowanie bezpiecznej atmosfery w klasie, w której uczniowie czują się akceptowani i mogą otwarcie mówić o swoich problemach.
- Monitorowanie relacji rówieśniczych w celu przeciwdziałania wykluczeniu i przejawom agresji.

6. Współpraca ze środowiskiem rodzinnym

- Edukowanie rodziców na temat zdrowia psychicznego i roli wsparcia rodzinnego.
- Organizowanie spotkań z rodzicami, aby zwiększyć ich świadomość dotyczącą problemów młodzieży.

Podsumowanie

Wywiad zogniskowany ukazał braki w edukacji dotyczącej samobójstw zarówno na poziomie szkolnym, jak i akademickim. Kluczowe obszary wymagające interwencji to: zwiększenie świadomości na temat zdrowia psychicznego, rozwój kompetencji nauczycieli i pielęgniarek, oraz promocja dostępnych form pomocy. Nauczyciele, jako osoby mające codzienny kontakt z młodzieżą, mogą odegrać kluczową rolę w prewencji samobójstw, pod warunkiem, że otrzymają odpowiednie wsparcie i edukację. Istotnym krokiem jest zwiększenie edukacji, wsparcia systemowego oraz podjęcie działań w celu stworzenia przyjaznego środowiska w szkołach i domach rodzinnych. Wdrożenie powyższych rekomendacji może przyczynić się do zmniejszenia liczby przypadków samobójstw wśród młodzieży.

Rozdział 15

Raport ze zogniskowanych wywiadów grupowych

15.1. Wprowadzenie

Raport stanowi uzupełnienie procesu badawczego prowadzonego w ramach projektu „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna” dokonywanego poprzez anonimowe ankiety na grupie nauczycieli szkół podstawowych i ponadpodstawowych, lekarzy, psychologów, pedagogów oraz studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa, pedagogiki i psychologii na terenie całej Polski.

Proces badawczy dotyczy zdiagnozowania poziomu świadomości społecznej różnych grup społecznych dotyczącej problematyki samobójstw wśród młodzieży w wieku 13-18 lat w celu opracowania i wdrożenia kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.

Poniższy raport prezentuje wyniki badań przeprowadzonych wśród nauczycieli z wykorzystaniem zogniskowanych wywiadów grupowych – fokusów (FGI). Raport prezentuje najważniejsze wnioski jakie przyniosły zogniskowane wywiady grupowe zrealizowane w dwóch grupach nauczycieli szkół podstawowych i ponadpodstawowych w Warszawie i w Szczecinie.

Raport przyczyni się do powstania rekomendacji do programu edukacyjnego dla grup nauczycieli szkół podstawowych i ponadpodstawowych.

15.2. Założenia metodologiczne

Cele:

W badaniu wyróżniono główne cele:

- Zebranie danych na temat świadomości społecznej (nauczycieli Szkół Podstawowych i Ponadpodstawowych) dotyczącej problematyki samobójstw wśród młodzieży w celu opracowania i wdrożenia kompleksowego programu edukacyjnego mającego na celu zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży oraz podnoszenie świadomości społecznej na ten temat.
- Zebranie informacji na temat wiedzy nauczycieli Szkół podstawowych i Ponadpodstawowych na temat samobójstw wśród młodzieży skupiając się na ich roli

w zakresie działań edukacyjnych i wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dla uczniów

- Uzyskanie głębokich i precyzyjnych danych, które posłużą do opracowania skutecznych strategii prewencji samobójstw ukierunkowane na konkretne środowiska zawodowe i edukacyjne (nauczyciele Szkół Podstawowych i Ponadpodstawowych).

Technika:

Do badania wybrano technikę badawczą jakościową, jaką jest zogniskowany wywiad grupowy. Zebrane dane dzięki tej technice pozwalają na bardziej wnikliwą analizę, niż ma to miejsce tylko w wypadku metod ilościowych. Badania fokusowe pozwoliły na zebranie zróżnicowanych odpowiedzi. Przeprowadzone wywiady grupowe były nagrywane, dzięki czemu stanowią obszerny materiał do analizy.

Dobór próby:

W badaniu przeprowadzone zostały dwa wywiady grupowe. Każda grupa liczyła 10 osób. Respondentami byli nauczyciele i nauczycielki szkół podstawowych i ponadpodstawowych z dwóch miast: Warszawy i Szczecina.

Przeprowadzenie wywiadów:

Przed przeprowadzeniem wywiadów przygotowany został scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI). Stanowi on załącznik do raportu.

Do przeprowadzenia wywiadów zostały wybrane i przygotowane merytorycznie osoby – moderatorzy. Moderatorzy mieli za zadanie skłonić respondentów do szczerych i wyczerpujących wypowiedzi. Przebieg wywiadu był nadzorowany przez dodatkowe osoby z grupy zajmującej się całym procesem badawczym w projekcie. Wywiady zostały zarejestrowane w formie audio. Dodatkowo podczas wywiadów zostały wypracowane materiały, które łącznie z nagraniem służyły opracowaniu raportu.

Pytania zadane respondentom:

Podczas wywiadu najpierw zadano respondentom pytania wstępne, indywidualne dotyczące wiedzy i doświadczenia:

1. Jak Państwo myślicie którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo?
2. Czy miał/a Pan/Pani w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej?

Następnie moderatorzy przeszli do części zasadniczej zadając pytania o przekonania, opinie i pomysły płynące oddolnie, bezpośrednio od środowiska pracującego z małoletnimi:

3. Czy w Państwa opinii program studiów pedagogicznych dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży?
4. Czy poza studiami brali Państwo udział w dodatkowych kursach/szkoleniach/cyklów wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży?
5. Jakie symptomy poprzedzają podjęcie próby samobójczej wśród młodzieży?
6. Jaką rolę Nauczyciel/Nauczycielka może pełnić we wsparciu psychologiczno-pedagogicznych u uczniów (w tym uczniów z zaburzeniami emocjonalno-społecznymi) w kontekście szkolnych działań edukacyjnych i opiekuńczo-wychowawczych?
7. Jak Nauczyciel/Nauczycielka może przyczynić się do prewencji samobójstw?

15.3. Odpowiedzi respondentów

- a. Na pytanie dotyczące wiedzy, „Którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo?”, respondenci odpowiadali bardzo różnorodnie. Odpowiedzi wahały się na skali od miejsca 2 do 9. Zaledwie 10 procent respondentów udzieliło prawidłowej odpowiedzi (3 przyczyna). Aż 30 procent respondentów odpowiedziało, że samobójstwo jest drugą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat. 60 procent badanych wskazywało na 5,7,8 i 9 przyczynę.
- b. Na pytanie „Czy miał/a Pan/Pani w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej?” pięć na dwadzieścia osób odpowiedziało twierdząco.
- c. Na pytanie „Czy w Państwa opinii program studiów pedagogicznych dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży?” wszyscy respondenci odpowiedzieli jednogłośnie, że nie dostarcza.

Wśród odpowiedzi były m.in. takie:

- „Wg mnie dostarcza elementarnej wiedzy, jednak jest ona zbyt wąska. (...) powinien być położony nacisk na profilaktykę, umiejętność rozpoznawania sygnałów wysyłanych przez młodych ludzi...”
- „Wg mnie studia pedagogiczne powinny w szerszym zakresie dostarczać wiedzy na temat suicydologii”.
- „Brak informacji, jak udzielać wsparcia w momencie próby samobójczej”.
- „Temat jest na zajęciach na pedagogice pomijany”.
- „Taka wiedza na studiach pedagogicznych powinna być przekazywana przez profesjonalistów: terapeutów, psychiatrów”.
- „Należałoby wprowadzić warsztaty, które uczyłyby jak rozmawiać z osobą z podejrzeniem myśli samobójczych”.
- „Powinny być zajęcia z tego, jak rozmawiać z uczniami, które chcą zrobić sobie krzywdę”.

- d. Na pytanie: „Czy poza studiami brali Państwo udział w dodatkowych kursach/szkoleniach/cyklów wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży?”, zdecydowana większość (85%) odpowiedziała „Nie”.
- e. Na pytanie: „Jakie symptomy poprzedzają podjęcie próby samobójczej wśród młodzieży?”, nauczyciele/nauczycielki wymienili szereg symptomów, m.in.: autoagresja (np. samookaleczenia), wycofanie z relacji, brak celowości życia, niechęć do szkoły, zaburzenia łaknienia, znikanie z mediów społecznościowych, sygnalizowanie koleżance/koledze, zmiana ubioru, smutek, obniżony nastrój, alienacja, oglądanie w sieci filmów typu „Sala Samobójców”.
- f. Na pytanie: „Jaką rolę Nauczyciel/Nauczycielka może pełnić we wsparciu psychologiczno-pedagogicznych u uczniów (w tym uczniów z zaburzeniami emocjonalno-społecznymi) w kontekście szkolnych działań edukacyjnych i opiekuńczo-wychowawczych?”, nauczyciele/nauczycielki wymielili szereg pomysłów, m.in.: rola obserwatora, aktywnego słuchacza, edukatora, osoby edukującej rodziców, osoby akceptującej i tolerancyjnej, osoby budującej pozytywne relacje z uczniem, prowadzącego zajęcia edukujące i wsparciowe podczas lekcji wychowawczych.

Dodatkowo nauczyciele/nauczycielki w odpowiedzi na to pytanie wskazali jakiej roli nie należy pełnić i jakich zachowań nie należy przejawiać. Wśród odpowiedzi były: obojętność, bezmyślna reakcja, obniżanie samooceny ucznia, chęć sukcesu nauczyciela, brak kompetencji miękkich, agresja w stosunku do ucznia, sztywność myślenia, narzucanie swoich przekonań, lekceważenie problemu ucznia.

- g. Na pytanie: „Jak Nauczyciel/Nauczycielka może przyczynić się do prewencji samobójstw?”, nauczyciele/nauczycielki wymienili szereg pomysłów. Wśród odpowiedzi m.in. były:

- poprzez pracę z uczniami z ich samooceną,
- poprzez tolerancję,
- poprzez zajęcia ruchowe, zwiększanie zajęć sportowych,
- poprzez rozmowę o problemach,
- poprzez budowanie zdrowych relacji z uczniem i pomiędzy uczniami,
- poprzez uważność na problemy młodych,
- poprzez ćwiczenia z uczniami rozpoznawania i nazywania emocji oraz radzenia sobie z emocjami,
- poprzez wyprowadzenie telefonów komórkowych ze szkół,
- poprzez informowanie o telefonach wsparcia, fundacjach, psychologach.

Nauczyciele zwrócili uwagę na bardzo istotną kwestię, mianowicie **Świadomość tematu suicydologii wśród kadry zarządzającej**. Temat ten wywołał duże poruszenie. Nauczyciele stwierdzili, że inicjatywa tolerancji, otwartości, wsparcia powinna być agitowana przez osoby zarządzające jednostkami edukacyjnymi. Brak ogólnych zasad i procedur dotyczących

prewencji i postwencji ze strony kadry zarządzającej (dyrektorów szkół) powoduje, że nauczyciele skupiają się tylko i wyłącznie na kwestii edukacji przedmiotowej i zaniedbują obszar rozwoju emocjonalno-społecznego młodzieży.

W wolnych wnioskach dodatkowo respondenci zwrócili uwagę na przeładowanie ich pracy dokumentacją i odgórną presją na wyniki szkół, przez co nauczyciele stają się mniej czuli lub brak im czasu na otwarte rozmowy z uczniami oraz wsparcie ich w problemach.

15.4. Wnioski z badania fokusowego

1. Wszyscy badani podkreślili potrzebę wprowadzenia zajęć edukujących z tematu suicydologii podczas studiów.
2. Wszyscy badani podkreślili potrzebę dodatkowych szkoleń / kursów dla nauczycieli uczących w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych.
3. Badani wykazywali umiarkowaną wiedzę w obszarze świadomości problemów nastolatków. Pogłębiony wywiad w formie grupowej dyskusji z burzą mózgów pozwolił wzajemnie uczyć się od siebie i generować pomysły przez uczestników. Wśród respondentów około 30% stanowiły osoby świadome i około 70% osoby bardziej słuchające i uczące się poruszanego tematu.
4. Badani wskazali konieczność psychoedukacji rodziców w obszarze zdrowia psychicznego młodzieży.
5. Badani wskazali konieczność podniesienia kompetencji miękkich w zakresie komunikacji, budowania relacji z rodzicami dzieci oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach w kontakcie z roszczeniowymi i przerzucającymi odpowiedzialność na szkołę i nauczycieli rodzicami/opiekunami.
6. Badani podkreślili ważność kadry zarządzającej placówkami edukacyjnymi jako osób najważniejszych do kreowania w placówkach postawy tolerancji, akceptacji, wsparcia i otwartości w stosunku do młodych oraz wprowadzania działań z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego.
7. Badani podkreślili konieczność wzmocnienia ilości zajęć sportowych w szkołach.
8. Badani wskazali konieczność wprowadzenia do programu szkolnego zajęć w zakresie: wzmacniania samooceny uczniów, rozpoznawania, nazywania i zarządzania własnymi emocjami, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wypracowywania zdrowych mechanizmów dotyczących codziennego funkcjonowania ucznia, edukacji zdrowotnej w tym aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania.
9. Badani wskazali konieczność edukacji w zakresie higieny cyfrowej oraz cyberprzemocy, która ma silny wpływ na destrukcję zdrowia psychicznego.
10. Badani wskazali, że duży, negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i stan emocjonalny uczniów oraz samoocenę mają media społecznościowe.

Rozdział 16

Analiza statystyczna zbioru danych badania ankietowego. Szczegółowa analiza otrzymanych wyników w odniesieniu do poszczególnych pytań

16.1. Pytanie 1. Czy odbywał/a Pani/Pan kurs/szkolenie/cykl wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży?

W badaniu na temat uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży uczestniczyło 1111 respondentów. Dane od 635 osób uznano za ważne do analizy. Analiza danych w badaniu wskazuje, że zdecydowana większość respondentów (87,2% z ważnych odpowiedzi) zadeklarowała, że nie uczestniczyła w takich formach edukacji. Tylko 12,8% respondentów podało, że uczestniczyło w takich kursach lub szkoleniach, a niektórzy z nich szczegółowo opisali swoje doświadczenia, podając konkretne lata ich odbycia. Wśród osób, które zadeklarowały uczestnictwo, pojawiły się konkretne daty, które wskazują na to, że większość szkoleń odbyła się po roku 2010, z największą częstością w latach 2020-2024.

Czy odbywał/a Pani/Pan kurs/szkolenie/cykl wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży

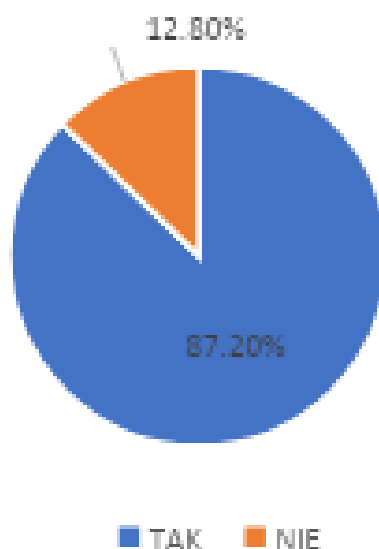
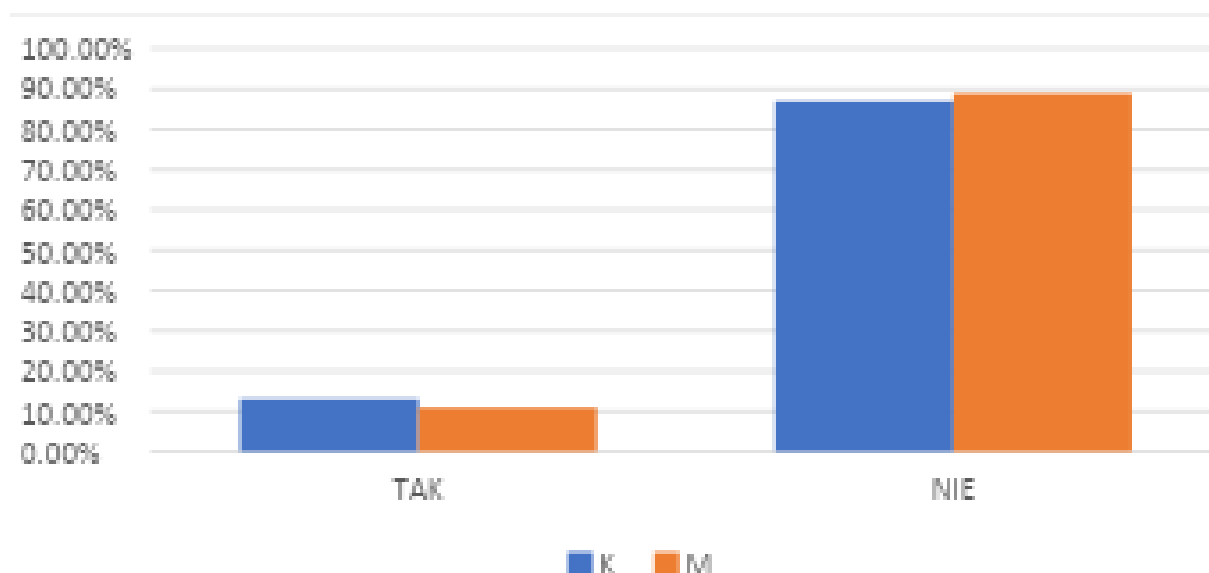


Diagram 1. Wyniki odpowiedzi na pytanie dotyczące zajęć z tematyki samobójstw wśród młodzieży

Dane dotyczące uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży według:

a) Płci respondentów

13,1% Kobiet oraz 11,0% Mężczyzn uczestniczyło w takim kursie/szkoleniu czy cyklu warsztatów. Większość zarówno kobiet (86,9%) jak i mężczyzn (89,0%) odpowiedziała, że nie uczestniczyła w żadnych kursach na ten temat. Różnice w uczestnictwie w kursach między kobietami i mężczyznami są minimalne i nie są statystycznie istotne.



Wykres 1. Dane dotyczące uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży według płci.

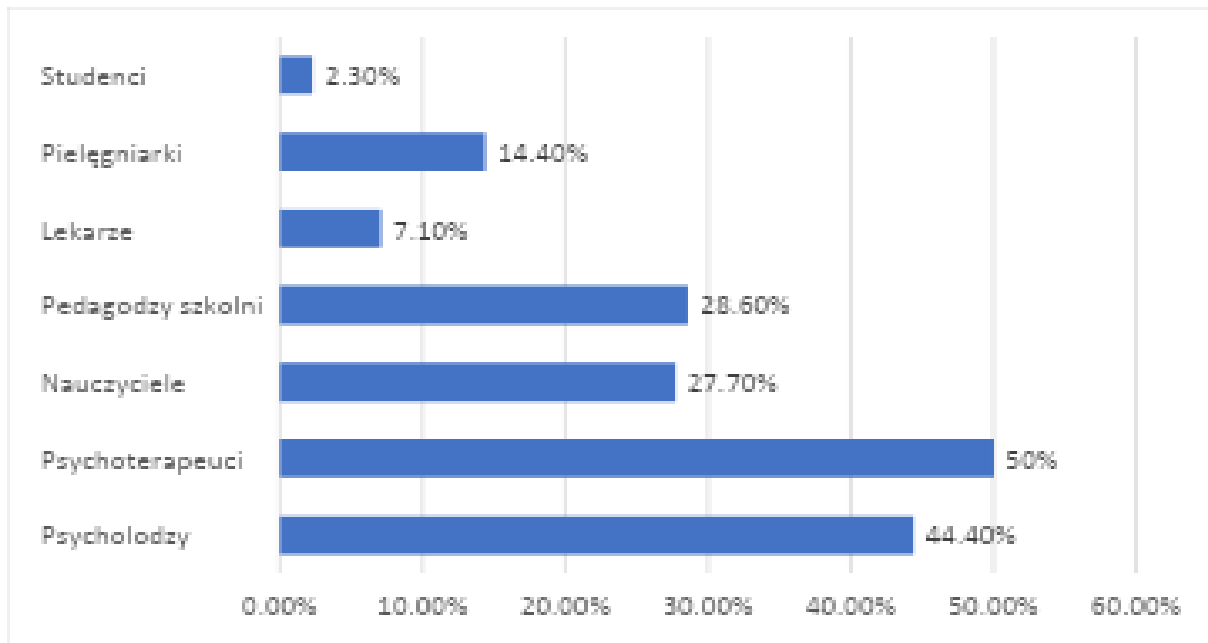
b) Aktywność zawodowa

Z danych wynika, że 2,3% Studentów; 44,4% Psychologów; 50% Psychoterapeutów; 27,7% Nauczycieli; 28,6% Pedagogów szkolnych; 7,1% Lekarzy i 14,4% Pielęgniarek uczestniczyło w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży. Wartości wskaźników Phi i V Kramera, które wynoszą 0,343, wskazują na umiarkowanie silny związek między zawodem a uczestnictwem w kursach. Wartość ta jest istotna statystycznie ($p < 0.001$). Korelacje Pearsona i Spearmana wykazują negatywną wartość (-0,138 i -0,159), co sugeruje, że profesje mniej związane z bezpośrednią opieką psychologiczną lub edukacją (jak lekarze i pielęgniarki) rzadziej uczestniczą w takich kursach.

Wyższe uczestnictwo w kursach wśród psychologów, psychoterapeutów oraz nauczycieli może wynikać z większej świadomości i bezpośredniego związku ich profesji z problematyką samobójstw. Niskie uczestnictwo wśród lekarzy i pielęgniarek, mimo ich kluczowej roli w opiece zdrowotnej, sugeruje potencjalną lukę w edukacji zawodowej w zakresie zdrowia psychicznego młodzieży.

Statystycznie istotne wyniki dla miar symetrycznych wskazują, że profesja ma znaczący wpływ na prawdopodobieństwo uczestnictwa w takich szkoleniach, co może sugerować

potrzebę skierowania większych wysiłków edukacyjnych na grupy zawodowe z mniejszym udziałem w kursach.



Wykres 2. Dane dotyczące uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży według aktywności zawodowej.

c) Forma własności miejsca pracy

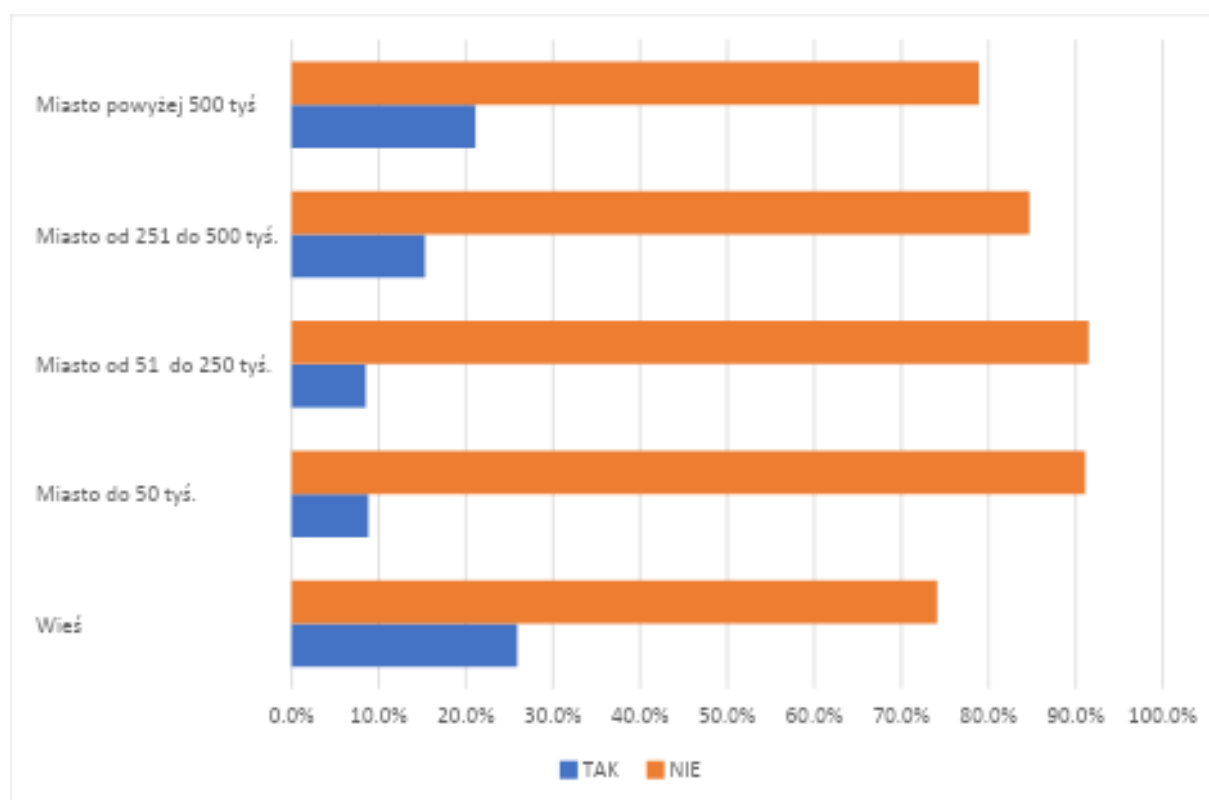
Phi i V Kramera – oba wskaźniki wynoszą 0,114, co wskazuje na niewielki związek między formą własności miejsca pracy a uczestnictwem w kursach. Istotność obu miar wynosi $p = 0,142$, co nie jest statystycznie istotne. Korelacja R Pearsona wynosi 0,112 z błędem standardowym 0,046 i przybliżonym $T = 1,931$, co daje $p = 0,054$, co również nie jest istotne statystycznie. Dane te sugerują, że miejsce pracy może mieć pewien wpływ na prawdopodobieństwo uczestnictwa w kursach dotyczących samobójstw wśród młodzieży, ale jest to wpływ stosunkowo niewielki. Wyniki te mogą być pomocne w zrozumieniu, jak różne sektory mogą lepiej angażować się w edukację pracowników na temat ważnych kwestii społecznych, takich jak zdrowie psychiczne młodzieży.

d) Typ placówki

Phi i V Kramera – wartości te wynoszą odpowiednio -0,189 i 0,189, co wskazuje na bardzo słaby związek między typem placówki a uczestnictwem w kursach. Istotność tych miar wynosi $p = 0,571$, co nie jest statystycznie istotne. Korelacja R Pearsona i Korelacja Spearmana – obie mają wartość -0,189 z błędem standardowym 0,114 i przybliżonym $T = -0,509$, co daje $p = 0,626$ – brak istotności statystycznej. Dane te sugerują, że zarówno w placówkach z oddziałami integracyjnymi, jak i bez, jest niska świadomość lub dostępność szkoleń dotyczących samobójstw wśród młodzieży. Niskie uczestnictwo i brak statystycznie istotnych różnic wskazują na potrzebę zwiększenia oferty edukacyjnej w tym zakresie dla pracowników placówek edukacyjnych.

e) Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki

Najwyższy odsetek uczestniczących w kursach obserwujemy na wsi (25,9%), co może wynikać z bardziej zintegrowanej społeczności i większej świadomości lokalnych problemów, lub z potrzeby edukacji w zakresie zdrowia psychicznego w mniejszych społecznościach. Miasta o różnej wielkości pokazują różne wyniki, z najniższym odsetkiem uczestnictwa w miastach średniej wielkości (8,9% i 8,5%) i wyższym w największych oraz najmniejszych miastach. Istotność statystyczna miar Phi i V Kramera sugeruje, że wielkość miejscowości ma umiarkowany wpływ na uczestnictwo w kursach, mimo że korelacje R Pearsona i Spearmana nie wykazują istotności, co może wynikać z niskiej liczby obserwacji w niektórych kategoriach. Podsumowując, miejsce pracy lub nauki w zależności od wielkości miejscowości może wpływać na prawdopodobieństwo uczestnictwa w edukacji dotyczącej zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży, z bardziej zauważalnymi trendami w mniejszych oraz większych społecznościach.

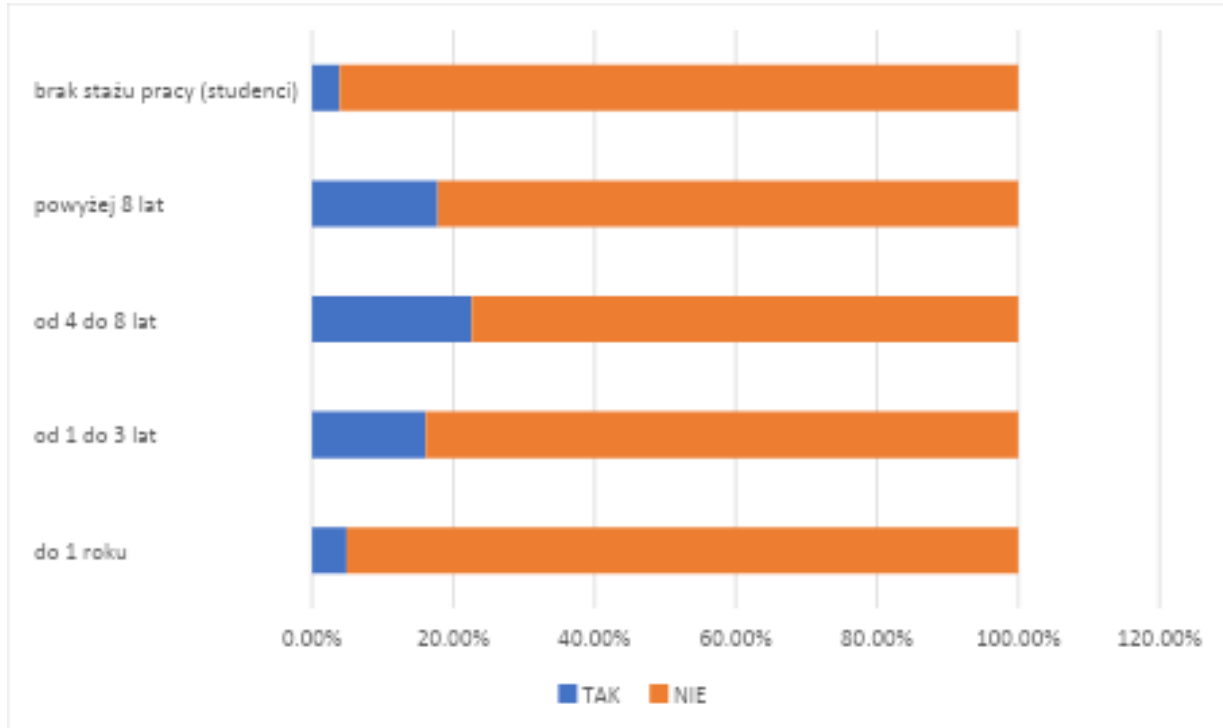


Wykres 3. Dane dotyczące uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży według miejsca pracy/nauki

f) Staż pracy w wyuczonym zawodzie

Z danych wynika, że wyższy odsetek uczestniczących wśród osób z 4 do 8 lat stażu pracy może sugerować, że większe doświadczenie zawodowe, ale niezbyt długie, sprzyja większemu zainteresowaniu i zaangażowaniu w kursy dotyczące samobójstw wśród młodzieży. Najniższy odsetek uczestniczących wśród studentów i osób z bardzo krótkim stażem pracy może odzwierciedlać mniejszą świadomość lub dostępność odpowiednich szkoleń dla tej grupy.

Istotność statystyczna miar Phi i V Kramera oraz korelacji Spearmana wskazuje, że staż pracy ma znaczący wpływ na prawdopodobieństwo uczestnictwa w edukacji na temat samobójstw wśród młodzieży, z bardziej doświadczonymi pracownikami wykazującymi większe zainteresowanie takimi szkoleniami.

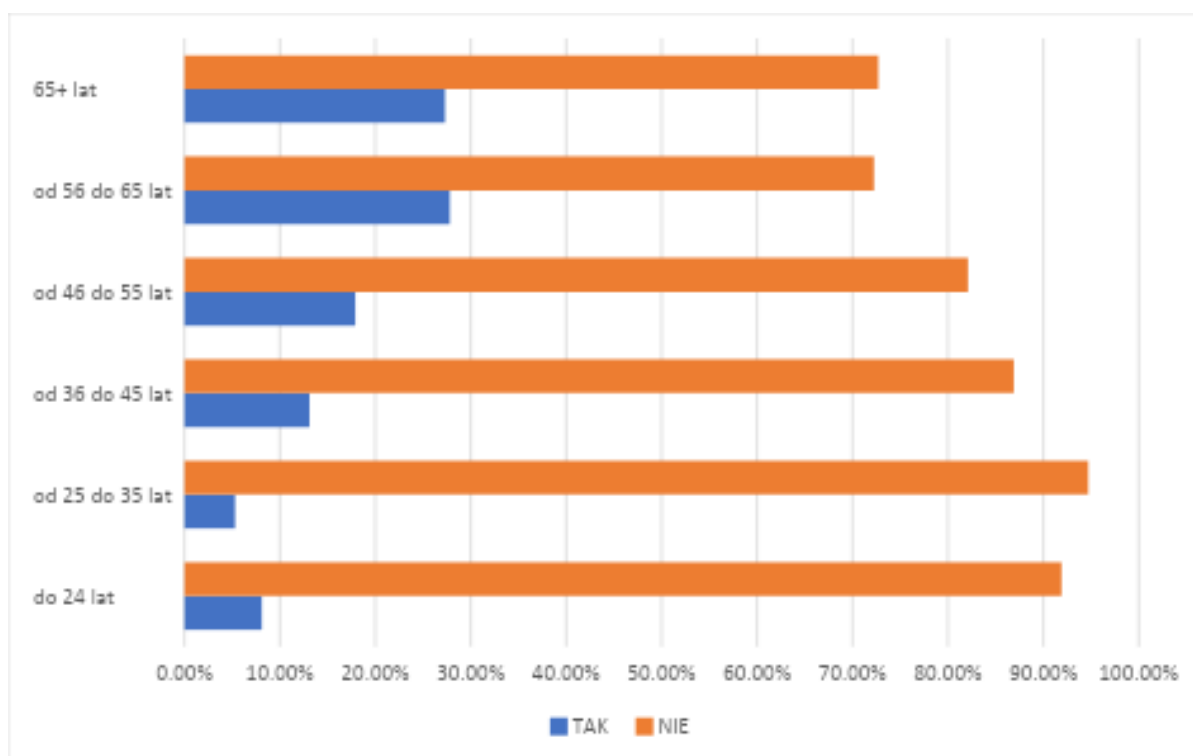


Wykres 4. Dane dotyczące uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży według stażu pracy w wyuczonym zawodzie

g) Wiek w przedziałach

Dane wskazują na wyższe odsetki uczestnictwa w grupach wiekowych 56-65 lat oraz 65+ lat. Starsze osoby mogą być bardziej zainteresowane lub miały więcej okazji do uczestnictwa w szkoleniach na temat samobójstw wśród młodzieży, możliwe również, że mają one więcej doświadczenia zawodowego lub osobistego, które skłania do poszerzenia swojej wiedzy w tym zakresie. Najniższy odsetek uczestniczących wśród osób w wieku od 25 do 35 lat może odzwierciedlać intensywność życia zawodowego i rodzinnego w tym okresie, co może przekładać się na ograniczony czas na dodatkowe szkolenia.

Istotność statystyczna miar Phi i V Kramera oraz korelacji Spearmana wskazuje, że wiek ma znaczący wpływ na prawdopodobieństwo uczestnictwa w edukacji na temat samobójstw wśród młodzieży, z większym zainteresowaniem szkoleniami obserwowanym wśród starszych grup wiekowych.



Wykres 5. Dane dotyczące uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży według wieku

Podsumowanie

Analiza danych przedstawionych w tabelach pokazuje, że w badaniu na temat uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży, zdecydowana większość respondentów (87,2% z ważnych odpowiedzi) zadeklarowała, że nie uczestniczyła w takich formach edukacji. Tylko 12,8% respondentów podało, że uczestniczyło w takich kursach lub szkoleniach, a niektórzy z nich szczegółowo opisali swoje doświadczenia, podając konkretne lata ich odbycia.

Szczególnie interesujące może być spojrzenie na rozkład odpowiedzi w czasie, z wyraźnym wzrostem liczby kursów odbytych w ostatnich latach, co może odzwierciedlać rosnące zainteresowanie problematyką samobójstw wśród młodzieży oraz większą dostępność szkoleń na ten temat. Istotne jest także zwrócenie uwagi na indywidualne komentarze respondentów, które często zawierają osobiste refleksje na temat potrzeby i skuteczności takich edukacji, a także wyzwania związane z dostępem do odpowiednich szkoleń w swoich środowiskach pracy lub edukacji.

16.2. Pytanie 2. Czy zakres przedstawionego materiału był Pana/Pani zdaniem wystarczający i umożliwia prawidłową identyfikację zachowań poprzedzających samobójstwo?

Z odpowiedzi na pytanie dotyczące opinii na temat adekwatności materiałów do identyfikacji zachowań poprzedzających samobójstwo, zauważamy, że materiały te zostały ocenione przez ograniczoną grupę respondentów, z czego 81 osób uznało je za ważne, natomiast znaczna większość, 1030 osób, nie dostarczyła danych, co stanowi ogromną część badanej próby. Średnia ocena adekwatności materiałów wynosi 1,40 na możliwej skali, z medianą i dominantą na poziomie 1, co sugeruje, że większość ankietowanych oceniła materiały jako wystarczające. Odchylenie standardowe wynosi 0,492, co wskazuje na umiarkowaną zmienność w odpowiedziach.

Z opinii respondentów (którzy brali udział w kursach, szkoleniach, cyklach wykładów z tematyki samobójstw wśród młodzieży) na temat adekwatności materiałów edukacyjnych służących do identyfikacji zachowań poprzedzających samobójstwo, z podziałem według płci 62% kobiet i 50% mężczyzn odpowiedziało „TAK”, uznając materiały za wystarczające. W przypadku odpowiedzi „NIE”, 38% kobiet i 50% mężczyzn uznało materiały za niewystarczające. Równocześnie, miary symetryczne takie jak Phi, V Kramera, R Pearsona oraz korelacja Spearmana pokazują bardzo niską siłę związku pomiędzy płcią a oceną materiałów, z wartościami wskazującymi na brak istotności statystycznej. Analiza sugeruje, że nie ma znaczących różnic w postrzeganiu materiałów między kobietami a mężczyznami, co implikuje, że materiały są postrzegane jako równie adekwatne lub nieadekwatne przez obie płcie. Takie wnioski są istotne przy dalszym opracowywaniu i dostosowywaniu materiałów edukacyjnych i prewencyjnych, co może przyczynić się do ich większej efektywności dla wszystkich grup docelowych.

Odpowiedź na pytanie o to, czy zakres przedstawionego materiału był wystarczający i umożliwia prawidłową identyfikację zachowań poprzedzających samobójstwo, zależy w dużym stopniu od subiektywnej oceny respondentów. Mimo że większość ważnych odpowiedzi, stanowiących 60,5% uznała materiały za wystarczające, pozostaje znaczący procent, 39,5%, który ocenił materiały jako niewystarczające. To wskazuje na potrzebę dalszego rozwoju i dostosowania materiałów, aby lepiej spełniały oczekiwania i potrzeby wszystkich użytkowników, szczególnie w kontekście edukacji i zapobiegania samobójstwom.

Czy zakres przedstawionego materiału był Pana/Pani zdaniem wystarczający i umożliwia prawidłową identyfikację zachowań poprzedzających samobójstwo?

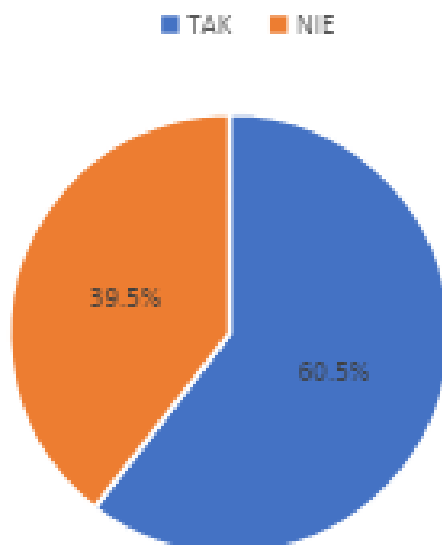


Diagram 2. Dane obrazujące odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące oceny przedstawionego materiału w kontekście umożliwienia prawidłowej identyfikacji zachowań poprzedzających samobójstwo

16.3. Pytanie 3. Czy w Pana/Pani opinii program ukończonych lub realizowanych studiów dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży?

Analiza danych na pytanie: Czy w Pana/Pani opinii program ukończonych lub realizowanych studiów dostarcza wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży? w której respondenci oceniali, czy programy edukacyjne, które ukończyli lub realizują, dostarczają wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży, pokazuje, że z 1111 osób, które wzięły udział w badaniu, 631 uznało swoje odpowiedzi za ważne, podczas gdy 480 osób nie dostarczyło danych, co stanowi 43,2% ogólnej liczby uczestników.

Średnia ocena, jaką respondenci przyznali programom, wynosi 1,60 na skali, gdzie mediana i dominanta wynoszą 2, sugerujące, że większość respondentów skłania się ku negatywnej ocenie dostarczanych kompetencji. Odchylenie standardowe wynosi 0,490, co wskazuje na umiarkowaną zmienność w odpowiedziach. Skośność jest negatywna (-0,419), co oznacza, że rozkład jest lekko przesunięty w stronę niższych ocen, a kurtoza wynosi -1,831, wskazując na płaski rozkład odpowiedzi, co może sugerować, że opinie są rozproszone wśród uczestników.

Analizując procentowe rozkłady odpowiedzi, 39,8% respondentów, którzy dostarczyli ważne dane, stwierdziło, że programy dostarczają odpowiedniej wiedzy i kompetencji (251 osób), podczas gdy 60,2% (380 osób) uważało, że programy te są niewystarczające.

To wskazuje na znaczną lukę w percepcji efektywności edukacyjnych programów w zakresie przygotowania do rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży.

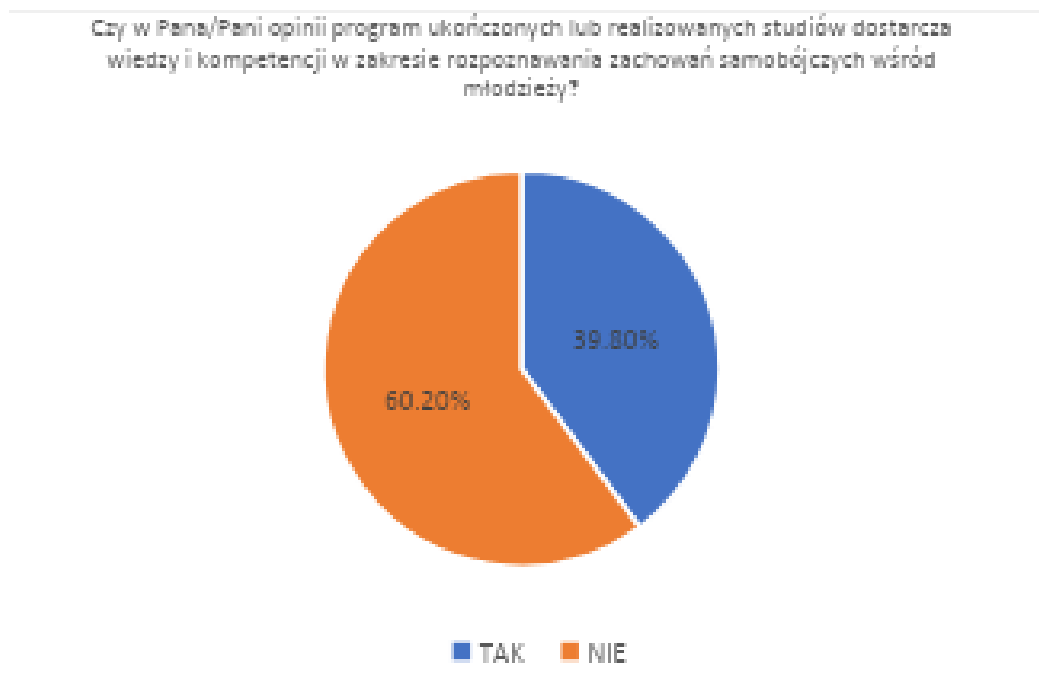


Diagram 3. Dane dotyczące opinii respondentów na temat wiedzy i kompetencji zdobytych na studiach w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży

Podsumowując, wyniki te mogą sugerować, że wiele programów edukacyjnych dla osób pracujących z młodzieżą wymaga przeglądu lub ulepszenia w zakresie szkolenia dotyczącego rozpoznawania sygnałów samobójczych. Negatywne oceny, które przeważają w odpowiedziach, podkreślają potrzebę bardziej skutecznego przygotowania zawodowego w tym obszarze, aby lepiej wspierać młodzież w kryzysie. Istnieje więc wyraźna potrzeba działania, aby zwiększyć efektywność programów szkoleniowych i zapewnić, że osoby pracujące z młodzieżą będą lepiej przygotowane do rozpoznawania i reagowania na zachowania samobójcze, co jest kluczowe dla skutecznej interwencji i wsparcia.

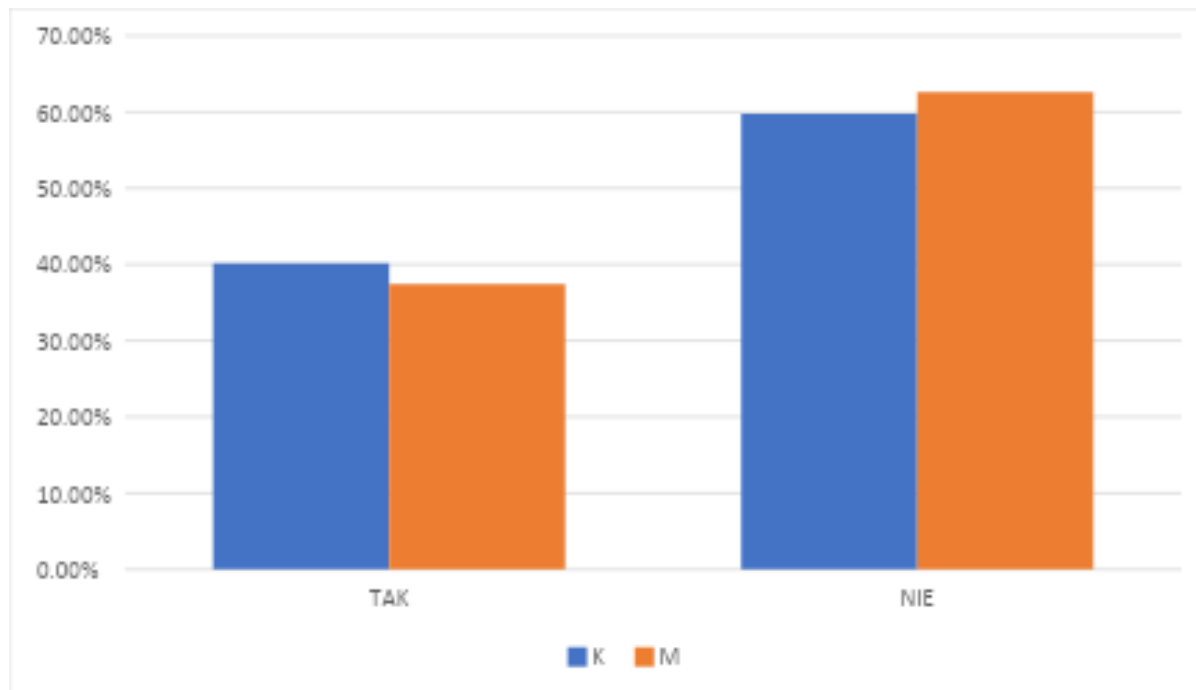
Dane dotyczące opinii programów lub realizowanych studiów w zakresie dostarczania wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży według:

a) Płci

Analiza pokazuje, że większość respondentów uważa te programy za niewystarczające. Na 631 osób, które dostarczyły odpowiedzi, 380 osób (60,2%) stwierdziło, że ich programy nie dostarczają odpowiedniej wiedzy i kompetencji, podczas gdy 251 osób (39,8%) uważało, że tak jest. Analiza według płci pokazuje, że nieco większy procent mężczyzn (62,6%) niż kobiet (59,8%) uważa, że programy te są niewystarczające.

Miary symetryczne takie jak współczynnik Phi i V Kramera (0,020), co wskazuje na bardzo słaby związek pomiędzy płcią a odpowiedziami na pytanie o dostarczanie wiedzy

i kompetencji przez programy. Przybliżone wartości T dla współczynników R Pearsona i korelacji Spearmana wynoszą 0,508 z istotnością przybliżoną na poziomie 0,611, co potwierdza brak statystycznej istotności związku między płcią a postrzeganą adekwatnością programów. Te wyniki wskazują na brak wyraźnych różnic w percepcji między kobietami a mężczyznami.



Wykres 6. Dane dotyczące opinii programów lub realizowanych studiów w zakresie dostarczania wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży według płci

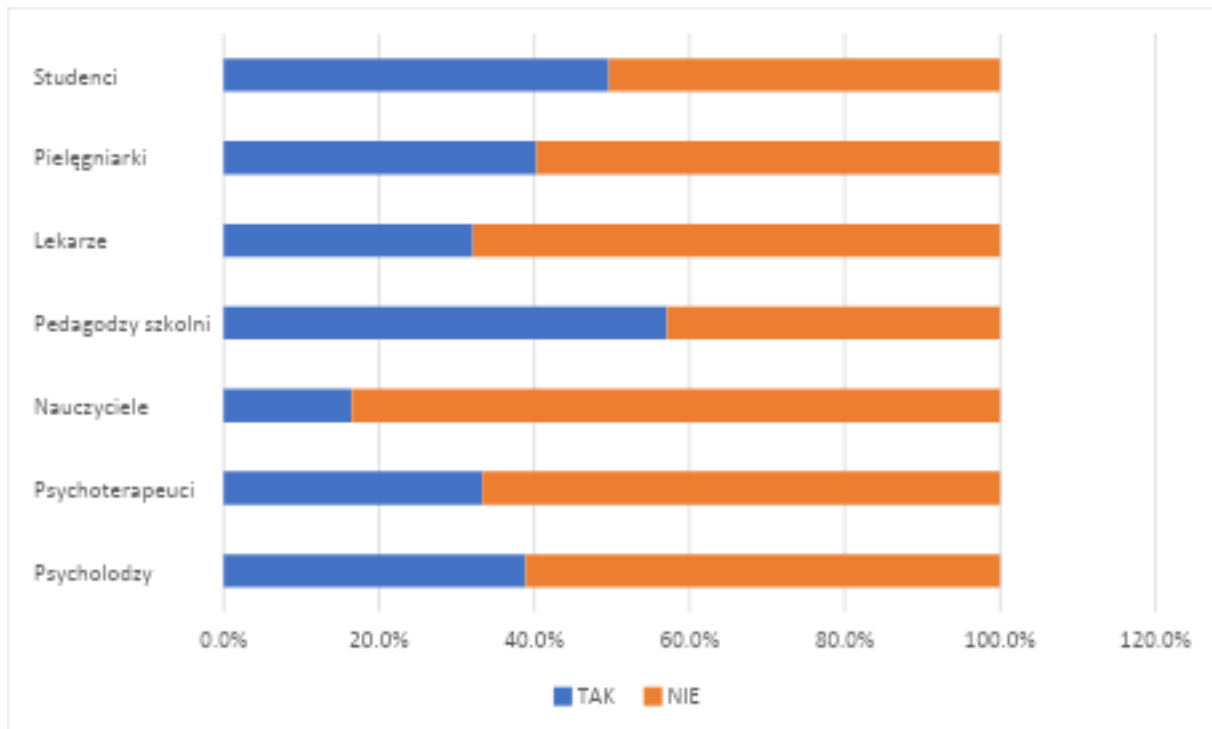
b) Głównej aktywności zawodowej

Szczegółowa analiza pokazuje, że najwyższy procent pozytywnych odpowiedzi pochodzi od pedagogów szkolnych (57,1%), a najniższy od nauczycieli (16,5%). Studentów (49,6%) i lekarzy (32,1%) jest prawie równo podzielonych między pozytywne i negatywne oceny. Psychologowie (38,9%) i pielęgniarki (40,3%) również wykazali umiarkowane wskaźniki zadowolenia z poziomu swojej edukacji w tym obszarze.

Miary symetryczne, takie jak współczynnik Phi i V Kramera, wskazują na istotne statystycznie różnice w odpowiedziach (obie wartości 0,242 z istotnością $p < 0.001$), co sugeruje, że zawód osoby ma znaczący wpływ na percepcję adekwatności szkolenia. Dodatkowo, współczynnik korelacji R Pearsona i korelacja Spearmana (obie mają istotność na poziomie około 0,015) dodatkowo potwierdzają, że istnieje statystycznie istotna korelacja między rodzajem zawodu a odpowiedziami respondentów.

Wnioski z tej analizy wskazują na potrzebę dostosowania programów edukacyjnych do specyficznych potrzeb różnych grup zawodowych pracujących z młodzieżą. Wyniki te podkreślają, że programy te często nie spełniają oczekiwań profesjonalistów, szczególnie w zawodach, gdzie praca z młodzieżą wymaga bezpośredniego i często intensywnego zaangażowania, takich jak nauczyciele i lekarze. Aby zwiększyć skuteczność interwencji w przypadkach zagrożeń samobójczych wśród młodzieży, istotne jest, aby programy te były

bardziej zindywidualizowane i skoncentrowane na praktycznych umiejętnościach niezbędnych w poszczególnych zawodach.



Wykres 7. Dane dotyczące opinii programów lub realizowanych studiów w zakresie dostarczania wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży według głównej aktywności zawodowej.

c) Kierunku studiów

Analiza danych z ankiety skupionej na ocenie, czy ukończone lub realizowane programy studiów dostarczają wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży, wskazuje na wyraźne różnice między kierunkami studiów. Z 262 respondentów biorących udział w badaniu, 130 uważa, że ich edukacja była wystarczająca, podczas gdy 132 twierdzi przeciwnie. Szczególnie interesujące są wyniki w zależności od kierunku studiów, które pokazują dużą różnorodność w percepcji adekwatności programów.

Na kierunku pielęgniarstwo, opinie są podzielone niemal równo, z 49,8% respondentów stwierdzających, że program dostarcza odpowiednich kompetencji, a 50,2% zaprzeczających temu. W przypadku medycyny, wszyscy dwaj respondenci z tego kierunku uznali, że ich edukacja była adekwatna, co może sugerować, że programy medyczne efektywnie przygotowują do rozpoznawania problemów samobójczych, jednak niewielka liczba odpowiedzi nie pozwala na jednoznaczne wnioski. Z kolei w pedagogice, wszyscy trzej respondenci byli niezadowoleni z poziomu swojego przygotowania.

Miary symetryczne, takie jak Phi i V Kramera osiągają wartość 0,138, co wskazuje na niewielką siłę związku między kierunkiem studiów a percepcją adekwatności edukacji, przy czym wartość p wynosi 0,083, sugerując, że różnice mogą mieć pewne, ale nie bardzo silne, statystyczne podstawy. R Pearsona oraz korelacja Spearmana również nie wskazują na silne

związki, z wartościami p odpowiednio 0,290 i 0,651, co dodatkowo potwierdza, że różnice w odpowiedziach nie są jednoznacznie związane z kierunkiem studiów.

Podsumowując, wyniki wskazują na to, że percepcja adekwatności edukacji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży jest zróżnicowana w zależności od kierunku studiów, co może świadczyć o potrzebie bardziej zindywidualizowanego podejścia do kształcenia w różnych dziedzinach. Wyniki te sugerują, że uniwersytety i instytucje edukacyjne mogłyby skorzystać na przeglądzie i dostosowaniu swoich programów, aby lepiej przygotować przyszłych specjalistów do efektywnej pracy z młodzieżą w kryzysie.

Podsumowując, dane z badania wskazują na to, że istnieje ogólne przekonanie wśród respondentów, że programy edukacyjne, które realizowali lub które aktualnie realizują, nie dostarczają w wystarczający sposób wiedzy i kompetencji potrzebnych do rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży. Uwypukla to potrzebę przeglądu i ewentualnej modyfikacji programów szkoleniowych w celu lepszego przygotowania specjalistów do rozpoznawania i interweniowania w przypadku zagrożeń samobójczych wśród młodzieży. Wyniki te są szczególnie ważne dla instytucji edukacyjnych i osób odpowiedzialnych za tworzenie oraz aktualizowanie programów szkoleniowych, podkreślając znaczenie dostosowania ich do realnych potrzeb specjalistów pracujących bezpośrednio z młodzieżą.

Forma własności miejsca pracy: Analiza opinii pracowników różnych sektorów na temat adekwatności programów studiów w zakresie dostarczania wiedzy i kompetencji potrzebnych do rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży wskazuje, że większość respondentów postrzega swoje programy edukacyjne jako niewystarczające. Dane pokazują, że z 294 respondentów tylko 90 (30,6%) uważa, że ich studia przygotowały ich adekwatnie do rozpoznawania zagrożeń samobójczych wśród młodzieży.

Szczególnie w instytucjach publicznych, 70,6% pracowników uważa, że ich edukacja była niewystarczająca. W sektorze prywatnym i publiczno-prywatnym odpowiednio 63,2% i 66,7% pracowników również wyraziło opinie negatywne. To wskazuje na potencjalne braki w programach edukacyjnych w różnych sektorach, które mogą nie spełniać potrzeb profesjonalistów zajmujących się młodzieżą.

Miary symetryczne takie jak współczynniki Phi i V Kramera wynoszące 0,057 wskazują na bardzo słabą zależność pomiędzy typem instytucji a postrzeganiem adekwatności programów. Istotność statystyczna tych miar wynosi 0,625, co potwierdza, że różnice w odpowiedziach między sektorami nie są statystycznie istotne.

Korelacje R Pearsona i Spearmana również wskazują na brak znaczącej zależności między typem sektora a ocenami respondentów, z wartościami odpowiednio -0,044 i -0,052, co dalej podkreśla, że niezależnie od sektora, percepcje na temat adekwatności edukacji są podobne i generalnie negatywne.

Podsumowując, wyniki te podkreślają potrzebę przeglądu i potencjalnej modyfikacji programów studiów, aby lepiej odpowiadały na wymagania zawodowe osób pracujących z młodzieżą. Niezależnie od sektora, istnieje wyraźne wskazanie, że programy te mogą nie być wystarczająco skuteczne w przygotowywaniu specjalistów do efektywnej interwencji w przypadkach zagrożeń samobójczych wśród młodzieży.

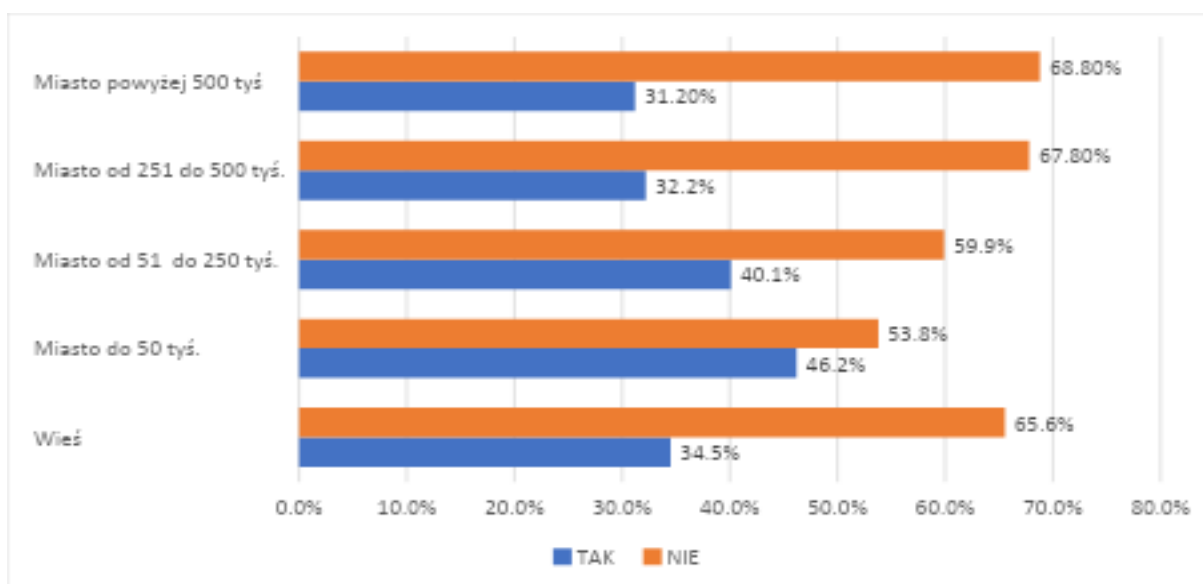
d) Wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki

Analiza danych z ankiety dotyczącej opinii na temat programów ukończonych lub realizowanych studiów w zakresie dostarczania wiedzy i kompetencji niezbędnych do rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży pokazuje, jak percepcja adekwatności tych programów różni się w zależności od wielkości miejscowości, w której znajdują się miejsca pracy respondentów.

Z 631 respondentów, tylko 251 (39,8%) stwierdziło, że ich edukacja dostarczyła im odpowiednich narzędzi do pracy z młodzieżą zagrożoną samobójstwem, podczas gdy 380 (60,2%) uznało swoje przygotowanie za niewystarczające. W miastach do 50 tysięcy mieszkańców 46,2% respondentów oceniło swoją edukację jako wystarczającą, co jest najwyższym wynikiem wśród wszystkich kategorii. Najniższe pozytywne oceny pochodzą z dużych miast powyżej 500 tysięcy mieszkańców, gdzie tylko 31,2% respondentów uznało swoje przygotowanie za adekwatne. W miejscowościach wiejskich pozytywnie swoje przygotowanie oceniło 34,5% respondentów, co sugeruje średni poziom zadowolenia z edukacji.

Miary symetryczne takie jak współczynnik Phi i V Kramera wynoszą 0,119, co wskazuje na niewielką siłę związku między wielkością miejscowości a percepcją przygotowania edukacyjnego. Korelacje R Pearsona i Spearmana osiągają wartości odpowiednio 0,080 i 0,078, co również sugeruje słabe powiązanie tych zmiennych, jednak wartość p dla korelacji R Pearsona wynosząca 0,044 wskazuje na graniczną istotność statystyczną tego związku.

Podsumowując, dane wskazują na różnice w percepcji adekwatności edukacji w zależności od wielkości miejscowości, gdzie mniejsze miasta mogą oferować programy, które są lepiej oceniane przez pracowników sektora edukacji i opieki nad młodzieżą. Te wyniki mogą sugerować potrzebę dostosowania programów edukacyjnych do specyficznych warunków lokalnych, co mogłoby pomóc w lepszym przygotowaniu specjalistów do pracy z młodzieżą.



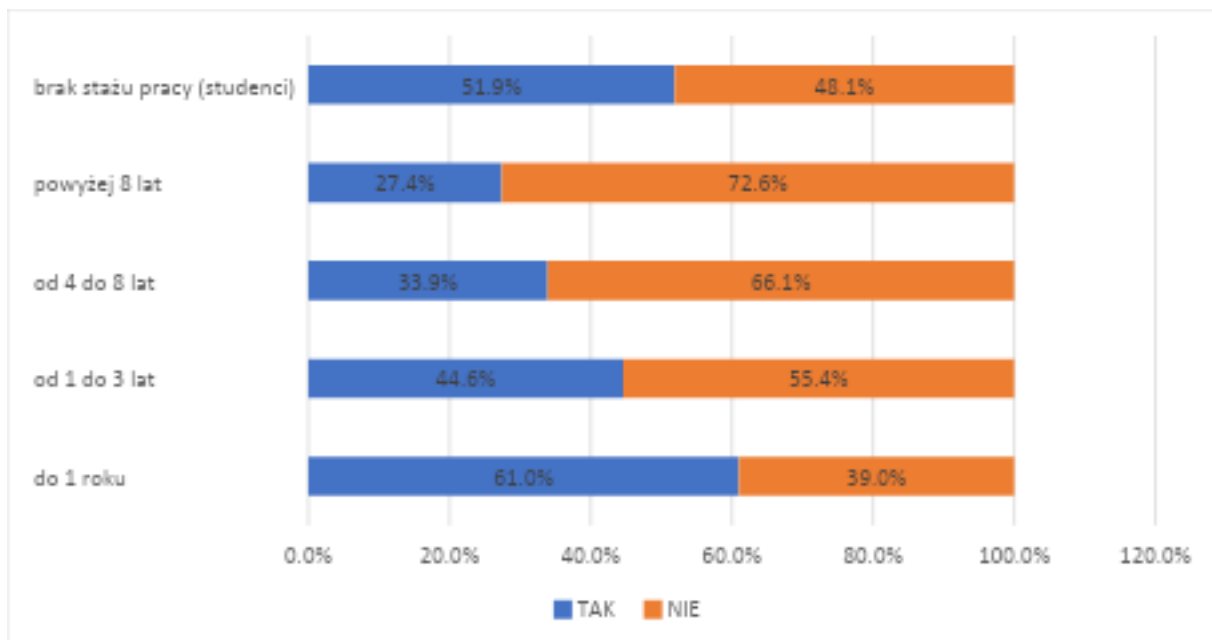
Wykres 8. Dane dotyczące opinii programów lub realizowanych studiów w zakresie dostarczania wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży według wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki

e) Stażu pracy w wyuczonym zawodzie

Analizując wyniki widoczny jest wyraźny wpływ stażu pracy na percepcję przygotowania zawodowego. Osoby z krótkim stażem pracy (do 1 roku) wykazują największe zadowolenie z przygotowania, z 61% stwierdzając, że ich programy studiów były adekwatne. To sugeruje, że nowi absolwenci mogą początkowo czuć się dobrze przygotowani do pracy zawodowej. Zadowolenie maleje w miarę zwiększania się stażu pracy, z 44,6% w grupie od 1 do 3 lat, do 33,9% w grupie od 4 do 8 lat, aż do 27,4% wśród osób pracujących w zawodzie ponad 8 lat. Spadek ten może wskazywać na to, że z czasem profesjonaliści zauważają braki w swoim przygotowaniu, które mogły być niezauważalne na początku kariery. Studenci, którzy jeszcze nie rozpoczęli pracy zawodowej, w 51,9% uznali swoje programy studiów za adekwatne. Może to odzwierciedlać brak doświadczenia w pracy w warunkach naturalnych z młodzieżą.

Współczynniki Phi i V Kramera wynoszą 0,248, co wskazuje na umiarkowaną korelację między stażem pracy a oceną adekwatności przygotowania zawodowego. Istotność statystyczna tych współczynników ($p = 0,000$) podkreśla znaczenie statystyczne tej zależności. R Pearsona i korelacja Spearmana nie wykazują istotnych statystycznie korelacji ($p = 0,844$ dla Pearsona i $p = 0,093$ dla Spearmana), co może wskazywać na brak liniowego związku między długością stażu a percepcją adekwatności edukacji, chociaż wartość Phi i V Kramera sugeruje, że związek istnieje.

Podsumowując, dane te wskazują, że percepcja adekwatności edukacji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży zmienia się z biegiem czasu i zwiększaniem się doświadczenia zawodowego. Młodszy pracownicy często oceniają swoje przygotowanie jako lepsze w porównaniu do tych, którzy mają więcej lat pracy. Wyniki te mogą sugerować potrzebę ciągłego kształcenia i aktualizacji programów edukacyjnych, aby lepiej spełniać potrzeby profesjonalistów na różnych etapach ich karier.



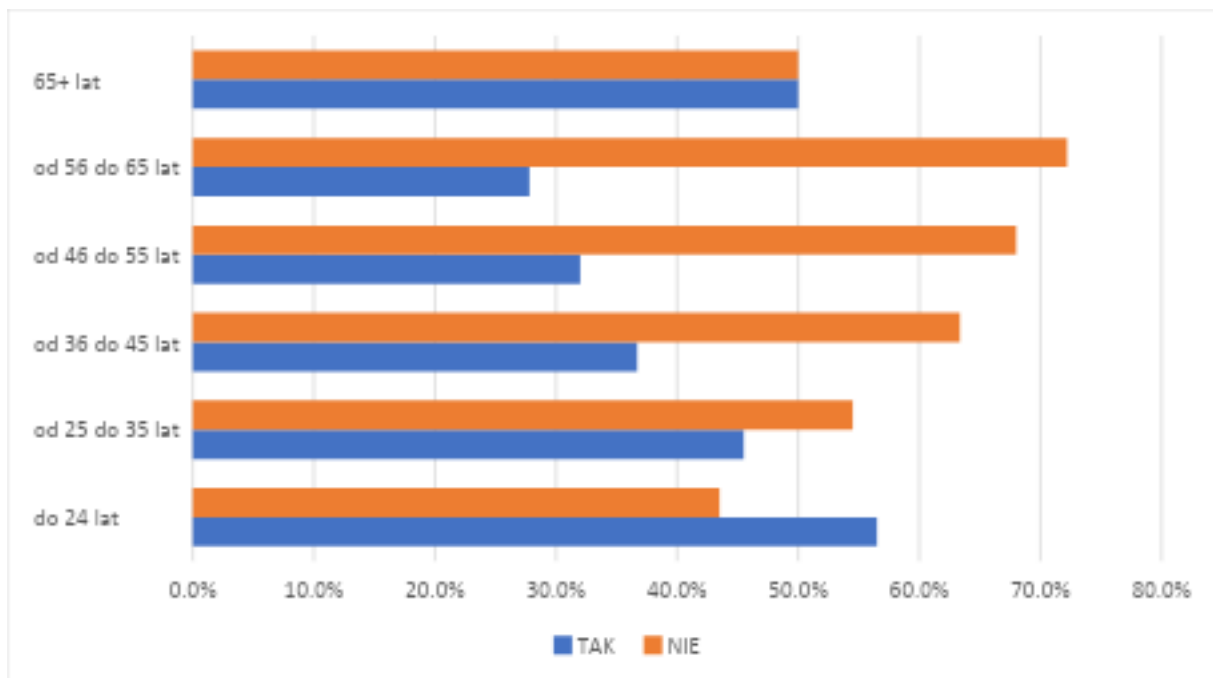
Wykres 9. Dane dotyczące opinii programów lub realizowanych studiów w zakresie dostarczania wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży według stażu pracy w wyuczonym zawodzie

f) Wiek w przedziałach

Analiza wyników pokazuje, że opinie różnią się znacznie w poszczególnych grupach wiekowych. Młodsze osoby do 24 lat wykazują największe zadowolenie z przygotowania – 56,5% pozytywnych odpowiedzi. Satysfakcja maleje wraz z wiekiem. W grupie od 25 do 35 lat 45,5% respondentów oceniło swoje przygotowanie jako wystarczające, podczas gdy wśród osób w wieku od 36 do 45 lat takiej opinii udzieliło już tylko 36,7%. Jeszcze niższe zadowolenie wyrażają osoby w wieku 46 do 55 lat oraz 56 do 65 lat, z odpowiednio 32,0% i 27,8% pozytywnych odpowiedzi. Ciekawym odchyleniem jest wzrost pozytywnych odpowiedzi wśród osób powyżej 65 roku życia, gdzie 50% uważa swoje przygotowanie za wystarczające, co może wynikać z mniejszej liczby respondentów w tej grupie.

Miary symetryczne, takie jak współczynniki Phi i V Kramera, wynoszące 0,165, wskazują na istotną statystycznie korelację między wiekiem a percepcją adekwatności przygotowania, co potwierdzają niskie wartości p na poziomie 0,004. Dodatkowo, korelacje R Pearsona i Spearmana pokazują wartości 0,141 i 0,149, co sugeruje, że istnieje umiarkowana zależność między wiekiem a oceną przygotowania do pracy z młodzieżą. Te korelacje są istotne statystycznie, co wskazuje, że z wiekiem zmienia się postrzeganie przygotowania, a tendencja ta jest systematyczna i znacząca.

Wnioski z tych danych mogą sugerować potrzebę dostosowania programów edukacyjnych, aby lepiej odpowiadały na potrzeby osób na różnych etapach kariery zawodowej. Może to również wskazywać na rosnącą świadomość wyzwań związanych z pracą z młodzieżą, które są lepiej rozumiane i bardziej odczuwalne z doświadczeniem zawodowym.



Wykres 6. Dane dotyczące opinii programów lub realizowanych studiów w zakresie dostarczania wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży według wieku w przedziałach

Podsumowanie

Podsumowując, dane z badania wskazują na to, że istnieje ogólne przekonanie wśród respondentów, że programy edukacyjne, które realizowali lub które aktualnie realizują, nie dostarczają w wystarczający sposób wiedzy i kompetencji potrzebnych do rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży. Uwypukla to potrzebę przeglądu i ewentualnej modyfikacji programów szkoleniowych w celu lepszego przygotowania specjalistów do rozpoznawania i interweniowania w przypadku zagrożeń samobójczych wśród młodzieży. Wyniki te są szczególnie ważne dla instytucji edukacyjnych i osób odpowiedzialnych za tworzenie oraz aktualizowanie programów szkoleniowych, podkreślając znaczenie dostosowania ich do realnych potrzeb specjalistów pracujących bezpośrednio z młodzieżą w celu zapobiegania zachowaniom suicydalnym.

16.4. Pytanie 4. Czy korzysta Pan/Pani z określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
3. Czy korzysta Pan/Pani z określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak. Jakich?	Liczebność	230	39	269
		% z Płeć	42,5%	42,9%	42,6%
	Nie. Dlaczego?	Liczebność	311	52	363
		% z Płeć	57,5%	57,1%	57,4%
Ogółem		Liczebność	541	91	632
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 1. Wyniki odpowiedzi respondentów na pytanie o korzystanie z dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży według płci respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów na pytanie, czy respondenci korzystają z dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży, wyniki wskazują, że 42,6% badanych zadeklarowało korzystanie z takich źródeł, podczas gdy 57,4% nie korzysta z nich.

Wśród kobiet 42,5% potwierdziło korzystanie, a 57,5% zaprzeczyło, co jest niemal identycznym wynikiem w porównaniu do mężczyzn, gdzie 42,9% zadeklarowało korzystanie, a 57,1% nie korzysta z dodatkowych informacji.

Wyniki analizy statystycznej nie wykazały istotnej zależności pomiędzy płcią, a odpowiedziami na to pytanie, o czym świadczą bardzo niskie wartości współczynników korelacji (Phi, V Kramera, Pearsona i Spearmana) oraz wysoki poziom istotności ($p = 0,951$).

Oznacza to, że płeć nie jest czynnikiem różnicującym decyzję o korzystaniu z dodatkowych materiałów informacyjnych. Większość respondentów, niezależnie od płci, nie korzysta z takich źródeł, co może wskazywać na ograniczoną świadomość dostępności takich materiałów lub brak potrzeby korzystania z nich.

Rekomendacje

Wyniki te sugerują konieczność przeprowadzenia dalszych badań nad barierami w korzystaniu z dodatkowych informacji oraz podjęcia działań edukacyjnych mających na celu zwiększenie ich dostępności i promocji, aby dotrzeć do większej liczby odbiorców.

Analizując dane dotyczące korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, można zaobserwować wyraźne różnice między grupami zawodowymi.

Wśród studentów zaledwie 30,2% deklaruje korzystanie z takich źródeł, co oznacza, że większość z nich, czyli 69,8%, nie sięga po dodatkowe materiały informacyjne. W przypadku psychologów aż 88,9% zadeklarowało korzystanie, co stanowi najwyższy odsetek w analizowanych grupach. Psychoterapeuci również często korzystają z dodatkowych źródeł, a 66,7% z nich deklaruje taką aktywność. Nauczyciele i pedagodzy szkolni także charakteryzują się stosunkowo wysokim poziomem korzystania z dodatkowych materiałów, odpowiednio 61,3% i 100%. Lekarze deklarują korzystanie w 53,6%, a pielęgniarki w 40%.

Miary symetryczne wskazują, że **istnieje istotny statystycznie związek między główną aktywnością zawodową a korzystaniem z dodatkowych źródeł informacji**, co potwierdzają wartości współczynnika Phi i V Kramera wynoszące 0,311 oraz poziom istotności $p = 0,000$. Korelacja Pearsona (-0,091) i Spearmana (-0,105) również wykazują istotność statystyczną ($p = 0,022$ oraz $p = 0,008$), co oznacza, że zależność między zmiennymi jest niewielka, ale statystycznie istotna.

Podsumowując, dane pokazują, że osoby zaangażowane w profesję bezpośrednio związane z pomocą psychologiczną, takie jak psychologowie, psychoterapeuci czy pedagodzy szkolni, częściej korzystają z dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród

	Główna aktywność zawodowa:						Ogółem
	Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka
3. Czy korzysta Pan/Pani z określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?							
Tak. Jakich?	79	16	4	68	7	15	80
Nie. Dlaczego?	183	2	2	43	0	13	120
Liczebność	30,2%	88,9%	66,7%	61,3%	100,0%	53,6%	40,0%
% z Główna aktywność zawodowa:	69,8%	11,1%	33,3%	38,7%	0,0%	46,4%	60,0%
Liczebność	262	18	6	111	7	28	200
% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ogółem							
Liczebność	269						
% z Główna aktywność zawodowa:	42,6%						
Liczebność	363						
% z Główna aktywność zawodowa:	57,4%						
Liczebność	632						
% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%						

Tabela 2. Dane dotyczące korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów w podziale na grupy zawodowe.

młodzieży. Natomiast osoby spoza tych profesji, w tym studenci i pielęgniarki, w większości nie sięgają po takie materiały.

Rekomendacje

Wyniki sugerują, że dostępność i promowanie materiałów dotyczących suicydologii powinny być skierowane przede wszystkim do grup, które rzadziej z nich korzystają, aby zwiększyć ich świadomość i wiedzę na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży.

			Kierunek studiów:			Ogółem
			Pielęgniarstwo	Lekarski	Pedagogika	
3. Czy korzysta Pan/Pani z określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak. Jakich?	Liczebność	77	1	1	79
		% z Kierunek studiów:	30,0%	50,0%	33,3%	30,2%
	Nie. Dlaczego?	Liczebność	180	1	2	183
		% z Kierunek studiów:	70,0%	50,0%	66,7%	69,8%
Ogółem		Liczebność	257	2	3	262
		% z Kierunek studiów:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 3. Dane dotyczące korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży z podziałem na kierunek studiów respondentów

Na podstawie analizy danych dotyczących korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży, z uwzględnieniem kierunku studiów respondentów, wynika, że odsetek osób korzystających z takich źródeł różni się między grupami.

Wśród studentów pielęgniarstwa 30% deklaruje korzystanie z dodatkowych źródeł, podczas gdy 70% ich nie używa. W przypadku studentów kierunku lekarskiego i pedagogiki wyniki są mało reprezentatywne z uwagi na małą liczebność próby.

Analiza miar symetrycznych wykazała **brak istotnej zależności między kierunkiem studiów a korzystaniem z dodatkowych źródeł informacji**. Współczynniki Phi i V Kramera wynoszą 0,039, a poziom istotności ($p = 0,822$) wskazuje na brak statystycznie istotnego związku. Korelacje Pearsona (-0,021) i Spearmana (-0,030) również nie wykazują istotności statystycznej ($p = 0,731$ i $p = 0,632$). Oznacza to, że wybór kierunku studiów nie wpływa znacząco na decyzję o korzystaniu z dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży.

Rekomendacje

Większość studentów, niezależnie od kierunku studiów nie korzysta z dodatkowych źródeł informacji na ten temat. Wyniki wskazują na potrzebę szerszego promowania materiałów edukacyjnych i informacyjnych wśród studentów, zwłaszcza na kierunkach takich jak pielęgniarstwo i pedagogika, gdzie przyszli profesjonaliści mogą odgrywać istotną rolę w prewencji zachowań samobójczych wśród młodzieży.

			Forma własności miejsca pracy:			Ogółem
			Publiczna	Prywatna	Publiczno-prywatna	
3. Czy korzysta Pan/Pani z określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak. Jakich?	Liczebność	132	16	13	161
		% z Forma własności miejsca pracy:	55,7%	43,2%	61,9%	54,6%
	Nie. Dlaczego?	Liczebność	105	21	8	134
		% z Forma własności miejsca pracy:	44,3%	56,8%	38,1%	45,4%
Ogółem		Liczebność	237	37	21	295
		% z Forma własności miejsca pracy:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 4. Dane dotyczące korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży z podziałem na formę własności miejsca pracy

Na podstawie analizy danych dotyczących korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży w zależności od formy własności miejsca pracy, wynika, że odsetek osób korzystających z takich źródeł różni się pomiędzy grupami. Wśród pracowników miejsc publicznych 55,7% deklaruje korzystanie z dodatkowych źródeł informacji, natomiast 44,3% wskazuje, że ich nie używa.

W przypadku osób pracujących w sektorze prywatnym 43,2% zadeklarowało korzystanie z dodatkowych źródeł, podczas gdy 56,8% nie korzysta z nich.

Najwyższy odsetek korzystających odnotowano w grupie osób pracujących w miejscach publiczno-prywatnych, gdzie 61,9% respondentów korzysta z dodatkowych źródeł, a 38,1% nie korzysta. Ogółem 54,6% respondentów korzysta z dodatkowych źródeł, a 45,4% ich nie używa.

Miary symetryczne wskazują na **brak istotnej zależności między formą własności miejsca pracy a korzystaniem z dodatkowych źródeł informacji**. Współczynniki Phi i V Kramera wynoszą 0,092, a poziom istotności wynosi $p = 0,288$, co nie pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej o braku związku między analizowanymi zmiennymi. Korelacje Pearsona (0,013) i Spearmana (0,037) również nie wykazały istotności statystycznej, co oznacza, że forma własności miejsca pracy nie wpływa istotnie na decyzję o korzystaniu z dodatkowych materiałów informacyjnych.

Rekomendacje

Większość respondentów zatrudnionych w sektorze publicznym i publiczno-prywatnym deklaruje korzystanie z dodatkowych źródeł informacji na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży, podczas gdy w sektorze prywatnym większa część respondentów z nich nie korzysta. Ogólnie wyniki sugerują brak istotnych różnic w zachowaniu w zależności od formy własności miejsca pracy, jednak promowanie korzystania z takich materiałów w sektorze prywatnym może być wskazane w celu zwiększenia ich dostępności i wykorzystania.

			Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki:					Ogółem
			Wieś	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców	Miasto od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	
3. Czy korzysta Pan/Pani z określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak. Jakich?	Liczebność % z Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki:	35	84	71	25	54	269
			60,3%	35,7%	38,0%	42,4%	58,1%	42,6%
Nie. Dlaczego?		Liczebność	23	151	116	34	39	363
		% z Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki:	39,7%	64,3%	62,0%	57,6%	41,9%	57,4%
Ogółem		Liczebność	58	235	187	59	93	632
		% z Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 5. Dane dotyczące korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży z podziałem na wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki respondentów

Na podstawie analizy tabeli dotyczącej korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży w zależności od wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki respondentów, można zauważyć, że odsetek osób korzystających z takich źródeł różni się w zależności od wielkości miejscowości.

Na wsiach aż 60,3% badanych deklaruje korzystanie z dodatkowych źródeł, podczas gdy 39,7% ich nie używa.

W miastach do 50 tysięcy mieszkańców jedynie 35,7% korzysta z dodatkowych źródeł, a 64,3% ich nie wykorzystuje.

W miastach średniej wielkości (od 51 do 250 tysięcy mieszkańców) korzystanie z dodatkowych źródeł deklaruje 38% badanych, podczas gdy 62% nie sięga po takie materiały.

W większych miastach, liczących od 251 do 500 tysięcy mieszkańców, 42,4% korzysta z dodatkowych źródeł, a 57,6% ich nie używa. W metropoliach powyżej 500 tysięcy mieszkańców 58,1% respondentów deklaruje korzystanie z dodatkowych źródeł, natomiast 41,9% ich nie używa.

Miary symetryczne wskazują, że **istnieje statystycznie istotna, choć niewielka zależność między wielkością miejscowości a korzystaniem z dodatkowych źródeł informacji**. Współczynnik Phi i V Kramera wynoszą 0,190, przy poziomie istotności $p = 0,000$. Natomiast korelacje Pearsona (-0,065) i Spearmana (-0,047) nie wykazały istotności statystycznej, co wskazuje na brak linearnej lub uporządkowanej zależności pomiędzy zmiennymi.

Podsumowując, osoby z mniejszych miejscowości, takich jak wsie częściej deklarują korzystanie z dodatkowych źródeł informacji na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży w porównaniu do osób z miast średniej wielkości.

Rekomendacje

Wyniki sugerują, że należy położyć większy nacisk na promowanie dostępnych materiałów edukacyjnych i informacyjnych niezależnie od wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki osób pracujących z młodzieżą.

Na podstawie analizy tabeli dotyczącej korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży w zależności od stażu pracy w wyuczonym zawodzie respondentów można zauważyć, że odsetek osób korzystających z takich źródeł różni się w zależności od doświadczenia zawodowego.

W grupie osób z najkrótszym stażem (do 1 roku) tylko 26,8% deklaruje korzystanie z dodatkowych źródeł informacji, natomiast 73,2% ich nie wykorzystuje. W przypadku osób pracujących od 1 do 3 lat 46,4% korzysta z dodatkowych źródeł, a 53,6% ich nie używa. Podobny trend występuje wśród osób ze stażem pracy od 4 do 8 lat, gdzie 45,2% deklaruje korzystanie, a 54,8% nie korzysta.

Wśród osób ze stażem pracy powyżej 8 lat odsetek korzystających wzrasta do 52,1%, a 47,9% ich nie wykorzystuje.

Studenci jako grupa bez stażu pracy, wykazują mniejsze zainteresowanie korzystaniem z dodatkowych źródeł – jedynie 31,6% z nich deklaruje korzystanie, natomiast aż 68,4% ich nie używa.

Miary symetryczne wskazują, że istnieje statystycznie istotny związek między stażem pracy a korzystaniem z dodatkowych źródeł informacji. Współczynniki Phi i V Kramera wynoszą 0,198 przy poziomie istotności $p = 0,000$. Korelacja Spearmana (0,081) również wskazuje na istotność statystyczną ($p = 0,041$), co sugeruje pewną uporządkowaną zależność między stażem pracy a korzystaniem z dodatkowych materiałów, jednak jest to zależność słaba. Korelacja Pearsona (0,026) nie wykazuje istotności statystycznej ($p = 0,521$), co wskazuje na brak liniowej zależności.

Podsumowując, wyniki pokazują, że wraz z wydłużaniem się stażu pracy wzrasta odsetek osób korzystających z dodatkowych źródeł informacji. Jednak studenci oraz osoby z krótkim stażem pracy wykazują mniejsze zainteresowanie korzystaniem z takich materiałów.

	Staż pracy w wyuczonym zawodzie:					Ogółem
	do 1 roku	od 1 do 3 lat	od 4 do 8 lat	powyżej 8 lat	brak stażu pracy (student/ka)	
3. Czy korzysta Pan/Pani z określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Liczebność 11	Liczebność 26	Liczebność 28	Liczebność 139	Liczebność 65	Liczebność 269
	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 26,8%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 46,4%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 45,2%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 52,1%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 31,6%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 42,6%
	Liczebność 30	Liczebność 30	Liczebność 34	Liczebność 128	Liczebność 141	Liczebność 363
	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 73,2%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 53,6%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 54,8%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 47,9%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 68,4%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 57,4%
Ogółem	Liczebność 41	Liczebność 56	Liczebność 62	Liczebność 267	Liczebność 206	Liczebność 632
	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 100,0%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 100,0%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 100,0%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 100,0%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 100,0%	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie: 100,0%

Tabela 6. Dane dotyczące korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży z podziałem na staż pracy w wyuczonym zawodzie respondentów

Rekomendacje

Dane wskazują na konieczność większej promocji dodatkowych źródeł informacji szczególnie wśród osób rozpoczynających karierę zawodową, aby zwiększyć ich wiedzę i świadomość dotyczącą zachowań samobójczych wśród młodzieży.

Na podstawie analizy danych dotyczących korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży w różnych grupach wiekowych respondentów, można zauważyć wyraźne zróżnicowanie w odsetkach osób korzystających z tych źródeł.

Wśród najmłodszych respondentów (do 24 lat) 41,9% deklaruje korzystanie z dodatkowych materiałów, podczas gdy 58,1% ich nie używa.

W grupie od 25 do 35 lat tylko 33,2% korzysta z dodatkowych źródeł, a 66,8% ich nie wykorzystuje, co stanowi najniższy odsetek korzystających w analizowanych grupach.

Dla osób w przedziale wiekowym od 36 do 45 lat odsetek korzystających wynosi 41,8%, a niekorzystających 58,2%.

W grupie od 46 do 55 lat odsetek korzystających wzrasta do 51,6%, a w grupie od 56 do 65 lat wynosi 53,7%.

Największy odsetek korzystających z dodatkowych źródeł odnotowano w grupie 65+ lat, gdzie wynosi on 63,6%, natomiast 36,4% w tej grupie nie korzysta z takich materiałów.

Miary symetryczne wskazują na **istotną statystycznie zależność między wiekiem a korzystaniem z dodatkowych źródeł informacji**. Współczynniki Phi i V Kramera wynoszą 0,157, a poziom istotności $p = 0,008$ potwierdza tę zależność. Korelacje Pearsona (-0,132) i Spearmana (-0,134) również wykazują istotność statystyczną ($p < 0,001$), co sugeruje uporządkowaną, ale słabą negatywną zależność między zmiennymi, wskazującą, że młodsze osoby rzadziej korzystają z dodatkowych materiałów.

Podsumowując, korzystanie z dodatkowych źródeł informacji na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży wzrasta wśród respondentów wraz z ich wiekiem, szczególnie w grupach powyżej 45 lat.

3. Czy korzysta Pani/Pani z Tak. Jakich? określonych, dodatkowych źródeł informacji dotyczących zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Wiek w przedziałach						Ogółem
	do 24 lat	od 25 do 35 lat	od 36 do 45 lat	od 46 do 55 lat	od 56 do 65 lat	65+ lat	
	Liczebność % z Wiek w przedziałach	Liczebność % z Wiek w przedziałach	Liczebność % z Wiek w przedziałach	Liczebność % z Wiek w przedziałach	Liczebność % z Wiek w przedziałach	Liczebność % z Wiek w przedziałach	
Ogółem	26 41,9%	62 33,2%	82 41,8%	63 51,6%	29 53,7%	7 63,6%	269 42,6%
	36 58,1%	125 66,8%	114 58,2%	59 48,4%	25 46,3%	4 36,4%	363 57,4%
	62 100,0%	187 100,0%	196 100,0%	122 100,0%	54 100,0%	11 100,0%	632 100,0%

Tabela 7. Dane dotyczące korzystania z dodatkowych źródeł informacji o zachowaniach samobójczych wśród młodzieży z podziałem na grupy wiekowe respondentów

Rekomendacje

Wyniki wskazują na potrzebę skoncentrowania działań edukacyjnych na młodszych grupach wiekowych, w szczególności osobach w przedziale 25-35 lat, gdzie odsetek korzystających z takich materiałów jest najniższy. Ułatwienie dostępu do tych informacji oraz dostosowanie treści do potrzeb młodszych odbiorców może pomóc w zwiększeniu ich wykorzystania.

16.5. Pytanie 5. Czy w okresie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan/Pani uczestniczyć w kursach/szkoleniach lub wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży?

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
4. Czy w okresie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan/Pani uczestniczyć w kursach/szkoleniach lub wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak	Liczebność	229	35	264
		% z Płeć	42,4%	38,5%	41,8%
	Nie	Liczebność	311	56	367
		% z Płeć	57,6%	61,5%	58,2%
	Ogółem	Liczebność	540	91	631
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 8. Dane dotyczące zamiaru uczestniczenia w ciągu najbliższych 6 miesięcy w kursach/szkoleniach/ wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży z podziałem na płeć respondentów

Analiza danych z tabeli wskazuje, że wśród osób dorosłych pracujących z młodzieżą, większy odsetek respondentów deklaruje, że nie zamierza uczestniczyć w kursach lub szkoleniach dotyczących rozpoznawania zachowań samobójczych w najbliższych 6 miesiącach. Ogółem 41,8% badanych odpowiedziało twierdząco, podczas gdy 58,2% wskazało odpowiedź negatywną.

Pod względem płci widać, że kobiety są nieco bardziej skłonne do uczestnictwa w tego typu działaniach edukacyjnych – 42,4% deklaruje udział w szkoleniach, w porównaniu do 38,5% mężczyzn. Jednak mimo tej różnicy, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, dominującą odpowiedzią jest brak planów uczestnictwa, co deklaruje 57,6% kobiet i aż 61,5% mężczyzn. Wynika z tego, że bez względu na płeć, większość respondentów nie zamierza uczestniczyć w takich kursach w najbliższych miesiącach.

Analiza ogólnej liczebności wskazuje, że kobiety stanowią zdecydowaną większość respondentów (540 z 631, czyli 85,6%), co może wpływać na ogólny obraz wyników, gdzie dominują odpowiedzi tej grupy. Mężczyźni są mniejszością w próbie badawczej, co warto uwzględnić przy interpretacji wyników.

Podsumowując:

Większość respondentów, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, nie zamierza uczestniczyć w kursach lub szkoleniach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży w ciągu najbliższych 6 miesięcy. Jednak kobiety częściej deklarują gotowość do udziału w tego typu działaniach w porównaniu do mężczyzn, co może wskazywać na większą otwartość tej grupy na rozwój w obszarze prewencji zachowań samobójczych wśród młodzieży.

Analiza danych wskazuje na zróżnicowanie w deklaracjach uczestnictwa w kursach lub szkoleniach dotyczących rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów. Ogółem 41,8% osób deklaruje zamiar uczestnictwa w takich wydarzeniach, podczas gdy 58,2% respondentów nie planuje tego zrobić w najbliższych 6 miesiącach.

W podziale na grupy zawodowe, najwyższy odsetek osób deklarujących uczestnictwo odnotowano wśród pedagogów szkolnych, gdzie aż 85,7% wskazało odpowiedź twierdzącą. Podobnie wysokie zaangażowanie obserwuje się w grupie psychologów, z których 66,7% planuje uczestnictwo w takich szkoleniach. Z kolei psychoterapeuci wykazują najmniejsze zainteresowanie tego rodzaju kursami, gdzie jedynie 16,7% planuje udział. Wśród nauczycieli, lekarzy i pielęgniarek odsetek odpowiedzi twierdzących wynosi odpowiednio 31,8%, 25,0% i 37,5%.

Studenci, którzy również zostali uwzględnieni w badaniu, dzielą się niemal równo na dwie grupy – 48,9% z nich deklaruje uczestnictwo w szkoleniach, podczas gdy 51,1% nie zamierza tego robić. Warto zauważyć, że nauczyciele i pielęgniarki, choć bardziej liczni, wykazują

		Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
		Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
4. Czy w okresie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan/Pani uczestniczyć w kursach/szkoleniach lub wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak	128	12	1	35	6	7	75	264
		48,9%	66,7%	16,7%	31,8%	85,7%	25,0%	37,5%	41,8%
	Nie	134	6	5	75	1	21	125	367
		51,1%	33,3%	83,3%	68,2%	14,3%	75,0%	62,5%	58,2%
Ogółem	Liczebność	262	18	6	110	7	28	200	631
	% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 9. Dane dotyczące zamiaru uczestniczenia w ciągu najbliższych 6 miesięcy w kursach/szkoleniach/wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

mniej zainteresowanie w porównaniu do psychologów i pedagogów szkolnych, którzy są bardziej zaangażowani w prewencję zachowań samobójczych wśród młodzieży.

Podsumowując:

W okresie najbliższych 6 miesięcy 41,8% respondentów planuje uczestniczyć w kursach lub szkoleniach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży. Największą gotowość do udziału deklarują pedagodzy szkolni i psychologowie, podczas gdy psychoterapeuci i lekarze są grupami, które w przeważającej większości nie planują uczestnictwa w takich wydarzeniach. Studenci są podzieleni w swoich deklaracjach, co może wynikać z ich wczesnego etapu kariery zawodowej.

			Forma własności miejsca pracy:			Ogółem	
			Publiczna	Prywatna	Publiczno-prywatna		
4. Czy w okresie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan/Pani uczestniczyć w kursach/szkoleniach lub wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak	Liczebność	83	16	8	107	
		% z Forma własności miejsca pracy:	35,2%	43,2%	38,1%	36,4%	
	Nie	Liczebność	153	21	13	187	
		% z Forma własności miejsca pracy:	64,8%	56,8%	61,9%	63,6%	
	Ogółem		Liczebność	236	37	21	294
			% z Forma własności miejsca pracy:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 10. Dane dotyczące zamiaru uczestniczenia w ciągu najbliższych 6 miesięcy w kursach/szkoleniach/ wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży z podziałem na formę własności miejsca pracy

Rozkład odpowiedzi różni się w zależności od formy własności miejsca pracy. Wśród osób pracujących w sektorze publicznym 35,2% deklaruje udział w szkoleniach, natomiast 64,8% nie planuje uczestnictwa. Respondenci zatrudnieni w sektorze prywatnym wykazują nieco wyższy poziom zainteresowania – 43,2% z nich deklaruje chęć uczestnictwa, a 56,8% wyraża brak zainteresowania. W sektorze publiczno-prywatnym 38,1% osób zamierza uczestniczyć w szkoleniach, a 61,9% nie planuje tego robić.

Na podstawie danych można zauważyć, że osoby pracujące w sektorze prywatnym wykazują najwyższy odsetek zainteresowania szkoleniami, co może być związane z większymi możliwościami rozwoju zawodowego w tym sektorze lub innym podejściem do szkolenia pracowników. Jednak we wszystkich sektorach dominują osoby, które nie zamierzają brać udziału w takich szkoleniach, co może wskazywać na konieczność większej promocji tego typu działań i zwiększenia świadomości na temat ich znaczenia.

Podsumowując:

Zainteresowanie jest najwyższe wśród osób pracujących w sektorze prywatnym, jednak we wszystkich formach własności miejsc pracy większość respondentów nie planuje udziału w takich wydarzeniach, co może wskazywać na potrzebę większej promocji tych szkoleń.

			Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki:					Ogółem
			Wieś	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców	Miasto od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	
4. Czy w okresie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan/Pani uczestniczyć w kursach/szkoleniach lub wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak	Liczebność	29	102	81	23	29	264
		% z Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki:	50,0%	43,6%	43,3%	39,0%	31,2%	41,8%
	Nie	Liczebność	29	132	106	36	64	367
		% z Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki:	50,0%	56,4%	56,7%	61,0%	68,8%	58,2%
	Ogółem	Liczebność	58	234	187	59	93	631
		% z Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 11. Dane dotyczące zamiaru uczestniczenia w ciągu najbliższych 6 miesięcy w kursach/szkoleniach/ wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży z podziałem na wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki respondentów

Analiza danych pokazuje, że zainteresowanie uczestnictwem w kursach lub szkoleniach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży różni się w zależności od wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki respondentów.

Największy odsetek osób deklarujących chęć udziału w szkoleniach pochodzi ze wsi, gdzie 50% respondentów planuje uczestnictwo. W miastach do 50 tysięcy mieszkańców zainteresowanie wynosi 43,6%, a w miastach od 51 do 250 tysięcy mieszkańców 43,3%. W miastach od 251 do 500 tysięcy mieszkańców zainteresowanie spada do 39%, a w największych miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców tylko 31,2% respondentów wyraża chęć uczestnictwa. W tych samych kategoriach odsetek osób, które nie zamierzają brać udziału w szkoleniach, wzrasta od 50% na wsiach do 68,8% w największych miastach.

Z wyników można wyciągnąć wniosek, że osoby pracujące w mniejszych miejscowościach wykazują większą gotowość do uczestnictwa w kursach, co może wynikać z większego zapotrzebowania na tego typu szkolenia lub braku dostępu do innych form wsparcia w mniejszych społecznościach. Z kolei w dużych miastach wyższy odsetek osób nieplanujących udziału w takich kursach może wynikać z większej dostępności innych zasobów lub mniejszego poczucia potrzeby uczestnictwa w dodatkowych szkoleniach.

Podsumowując:

Chęć uczestnictwa jest najwyższa na wsiach, gdzie połowa badanych planuje wziąć udział w takich wydarzeniach, a najniższa w największych miastach, gdzie tylko 31,2% respondentów wyraża taką gotowość. Większość osób z największych miast deklaruje brak zainteresowania uczestnictwem, co może wskazywać na różnice w postrzeganiu potrzeby szkoleń w zależności od wielkości miejscowości.

Analiza danych wskazuje, że zamiar uczestnictwa w kursach lub szkoleniach dotyczących rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży różni się w zależności od stażu pracy respondentów w wyuczonym zawodzie.

Największy odsetek osób deklarujących chęć udziału w szkoleniach to respondenci z najmniejszym stażem pracy, czyli do 1 roku, gdzie 53,7% wyraża taką gotowość. Podobne wyniki (51,8%) obserwuje się w grupie osób z doświadczeniem od 1 do 3 lat. Wraz ze wzrostem stażu pracy spada odsetek osób zainteresowanych uczestnictwem w kursach – tylko 35,7% osób z doświadczeniem zawodowym powyżej 8 lat planuje wziąć w nich udział. Wśród studentów, którzy nie posiadają stażu pracy, 47,1% deklaruje chęć uczestnictwa, co jest wynikiem porównywalnym z najmniej doświadczonymi grupami.

Osoby z dłuższym stażem, szczególnie powyżej 8 lat, wyraźnie rzadziej deklarują chęć uczestnictwa – 64,3% z nich nie planuje udziału w kursach. Może to wynikać z przekonania o wystarczających kompetencjach lub mniejszej motywacji do dalszego rozwoju w tym obszarze. Studenci oraz osoby z krótszym stażem mogą być bardziej

	Staż pracy w wyuczonym zawodzie:					Ogółem
	do 1 roku	od 1 do 3 lat	od 4 do 8 lat	powyżej 8 lat	brak stażu pracy (student/ka)	
4. Czy w okresie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan/Pani uczestniczyć w kursach/szkoleniach lub wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Liczebność					
	Tak	22	29	21	95	264
	Nie	19	27	41	171	367
	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie:	53,7%	51,8%	33,9%	35,7%	41,8%
Ogółem	Liczebność	41	56	62	266	631
	% z Staż pracy w wyuczonym zawodzie:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 12. Dane dotyczące zamiaru uczestniczenia w ciągu najbliższych 6 miesięcy w kursach/szkoleniach/wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży z podziałem na staż pracy w wyuczonym zawodzie respondentów

otwarci na nowe doświadczenia i rozwój umiejętności, co wyjaśnia ich większe zainteresowanie udziałem w szkoleniach.

Podsumowując:

Największe zainteresowanie deklarują osoby z najmniejszym stażem pracy oraz studenci, natomiast najmniejsze osoby z długoletnim doświadczeniem zawodowym, co może wskazywać na różnice w motywacjach i potrzebach rozwojowych w zależności od etapu kariery zawodowej.

Analiza danych wskazuje na zależność między wiekiem respondentów, a deklarowanym zamiarem uczestnictwa w kursach lub szkoleniach dotyczących rozpoznawania zachowań samobójczych wśród młodzieży.

Największy odsetek osób deklarujących chęć uczestnictwa występuje w grupie wiekowej do 24 lat, gdzie 53,2% badanych wyraża takie zamiary. W grupie wiekowej od 36 do 45 lat 47,2% respondentów deklaruje chęć uczestnictwa, co również stanowi wysoki odsetek. W grupie wiekowej od 25 do 35 lat zainteresowanie jest nieco niższe i wynosi 39%, a w grupie od 46 do 55 lat – 41,5%. Wśród osób w wieku od 56 do 65 lat oraz powyżej 65 lat odsetek osób planujących uczestnictwo spada znacząco, wynosząc odpowiednio 24,1% i 20%.

Wyniki sugerują, że młodsze osoby, szczególnie w wieku do 24 lat, są bardziej skłonne do uczestnictwa w szkoleniach, co może być związane z większą otwartością na zdobywanie nowych umiejętności i doświadczeń. W starszych grupach wiekowych, zwłaszcza powyżej 56 lat, zainteresowanie szkoleniami jest mniejsze, co może wynikać z poczucia wystarczających kompetencji lub innych priorytetów zawodowych i życiowych.

		Wiek w przedziałach						Ogółem
		do 24 lat	od 25 do 35 lat	od 36 do 45 lat	od 46 do 55 lat	od 56 do 65 lat	65+ lat	
4. Czy w okresie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan/Pani uczestniczyć w kursach/szkoleniach lub wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży?	Tak	33	73	92	51	13	2	264
		53,2%	39,0%	47,2%	41,5%	24,1%	20,0%	41,8%
	Nie	29	114	103	72	41	8	367
		46,8%	61,0%	52,8%	58,5%	75,9%	80,0%	58,2%
Ogółem		62	187	195	123	54	10	631
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 13. Dane dotyczące zamiaru uczestniczenia w ciągu najbliższych 6 miesięcy w kursach/szkoleniach/wykładach związanych z rozpoznawaniem zachowań samobójczych wśród młodzieży z podziałem na grupy wiekowe respondentów

Podsumowując:

Zainteresowanie doszkalaniami w ciągu najbliższych 6 miesięcy jest najwyższe wśród najmłodszych respondentów do 24 lat oraz w grupie wiekowej od 36 do 45 lat. W starszych grupach wiekowych, zwłaszcza wśród osób powyżej 56 lat, zainteresowanie maleje.

16.6. Pytanie 6. Jakie są Pana/Pani zdaniem czynniki zmniejszające ryzyko potencjalnych zachowań samobójczych wśród młodzieży?

Badaniu poddano takie czynniki, jak:

1. Otwartość na doświadczenia innych ludzi
2. Tendencja do autoagresji
3. Dobre relacje z kolegami w szkole
4. Niepewność co do własnej tożsamości lub orientacji seksualnej
5. Wiara w siebie i poczucie własnej wartości
6. Drażliwość, labilność emocjonalna
7. Niska odporność na stres
8. Lękliwość
9. Unikanie prowokacyjnych zachowań
10. „Sztywność” myślenia
11. Przynależność do wspólnot/klubów zainteresowań
12. Tendencja do fantazjowania
13. Dobre relacje w rodzinie
14. Przeżyte doświadczenie molestowania seksualnego w dzieciństwie

Wyniki wg płci respondentów

Wnioski oparte zebranych danych wskazują, że opinie dorosłych pracujących z młodzieżą odnośnie czynników wpływających na ryzyko potencjalnych zachowań samobójczych różnią się w zależności od płci respondentów.

Wiara w siebie i poczucie własnej wartości zostały uznane za najważniejsze czynniki chroniące, przy czym kobiety znacznie częściej niż mężczyźni wskazywały na ich znaczenie (95,3% wobec 90,1%). Dobre relacje z kolegami w szkole oraz w rodzinie również zostały uznane za kluczowe, a kobiety ponownie częściej niż mężczyźni identyfikowały je jako istotne (odpowiednio 93,7% i 92% kobiet wobec 86,8% mężczyzn).

Otwartość na doświadczenia innych ludzi była kolejnym czynnikiem wysoko ocenianym przez respondentów, z nieco większym udziałem kobiet (87% wobec 81,3% mężczyzn).

Przynależność do wspólnot lub klubów zainteresowań została wskazana przez 79% kobiet i 67,8% mężczyzn jako ważny czynnik ochronny, co podkreśla znaczenie integracji społecznej.

Rekomendacje

Wspieranie młodzieży w budowaniu silnych więzi społecznych, poczucia własnej wartości i otwartości na innych wydaje się być kluczowe w ograniczaniu ryzyka zachowań samobójczych. Kształtowanie pozytywnej samooceny i wzmacnianie więzi społecznych to strategie, które mają potencjał ograniczenia ryzyka zachowań samobójczych.

Główna aktywność zawodowa respondentów

Analiza przedstawionych danych wskazuje, że różne grupy zawodowe oceniają nieco odmiennie czynniki zmniejszające ryzyko zachowań samobójczych wśród młodzieży.

Dobre relacje w rodzinie były kluczowe dla większości grup zawodowych, z najwyższymi wynikami wśród psychologów, psychoterapeutów i pedagogów szkolnych (100%). Podobnie wysoki poziom uznania dla tego czynnika wykazali nauczyciele (97,2%) i studenci (88,1%). Równie ważne były dobre relacje z kolegami w szkole, które wskazało aż 100% psychologów i psychoterapeutów oraz ponad 90% nauczycieli i pielęgniarek.

Wiara w siebie i poczucie własnej wartości była wskazywana niemal jednogłośnie przez psychologów, psychoterapeutów i pedagogów, a także w ponad 90% przez pozostałe grupy zawodowe.

Otwartość na doświadczenia innych ludzi była szczególnie istotna dla studentów, nauczycieli i pielęgniarek, gdzie ponad 86% respondentów wskazało ją jako kluczowy czynnik ochronny. Z kolei przynależność do wspólnot i klubów zainteresowań została szczególnie wysoko oceniona przez psychoterapeutów (100%) oraz pedagogów i psychologów (odpowiednio 100% i 83,3%).

Rekomendacje:

Respondenci różnych zawodów zwracają uwagę na znaczenie budowania poczucia własnej wartości i integracji społecznej, choć ich priorytety mogą się różnić w zależności od doświadczenia zawodowego i obszaru działania. W związku z tym działania prewencyjne powinny być ukierunkowane na wzmacnianie relacji społecznych, rozwijanie umiejętności interpersonalnych i promowanie pozytywnej samooceny wśród młodzieży.

Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki respondentów

Analiza danych wskazuje, że wielkość miejscowości pracy lub nauki respondentów różnicuje odpowiedzi dotyczące czynników zmniejszających ryzyko potencjalnych zachowań samobójczych wśród młodzieży.

W przypadku otwartości na doświadczenia innych ludzi największy odsetek pozytywnych odpowiedzi zanotowano w miastach do 50 tysięcy mieszkańców (87,2%) oraz na wsi (86,2%), co sugeruje, że w mniejszych miejscowościach respondenci częściej dostrzegają ten czynnik jako istotny.

Wiara w siebie i poczucie własnej wartości była wysoko oceniana we wszystkich grupach, jednak największe poparcie zanotowano w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (96,7%).

Przynależność do wspólnot lub klubów zainteresowań była ceniona w podobnym stopniu we wszystkich grupach, choć najwyższe wartości odnotowano w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (80,9%).

Dobre relacje w rodzinie były najbardziej cenione w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (94,4%) oraz w miastach od 251 do 500 tysięcy mieszkańców (94,9%).

Rekomendacje:

Wielkość miejscowości wpływa na różne postrzeganie czynników chroniących, przy czym mniejsze miejscowości częściej podkreślają znaczenie relacji społecznych i tradycyjnych norm, podczas gdy w większych ośrodkach miejskich większy nacisk kładzie się na autonomię jednostki i społeczne wsparcie w grupie.

To zróżnicowanie wskazuje na potrzebę dostosowania działań profilaktycznych do kontekstu lokalnego.

Staż pracy w wyuczonym zawodzie respondentów

Respondenci z różnym stażem pracy w zawodzie wykazują znaczące podobieństwa w ocenie kluczowych czynników zmniejszających ryzyko zachowań samobójczych, takich jak otwartość na doświadczenia innych ludzi, dobre relacje z kolegami w szkole, wiara w siebie i poczucie własnej wartości oraz przynależność do wspólnot lub klubów zainteresowań. Największy odsetek wskazań, niezależnie od stażu pracy, dotyczył czynników takich jak dobre relacje z kolegami w szkole (powyżej 91% we wszystkich grupach) oraz wiara w siebie i poczucie własnej wartości (również powyżej 92% we wszystkich grupach).

Analizując szczegółowe dane, można zauważyć, że osoby z najdłuższym stażem pracy (powyżej 8 lat) konsekwentnie wykazują najwyższy poziom wiedzy w zakresie znaczenia tych czynników, co przejawia się wysokim odsetkiem odpowiedzi „tak”. Przykładowo, 95,5% osób z tej grupy wskazało wiarę w siebie i poczucie własnej wartości jako istotny czynnik ochronny, co jest najwyższą wartością wśród wszystkich grup stażowych. Podobne tendencje można zauważyć w odniesieniu do dobrych relacji w rodzinie (95,1%) oraz otwartości na doświadczenia innych ludzi (85,3%).

Osoby z krótszym stażem pracy (do 1 roku i od 1 do 3 lat) również dobrze rozpoznają znaczenie czynników ochronnych, choć ich wyniki są nieco mniej spójne w porównaniu do grupy z długim stażem. Na przykład, w przypadku przynależności do wspólnot/klubów zainteresowań, osoby z krótkim stażem (do 1 roku) wskazywały ten czynnik rzadziej (75,6%) w porównaniu do grup z dłuższym stażem, jak np. od 1 do 3 lat (81,8%). Natomiast w przypadku studentów, którzy nie mają jeszcze doświadczenia zawodowego, wyniki były zbliżone do innych grup, co wskazuje na to, że wiedza o czynnikach ochronnych może być zdobywana także na etapie edukacji, a nie tylko podczas praktyki zawodowej.

Ogólny trend wskazuje, że dłuższy staż pracy w zawodzie pozytywnie koreluje z wyższym poziomem wiedzy i bardziej ugruntowaną oceną czynników zmniejszających

ryzyko zachowań samobójczych wśród młodzieży. Jednocześnie nawet osoby z krótszym doświadczeniem zawodowym wykazują stosunkowo wysoki poziom świadomości w tym zakresie, co może wynikać z wcześniejszej edukacji lub przygotowania teoretycznego.

Grupy wiekowe respondentów

Analizując dane można zauważyć różnice w percepcji czynników zmniejszających ryzyko potencjalnych zachowań samobójczych w zależności od wieku respondentów.

Otwartość na doświadczenia innych ludzi: Największy odsetek osób uznających ten czynnik za istotny znajduje się w grupach wiekowych do 24 lat (90,2%) oraz od 25 do 35 lat (90,4%).

W grupie 36-45 lat odsetek ten spada do 79,9%, ale rośnie ponownie do około 87% w starszych grupach wiekowych. To może sugerować, że młodsi i starsi dorośli częściej rozpoznają znaczenie otwartości na doświadczenia innych jako ochronnego czynnika, podczas gdy osoby w średnim wieku są bardziej sceptyczne.

Dobre relacje z kolegami w szkole: Ten czynnik był wskazywany jako kluczowy przez większość respondentów we wszystkich grupach wiekowych, przy czym najwyższe wyniki odnotowano w grupach od 46 do 65 lat (96,3-96,7%). To sugeruje, że starsi dorośli, pracujący z młodzieżą, dostrzegają szczególną wagę relacji rówieśniczych.

Wiara w siebie i poczucie własnej wartości: Jest to jeden z najczęściej wskazywanych czynników we wszystkich grupach wiekowych. Najwyższe wartości odnotowano wśród osób do 24 lat (98,4%) oraz 56-65 lat (98,1%). Można przypuszczać, że młodsi dorośli bardziej identyfikują się z młodzieżą, a starsi są świadomi znaczenia tego aspektu z racji swojego doświadczenia.

Przynależność do wspólnot/klubów zainteresowań: W grupach wiekowych 56-65 lat oraz powyżej 65 lat odsetek wskazań wynosi odpowiednio 85,2% i 90%. To wskazuje, że starsze osoby szczególnie doceniają rolę grup społecznych w przeciwdziałaniu izolacji i ryzykownym zachowaniom. Młodsze grupy wiekowe wskazywały ten czynnik rzadziej, co może wynikać z ich mniejszego doświadczenia lub innego rozumienia funkcji takich grup.

Dobre relacje w rodzinie: Relacje rodzinne zostały uznane za kluczowe przez większość respondentów we wszystkich grupach wiekowych, szczególnie wśród osób od 46 do 65 lat (93,4-96,3%). Natomiast w grupie powyżej 65 lat odsetek ten spada do 80%, co może wynikać z innych priorytetów tej grupy wiekowej lub mniejszej liczby interakcji z młodzieżą.

Podsumowanie

Percepcja czynników ochronnych przed zachowaniami samobójczymi wśród młodzieży różni się w zależności od wieku respondentów, z większym uznaniem dla otwartości, relacji rówieśniczych, wiary w siebie i wspólnoty wśród młodszych i starszych grup, podczas gdy osoby w średnim wieku wykazują większy sceptycyzm wobec niektórych aspektów.

16.7. Pytanie 7. Którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo?

Zadaniem respondentów (N = 627) było wskazać, którą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo, wybierając spośród czterech możliwych odpowiedzi (tj. pierwszą, drugą, trzecią albo czwartą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest samobójstwo).

Samobójstwo jako pierwszą przyczynę wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat wskazało 238 badanych, którzy stanowią 38,0% ogółu uczestników badania. Jako drugą przyczynę wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat samobójstwo wskazało 242 badanych, co stanowi 38,6% ogółu respondentów, zaś jako trzecią 109 badanych, co stanowi 17,4% ogółu badanych. Samobójstwo jako czwarta przyczyna wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat została wskazana przez 38 badanych, którzy stanowią 6,1% badanej grupy. Warto zauważyć, że łącznie aż 76,6% (N = 480) badanych wskazało, że samobójstwo jest pierwszą lub drugą przyczyną wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat, co stanowi zdecydowaną większość badanej grupy.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (wiek) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

W młodszych grupach wiekowych (do 24 lat oraz 25-35 lat) odsetek badanych, którzy wskazali samobójstwo jako pierwszą przyczynę wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat był najwyższy, wynosząc odpowiednio 40,3% i 42,2%, co wskazuje na to, że samobójstwo jest postrzegane przez nich jako główna przyczyna wszystkich zgonów we wspomnianej grupie wiekowej. W starszych przedziałach wiekowych odsetek ten spada, w grupie 46-55 lat wynosi 33,1%, a w grupach 56-65 lat oraz 65+ lat – odpowiednio 30,2% i 27,3%. Samobójstwo jako drugą przyczynę wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat w grupach wiekowych do 24 lat i 25-35 lat wskazało odpowiednio 38,7% i 42,8% badanych, a w starszych przedziałach wiekowych odsetek ten wynosił odpowiednio 39,7% (46-55 lat), 26,4% (56-65 lat) i 27,3% (65+ lat). W grupach wiekowych do 24 lat oraz 36-45 lat odsetek badanych, którzy wskazali samobójstwo za trzecią przyczynę wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat wynosił odpowiednio 17,7% i 16,6%, a w grupach starszych odsetek wzrastał do 30,2% w przedziale 56-65 lat oraz 36,4% w grupie 65+ lat. Największy odsetek wybierających odpowiedź, że samobójstwo jest czwartą przyczyną wszystkich samobójstw w grupie wiekowej do 19 lat, wystąpił w grupach wiekowych 46-55 lat (10,7%) i 56-65 lat (13,2%). W starszych grupach wiekowych samobójstwo było rzadziej postrzegane jako czwarta przyczyna zgonów, wynosząc odpowiednio 9,1% w grupie 65+ lat, zaś w grupie badanych do 24 roku życia – 3,2%.

Wnioski

1. Wyniki badania wskazują, że percepcja samobójstwa jako bezsprzecznie istotnej, tj. pierwszej lub drugiej przyczyny zgonów w grupie wiekowej do 19 lat jest bliska większości respondentów, bo aż 76,6% z nich. Wynik ten może sugerować, iż znacznej części polskiego społeczeństwa towarzyszy ogólne przekonanie dotyczące powagi tego zjawiska wśród dzieci i młodzieży.
2. Wyniki badania wskazują również na istotną korelację postrzegania samobójstwa jako przyczyny zgonów w grupie wiekowej do 19 lat w zależności od wieku badanych. Samobójstwo jest uważane za pierwszą lub drugą przyczynę wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat częściej w grupach wiekowych młodszych, w szczególności w grupach do 24 lat i 25-35 lat (w grupach wiekowych 36-45 lat oraz 46-55 lat rzadziej niż w wymienionych, jednak nadal często), z wyraźnym spadkiem w postrzeganiu tej przyczyny jako pierwszej lub drugiej wśród osób starszych (56-65 lat, a zwłaszcza 65+ lat), wśród których dominuje przekonanie o samobójstwie jako trzeciej przyczynie wszystkich zgonów w grupie wiekowej do 19 lat.

16.8. Pytanie 8. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe?

Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym, bądź NIE WIEM.

W celach prewencyjnych samobójstw niezmiernie ważne jest rozpoznanie czynników ryzyka. Warto podkreślić, iż na zachowania suicydialne ma wpływ wiele czynników, które wzajemnie mogą na siebie oddziaływać. Dlatego też analizując wyniki odpowiedzi udzielonych przez ankietatorów w przeprowadzonym badaniu warto podkreślić, iż zdecydowana większość odpowiedzi uczestników, bo aż w 9 na 11 przedstawionych stwierdzeń w pytaniu nr 7 skłaniała się do potwierdzenia wpływu prezentowanych czynników na podjęcie prób samobójczych wśród młodzieży (TAK w przedziale od 97,8% do 58,4%). Poniżej wyniki obrazują prezentowane ww. stwierdzenie (zaznaczone na zielono):

1. **Demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym (94,6%) i NIE (1,6%) przy fałszywym.
2. **Mówienie o śmierci i samookaleczenia może być „wołaniem o pomoc”.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (94,4%) przy prawdziwym i NIE (1,9%) przy fałszywym, niezdecydowani (3,7%).
3. **Bulling/znęcanie w szkole może być przyczyną podejmowania prób samobójczych.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (96,8%) przy prawdziwym i NIE (0,5%) przy fałszywym. Niezdecydowani (2,7%)
4. **Znalezienie listu pożegnalnego wzbudza niepokój.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (97,8%) przy prawdziwym i NIE (0,5%) przy fałszywym.

5. **Problemy z nauką w szkole mogą być przyczyną myśli i prób samobójczych.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (83,9%) przy prawdziwym i NIE (4,8%) przy fałszywym, niezdecydowani (11,3%)
6. **Osoby, które wcześniej usiłowały popełnić samobójstwo, mogą ponownie podjąć próbę samobójczą** 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (96,5%) przy prawdziwym i NIE (0,6%) przy fałszywym, niezdecydowani (2,9%).
7. **Osoby chorujące na depresję rzadko popełniają samobójstwa.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (5,6%) przy prawdziwym i NIE (78,5%) przy fałszywym, niezdecydowani (15,9%).
8. **Zawód miłosny u nastolatka rzadko jest przyczyną samobójstwa.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (20,3%) przy prawdziwym i NIE (57,7%) przy fałszywym, niezdecydowani (22,0%).
9. **Poczucie niespełniania oczekiwań rodziców sprzyja zachowaniom samobójczym.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (87,4%) przy prawdziwym i NIE (2,7%) przy fałszywym, niezdecydowani (9,9%).

W jednym z pytań biorący udział w ankiecie wybrali odpowiedź NIE (70,7%) za właściwą w przypadku decyzji o „nieporuszaniu tematyki samobójstwa, w tym nie pytanie o myśli samobójcze jest jednym z działań profilaktyki samobójstw”. W odniesieniu do tego stwierdzenia na uwagę należy zwrócić również w przypadku wyboru odpowiedzi pozytywnej (15,6%) i niezdecydowanej (13,7%).

1. **Nieporuszanie tematyki samobójstwa, w tym nie pytanie o myśli samobójcze jest jednym z działań profilaktyki samobójstw.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (15,6%) przy prawdziwym i NIE (70,7%) przy fałszywym, niezdecydowani (13,7%).
2. **Zdecydowana większość osób starających się popełnić samobójstwo sygnalizuje swoje myśli otoczeniu i poszukuje wsparcia.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (58,4%) przy prawdziwym i NIE (24,8%) przy fałszywym, niezdecydowani (16,7%).

Pytanie 8. Analiza zmiennych dotyczących respondentów:

- 1) **Demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym **(94,6%)** i NIE **(1,6%)** przy fałszywym.

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca]	Tak	Liczebność	507	87	594
		% z Płeć	94,4%	95,6%	94,6%
	Nie	Liczebność	10	0	10
		% z Płeć	1,9%	0,0%	1,6%
	Nie wiem	Liczebność	20	4	24
		% z Płeć	3,7%	4,4%	3,8%
Ogółem		Liczebność	537	91	628
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 14. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca” z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca”, wyniki wskazują, że 94,6% badanych stwierdziło, iż jest to prawdziwe stwierdzenie, podczas gdy 1,6% badanych uznało, iż jest to nieprawdziwe, fałszywe stwierdzenie.

Wśród kobiet 94,4% potwierdziło, iż jest to prawdziwe stwierdzenie, zaś jedynie 1,9% uznało, iż jest to fałszywe stwierdzenie. Niemal podobny wynik dotyczy badanych mężczyzn, którzy uznali, iż twierdzenie jest prawdziwe w 95,6% natomiast żaden z nich nie uznał, iż ww. jest fałszywe – 0%.

Wyniki analizy statystycznej **nie wykazały istotnej zależności pomiędzy płcią, a odpowiedziami na przedstawione stwierdzenie.** Oznacza to, że płeć nie jest czynnikiem różnicującym w kwestii uznania za fakt prawdziwości stwierdzenia o „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca”. Większość respondentów, niezależnie od płci, uznała, iż jest to prawdziwe stwierdzenie.

	Główna aktywność zawodowa:						
	Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka
[Demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym.	Liczebność	247	17	5	104	7	188
	% z Główna aktywność zawodowa:	94,6%	94,4%	83,3%	96,3%	100,0%	94,0%
	Nie	3	0	1	0	0	5
	% z Główna aktywność zawodowa:	1,1%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	2,5%
Nie wiem	Liczebność	11	1	0	4	0	7
	% z Główna aktywność zawodowa:	4,2%	5,6%	0,0%	3,7%	0,0%	3,5%
	Liczebność	261	18	6	108	7	200
Ogółem	% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
							Ogółem
							594
							94,6%
							1,6%
							24
							3,8%
							628
							100,0%

Tabela 15. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca” z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując dane dotyczące stwierdzenia – „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca”, w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, można zaobserwować brak istotnych różnic między grupami zawodowymi.

			Kierunek studiów:			Ogółem	
			Pielęgniarstwo	Lekarski	Pedagogika		
[Demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym. Ogółem	Tak	Liczebność	243	1	3	247	
		% z Kierunek studiów:	94,6%	100,0%	100,0%	94,6%	
	Nie	Liczebność	3	0	0	3	
		% z Kierunek studiów:	1,2%	0,0%	0,0%	1,1%	
	Nie wiem	Liczebność	11	0	0	11	
		% z Kierunek studiów:	4,3%	0,0%	0,0%	4,2%	
	Ogółem		Liczebność	257	1	3	261
			% z Kierunek studiów:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 16. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca” z podziałem na kierunek studiów respondentów

Analizując dane dotyczące stwierdzenia – „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca”, w zależności od kierunku studiów respondentów, można uznać, iż brak jest różnic pomiędzy grupami z uwagi na niski wskaźnik liczby respondentów w grupie lekarskiej i pedagogicznej w stosunku do grupy pielęgniarskiej.

			Forma własności miejsca pracy:			Ogółem
			Publiczna	Prywatna	Publiczno-prywatna	
[Demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym.	Tak	Liczebność	225	34	18	277
		% z Forma własności miejsca pracy:	96,2%	91,9%	85,7%	94,9%
	Nie	Liczebność	3	1	1	5
		% z Forma własności miejsca pracy:	1,3%	2,7%	4,8%	1,7%
	Nie wiem	Liczebność	6	2	2	10
		% z Forma własności miejsca pracy:	2,6%	5,4%	9,5%	3,4%
Ogółem		Liczebność	234	37	21	292
		% z Forma własności miejsca pracy:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 17. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca” z podziałem na formę własności miejsca pracy

Analizując dane dotyczące stwierdzenia – „demonstracyjna próba samobójcza u młodzieży jest niepokojąca”, w zależności od formy własności miejsca pracy, można uznać, iż brak jest istotnych różnic pomiędzy grupami. Brak jest istotnych zależności między formą własnością miejsca pracy a odpowiedzią na prezentowane stwierdzenie.

- 2) **Mówienie o śmierci i samookaleczenia może być „wołaniem o pomoc”.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (94,4%) przy prawdziwym i NIE (1,9%) przy fałszywym, niezdecydowani (3,7%).

			Płeć		Ogółem	
			Kobieta	Mężczyzna		
[Mówienie o śmierci i samookaleczenia może być "wołaniem o pomoc"] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym. Ogółem	Tak	Liczebność	513	80	593	
		% z Płeć	95,5%	87,9%	94,4%	
	Nie	Liczebność	10	2	12	
		% z Płeć	1,9%	2,2%	1,9%	
	Nie wiem	Liczebność	14	9	23	
		% z Płeć	2,6%	9,9%	3,7%	
	Ogółem		Liczebność	537	91	628
			% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 18. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Mówienie o śmierci i samookaleczenia może być wołaniem o pomoc” z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Mówienie o śmierci i samookaleczenia może być «wołaniem o pomoc»”, wyniki wskazują, że 94,4% badanych stwierdziło, iż jest to prawdziwe stwierdzenie, podczas gdy 1,9% badanych uznało, iż jest to nieprawdziwe, fałszywe stwierdzenie. Odsetek osób niezdecydowanych wyniósł 3,7%.

Wśród kobiet 95,5% potwierdziło, iż jest to prawdziwe stwierdzenie, zaś jedynie 1,9% uznało, iż jest to fałszywe stwierdzenie. Nieco mniejszy odsetek badanych mężczyzn uznało, iż twierdzenie jest prawdziwe – 87,7% natomiast 2,2 % uznało, iż ww. stwierdzenie jest fałszywe. W kwestii braku zdecydowania o prawdziwości lub też nie w zakresie ww. stwierdzenia w przypadku kobiet uznał 2,6% badanych, a w przypadku mężczyzn 9,9% co jednak z uwagi na różnice w wielkości badanych grup nie stanowi istotnego znaczenia.

Wyniki analizy statystycznej **nie wykazały istotnej zależności pomiędzy płcią, a odpowiedziami na przedstawione stwierdzenie**. Oznacza to, że płeć nie jest czynnikiem różnicującym w kwestii uznania za fakt prawdziwości stwierdzenia „Mówienie o śmierci i samookaleczenia może być «wołaniem o pomoc»”. Większość respondentów, niezależnie od płci, uznała, iż jest to prawdziwe stwierdzenie.

- 3) **Nieporuszanie tematyki samobójstwa, w tym nie pytanie o myśli samobójcze jest jednym z działań profilaktyki samobójstw.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (15,6%) przy prawdziwym i NIE (70,7%) przy fałszywym, niezdecydowani (13,7%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Nieporuszanie tematyki samobójstwa, w tym nie pytanie o myśli samobójcze jest jednym z działań profilaktyki samobójstw] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym.	Tak	Liczebność	83	15	98
		% z Płeć	15,5%	16,5%	15,6%
	Nie	Liczebność	386	58	444
		% z Płeć	71,9%	63,7%	70,7%
	Nie wiem	Liczebność	68	18	86
		% z Płeć	12,7%	19,8%	13,7%
	Ogółem	Liczebność	537	91	628
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 19. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Nieporuszanie tematyki samobójstwa, w tym nie pytanie o myśli samobójcze jest jednym z działań profilaktyki samobójstw” z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na stwierdzenie: „Nieporuszanie tematyki samobójstwa, w tym nie pytanie o myśli samobójcze jest jednym z działań profilaktyki samobójstw” – wskazują, iż 71,9% kobiet oraz 63,7% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie nie jest prawdziwe. Natomiast zgodziło się z nim 15,5% kobiet i 16,5% mężczyzn. Dość wysoki wskaźnik, bo aż 12,7% kobiet i 19,8% mężczyzn, odnotowano w przypadku odpowiedzi „nie wiem”.

- 4) **Bulling/znęcanie w szkole może być przyczyną podejmowania prób samobójczych** 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (96,8%) przy prawdziwym i NIE (0,5%) przy fałszywym. Niezdecydowani (2,7%).

			Płeć		Ogółem	
			Kobieta	Mężczyzna		
[Bulling/znęcanie w szkole może być przyczyną podejmowania prób samobójczych] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym. Ogółem	Tak	Liczebność	524	84	608	
		% z Płeć	97,6%	92,3%	96,8%	
	Nie	Liczebność	2	1	3	
		% z Płeć	0,4%	1,1%	0,5%	
	Nie wiem	Liczebność	11	6	17	
		% z Płeć	2,0%	6,6%	2,7%	
	Ogółem		Liczebność	537	91	628
			% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 20. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Bulling/znęcanie w szkole może być przyczyną podejmowania prób samobójczych” z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na twierdzenie: „Bulling/znęcanie w szkole może być przyczyną podejmowania prób samobójczych” wskazują, iż zdecydowana większość kobiet, bo, aż 97,6% oraz 92,3% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie jest prawdziwe. Natomiast nie zgodziło się z nim 0,4% kobiet i 1,1% mężczyzn. Jeśli chodzi o odpowiedź „nie wiem” wskazało ją 2% kobiet i 6,6% mężczyzn.

Jednym z priorytetowych czynników, które mogą mieć wpływ na podejmowanie prób samobójczych, jest emocjonalne odrzucenie, brak akceptacji przez osoby z bliskiego otoczenia rówieśniczego. Świadomość negatywnej oceny przez innych jak w przypadku bullingu/znęcania się w szkole stanowi jeden z istotnym elementów kryzysu emocjonalnego wśród młodzieży co potwierdzili ankietowani w przeprowadzonym badaniu.

- 5) **Znalezienie listu pożegnalnego wzbudza niepokój.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (97,8%) przy prawdziwym i NIE (0,5%) przy fałszywym.

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Znalezienie listu pożegnalnego wzbudza niepokój] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym. Ogółem	Tak	Liczebność	529	86	615
		% z Płeć	98,3%	94,5%	97,8%
	Nie	Liczebność	3	0	3
		% z Płeć	0,6%	0,0%	0,5%
	Nie wiem	Liczebność	6	5	11
		% z Płeć	1,1%	5,5%	1,7%
			538	91	629
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 21. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Znalezienie listu pożegnalnego wzbudza niepokój”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na stwierdzenie: „Znalezienie listu pożegnalnego wzbudza niepokój” wskazują, iż zdecydowana większość kobiet, bo, aż 98,3% oraz 94,5% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie jest prawdziwe. Natomiast nie zgodziło się z nim 0,6% kobiet i 0% mężczyzn. Jeśli chodzi o odpowiedź „nie wiem” wskazało ją 1,1% kobiet i 5,5% mężczyzn.

Należy również podkreślić, iż sygnałem swoistej „bezradności” i brakiem możliwości wpływu na swoje życie stanowi „głos ludzkiemu cierpieniu stojącemu za uciszoną śmiercią”. Jak deklaruje ponad 97,8% ankietowanych znalezienie listu pożegnalnego stanowi u ankietowanych bardzo istotny element wzbudzający niepokój, szczególnie gdy listy został przygotowany przez dziecko.

- 6) **Problemy z nauką w szkole mogą być przyczyną myśli i prób samobójczych.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (83,9%) przy prawdziwym i NIE (4,8%) przy fałszywym, niezdeterminowani (11,3%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Problemy z nauką w szkole mogą być przyczyną myśli i prób samobójczych] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym. Ogółem	Tak	Liczebność	457	70	527
		% z Płeć	85,1%	76,9%	83,9%
	Nie	Liczebność	27	3	30
		% z Płeć	5,0%	3,3%	4,8%
	Nie wiem	Liczebność	53	18	71
		% z Płeć	9,9%	19,8%	11,3%
			537	91	628
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 22. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Problemy z nauką w szkole mogą być przyczyną myśli i prób samobójczych”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na twierdzenie: „Problemy z nauką w szkole mogą być przyczyną myśli i prób samobójczych” wskazują, iż większość kobiet, bo, aż 85,1% oraz 76,9% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie jest prawdziwe. Natomiast nie zgodziło się z nim 5% kobiet i 3,3% mężczyzn. Jeśli chodzi o odpowiedź „nie wiem” wskazało ją 9,9% kobiet i aż 19,8% mężczyzn.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Problemy z nauką w szkole mogą być przyczyną myśli i prób samobójczych] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym.	Tak	Liczebność	217	16	6	94	6	20	168	527
		% z Główna aktywność zawodowa:	83,1%	88,9%	100,0%	87,0%	85,7%	71,4%	84,0%	83,9%
	Ne	Liczebność	9	0	0	6	0	3	12	30
		% z Główna aktywność zawodowa:	3,4%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	10,7%	6,0%	4,8%
	Nie wiem	Liczebność	35	2	0	8	1	5	20	71
		% z Główna aktywność zawodowa:	13,4%	11,1%	0,0%	7,4%	14,3%	17,9%	10,0%	11,3%
Ogółem			261	18	6	108	7	28	200	628
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 23. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Problemy z nauką w szkole mogą być przyczyną myśli i prób samobójczych”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując dane ankietowe w kontekście odpowiedzi na stwierdzenie: „Problemy z nauką w szkole mogą być przyczyną myśli i prób samobójczych” wskazują one w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Wśród studentów potwierdza ww. stwierdzenie 83,1% zaś wśród lekarzy poziom ten jest nieco niższy i wynosi 71,4%. Na uwagę zwraca również fakt, iż 13,4% studentów i 17,9% lekarzy, a także 14,3% pedagogów szkolny nie miało w tym względzie swojego zdania zaznaczając jednocześnie odpowiedź „nie wiem”.

- 7) **Osoby, które wcześniej usiłowały popełnić samobójstwo, mogą ponownie podjąć próbę samobójczą.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (96,5%) przy prawdziwym i NIE (0,6%) przy fałszywym, niezdecydowani (2,9%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Osoby, które wcześniej usiłowały popełnić samobójstwo, mogą ponownie podjąć próbę samobójczą] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym.	Tak	Liczebność	521	85	606
		% z Płeć	97,0%	93,4%	96,5%
	Ne	Liczebność	2	2	4
		% z Płeć	0,4%	2,2%	0,6%
	Nie wiem	Liczebność	14	4	18
		% z Płeć	2,6%	4,4%	2,9%
Ogółem			537	91	628
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 24. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Osoby, które wcześniej usiłowały popełnić samobójstwo, mogą ponownie podjąć próbę samobójczą”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na stwierdzenie: „Osoby, które wcześniej usiłowały popełnić samobójstwo, mogą ponownie podjąć próbę samobójczą”, wskazują, iż większość kobiet, bo, aż 97% oraz 93,4% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie jest prawdziwe. Natomiast nie zgodziło się z nim 0,4% kobiet i 2,2% mężczyzn. Jeśli chodzi o odpowiedź „nie wiem” wskazało ją 2,6% kobiet i aż 4,4% mężczyzn.

- 8) **Osoby chorujące na depresję rzadko popełniają samobójstwa.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (5,6%) przy prawdziwym i NIE (78,5%) przy fałszywym, niezdecydowani (15,9%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Osoby chorujące na depresję rzadko popełniają samobójstwa]	Tak	Liczebność	29	6	35
		% z Płeć	5,4%	6,6%	5,6%
7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym.	Nie	Liczebność	431	63	494
		% z Płeć	80,1%	69,2%	78,5%
	Nie wiem	Liczebność	78	22	100
		% z Płeć	14,5%	24,2%	15,9%
Ogółem			538	91	629
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 25. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Osoby chorujące na depresję rzadko popełniają samobójstwa”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na stwierdzenie: „Osoby chorujące na depresję rzadko popełniają samobójstwa” wskazują, iż duża część kobiet, bo, aż 80,1% oraz 69,2%% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie nie jest prawdziwe. Natomiast zgodziło się z nim 5,4% kobiet i 6,6% mężczyzn. Jeśli chodzi o odpowiedź „nie wiem” wskazało ją 14,5% kobiet i aż 24,2% mężczyzn.

Kolejnym, negatywnym zjawiskiem towarzyszącym osobom podejmującym próby samobójcze jest ich zły stan psychiczny. W odpowiedzi na jedno z pytań uczestnicy ankiety potwierdzili w 78,5%, iż jedną z przyczyn prób samobójczych jest utrzymująca się depresja.

- 9) **Zdecydowana większość osób starających się popełnić samobójstwo sygnalizuje swoje myśli otoczeniu i poszukuje wsparcia.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (58,4%) przy prawdziwym i NIE (24,8%) przy fałszywym, niezdecydowani (16,7%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Zdecydowana większość osób starających się popełnić samobójstwo sygnalizuje swoje myśli otoczeniu i poszukuje wsparcia]	Tak	Liczebność	314	53	367
		% z Płeć	58,5%	58,2%	58,4%
7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym.	Nie	Liczebność	133	23	156
		% z Płeć	24,8%	25,3%	24,8%
	Nie wiem	Liczebność	90	15	105
		% z Płeć	16,8%	16,5%	16,7%
Ogółem			537	91	628
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 26. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Zdecydowana większość osób starających się popełnić samobójstwo sygnalizuje swoje myśli otoczeniu i poszukuje wsparcia”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na stwierdzenie: „Zdecydowana większość osób starających się popełnić samobójstwo sygnalizuje swoje myśli otoczeniu i poszukuje wsparcia” wskazują, iż ponad połowa uczestniczących w badaniu kobiet, bo, aż 58,5% oraz 58,2%% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie jest prawdziwe. Natomiast nie zgodziło się z nim 24,8% kobiet i 25,3% mężczyzn. Jeśli chodzi o odpowiedź „nie wiem” odsetek procentowy był wysoki i kształtował się na poziomie 16,8% u kobiet oraz 16,5% w przypadku mężczyzn.

Warto również zaznaczyć, iż często mówi się o tym, że osoby podejmujące próby samobójcze komunikują to otoczeniu w sposób pośredni lub bezpośredni. Takimi sygnałami może być kwestia mówienia o śmierci czy też o samookaleczeniu. Stanowić to może element tzw. wołania o pomoc w stosunku do innych osób. Potwierdza to, aż 94,4% uczestników w przeprowadzonej ankiecie.

- 10) **Zawód miłosny u nastolatka rzadko jest przyczyną samobójstwa.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (20,3%) przy prawdziwym i NIE (57,7%) przy fałszywym, niezdecydowani (22,0%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Zawód miłosny u nastolatka rzadko jest przyczyną samobójstwa] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym Ogółem	Tak	Liczebność	30D6674:E6679	23	127
		% z Płeć	19,3%	25,8%	20,3%
	Nie	Liczebność	318	44	362
		% z Płeć	59,1%	49,4%	57,7%
	Nie wiem	Liczebność	116	22	138
		% z Płeć	21,6%	24,7%	22,0%
Ogółem			538	89	627
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 27. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Zawód miłosny u nastolatka rzadko jest przyczyną samobójstwa”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na stwierdzenie: „Zawód miłosny u nastolatka rzadko jest przyczyną samobójstwa” wskazują, iż ponad połowa uczestniczących w badaniu kobiet, bo, aż 59,1% oraz 49,4%% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie nie jest prawdziwe. Natomiast nie zgodziło się z nim 19,3% kobiet i 25,8% mężczyzn. Jeśli chodzi o odpowiedź „nie wiem” odsetek procentowy był wysoki i kształtował się na poziomie 21,6% u kobiet oraz 24,7% w przypadku mężczyzn.

Na podstawie wyników przeprowadzonej ankiety można również potwierdzić hipotezę zakładającą, że czynniki związane z rodziną, środowiskiem rówieśniczym, samotnością i odrzuceniem – „niespełnioną miłością”, mogą wywierać znaczący wpływ na zachowania suicydialne wśród młodzieży. Potwierdzali to w swych odpowiedziach ankietowych uczestnicy badania.

- 11) **Poczucie niespełniania oczekiwań rodziców sprzyja zachowaniom samobójczym.** Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK (87,4%) przy prawdziwym i NIE (2,7%) przy fałszywym, niezdecydowani (9,9%).

			Płeć		Ogółem	
			Kobieta	Mężczyzna		
[Poczucie niespełniania oczekiwań rodziców sprzyja zachowaniom samobójczym] 7. Które stwierdzenie według Pana/Pani jest prawdziwe? Proszę zaznaczyć: TAK przy prawdziwym i NIE przy fałszywym. Ogółem	Tak	Liczebność	476	73	549	
		% z Płeć	88,6%	80,2%	87,4%	
	Nie	Liczebność	12	5	17	
		% z Płeć	2,2%	5,5%	2,7%	
	Nie wiem	Liczebność	49	13	62	
		% z Płeć	9,1%	14,3%	9,9%	
	Ogółem		Liczebność	537	91	628
			% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 28. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Poczucie niespełniania oczekiwań rodziców sprzyja zachowaniom samobójczym”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście odpowiedzi na stwierdzenie: „Poczucie niespełniania oczekiwań rodziców sprzyja zachowaniom samobójczym” wskazują, iż znaczącą ilość uczestniczących w badaniu kobiet, bo, aż 88,6% oraz 80,2% mężczyzn uznało, iż ww. stwierdzenie jest prawdziwe. Natomiast nie zgodziło się z nim 2,2% kobiet i 5,5% mężczyzn. Jeśli chodzi o odpowiedź „nie wiem” odsetek procentowy był kształtował się na poziomie 9,1% u kobiet oraz 14,3% w przypadku mężczyzn.

Analizując wyniki badań ankietowy nie sposób obojętnie przejść obok wyników pytania dotyczącego poczucia niespełniania oczekiwań rodziców przez ich dzieci i jego wpływu na próby samobójcze wśród młodzieży. Ponad 87,4% badanych stwierdziło, iż sam brak spełnienia oczekiwań rodziców ma równie duży wpływ na podjęcie próby samobójczej wśród młodzieży. Należy stwierdzić, iż wielu rodziców popełnia błąd przygotowując dla swoich dzieci, scenariusze na szkołę, uczelnię, przyszły zawód, a nawet wizję idealnego związku. Rzeczywistość jednak często weryfikuje rodzicielskie marzenia, które zdają się nie uwzględniać najważniejszego – tego czego tak naprawdę chcą ich dzieci. Staje się to w wielu przypadkach jednym z elementów wpływu na podjęcie prób samobójczych wśród młodzieży.

16.9. Pytanie 9. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to:

Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie, 2. Raczej nie, 3. Ani tak, ani nie, 4. Raczej tak, 5. Zdecydowanie tak.

- 1) **Ograniczenie kontaktów z rówieśnikami.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (5,1%) 2. Raczej nie (8,3%) 3. Ani tak, ani nie (15,5%) 4. Raczej tak (43,8%) 5. Zdecydowanie tak (27,3%).

		Płeć		Ogółem	
		Kobieta	Mężczyzna		
[Ograniczenie kontaktów z rówieśnikami] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	25	7	32
		% z Płeć	4,7%	7,7%	5,1%
	2	Liczebność	42	10	52
		% z Płeć	7,9%	11,0%	8,3%
	3	Liczebność	84	13	97
		% z Płeć	15,7%	14,3%	15,5%
	4	Liczebność	233	41	274
		% z Płeć	43,6%	45,1%	43,8%
	5	Liczebność	151	20	171
		% z Płeć	28,2%	22,0%	27,3%
Ogółem		Liczebność	535	91	626
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 29. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to ograniczenie kontaktów z rówieśnikami”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „ograniczenia kontaktów z rówieśnikami” należy wskazać, iż znacząca ilość uczestniczących w badaniu kobiet, bo, aż 71,8% (raczej tak 43,6%, zdecydowanie tak 28,2%) oraz 67,1% mężczyzn (raczej tak 45,1%, zdecydowanie tak 22%) uznało, iż jest to jeden z objawów. Uwagę należy zwrócić na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 15,7% a w przypadku mężczyzn 14,3% co stanowi w sumie 15,5% wszystkich odpowiedzi.

		Główna aktywność zawodowa:							Ogółem	
		Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka		
[Ograniczenie kontaktów z 1 rówieśnikami] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	8	0	1	9	0	14	32	
		% z Główna aktywność zawodowa:	3,1%	0,0%	16,7%	8,5%	0,0%	0,0%	7,0%	5,1%
	2	Liczebność	24	1	0	8	0	1	18	52
		% z Główna aktywność zawodowa:	9,2%	5,6%	0,0%	7,5%	0,0%	3,6%	9,0%	8,3%
	3	Liczebność	33	1	1	16	2	6	38	97
		% z Główna aktywność zawodowa:	12,6%	5,6%	16,7%	15,1%	28,6%	21,4%	19,0%	15,5%
	4	Liczebność	121	11	1	50	3	12	76	274
		% z Główna aktywność zawodowa:	46,4%	61,1%	16,7%	47,2%	42,9%	42,9%	38,0%	43,8%
	5	Liczebność	75	5	3	23	2	9	54	171
		% z Główna aktywność zawodowa:	28,7%	27,8%	50,0%	21,7%	28,6%	32,1%	27,0%	27,3%
Ogółem		Liczebność	261	18	6	106	7	28	200	626
		% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 30. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to ograniczenie kontaktów z rówieśnikami”, z uwzględnieniem głównej aktywności zawodowej respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „ograniczenia kontaktów z rówieśnikami” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Wśród studentów potwierdza ww. objaw 75,1% (raczej tak 46,4%, zdecydowanie tak 28,7%) zaś wśród pielęgniarek poziom ten jest nieco niższy i wynosi 65% (raczej tak 38%, zdecydowanie tak 27%). Na uwagę zwraca również fakt, iż 28,6% pedagogów, 21,4% pedagogów szkolny, a także 19% pielęgniarek nie miało w tym względzie swojego zdania zaznaczając odpowiedź „ani tak, ani nie”.

- 2) **Ucieczka od realnych trudności w świat fantazji.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. **(3,3%)** Zdecydowanie nie 2. Raczej nie **(9,7%)** 3. Ani tak, ani nie **(21,5%)** 4. Raczej tak **(43,7%)** 5. Zdecydowanie tak **(21,7%)**.

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Ucieczka od realnych trudności w świat fantazji]	1	Liczebność	17	4	21
		% z Płeć	3,2%	4,4%	3,3%
8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala	2	Liczebność	47	14	61
		% z Płeć	8,8%	15,4%	9,7%
odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2.	3	Liczebność	115	20	135
		% z Płeć	21,5%	22,0%	21,5%
Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5.	4	Liczebność	236	38	274
		% z Płeć	44,0%	41,8%	43,7%
Zdecydowanie tak	5	Liczebność	121	15	136
		% z Płeć	22,6%	16,5%	21,7%
Ogółem		Liczebność	536	91	627
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 31. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to Ucieczka od realnych trudności w świat fantazji”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „ucieczki od realnych trudności w świat fantazji” należy wskazać, iż zdecydowana większość uczestniczących w badaniu kobiet, bo, aż 66,6% (raczej tak 44%, zdecydowanie tak 22,6%) oraz 58,3% mężczyzn (raczej tak 41,8%, zdecydowanie tak 16,5%) uznało, iż jest to jeden z objawów. Uwagę należy zwrócić na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 21,5% a w przypadku mężczyzn 22% co stanowi w sumie 21,5% wszystkich odpowiedzi.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Ucieczka od realnych trudności w świat fantazji]	1	Liczebność	6	0	1	6	0	0	8	21
		% z Główna aktywność zawodowa:	2,3%	0,0%	16,7%	5,6%	0,0%	0,0%	4,0%	3,3%
8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala	2	Liczebność	28	0	0	13	0	3	17	61
		% z Główna aktywność zawodowa:	10,7%	0,0%	0,0%	12,1%	0,0%	10,7%	8,5%	9,7%
odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2.	3	Liczebność	60	4	1	26	0	6	38	135
		% z Główna aktywność zawodowa:	23,0%	22,2%	16,7%	24,3%	0,0%	21,4%	19,0%	21,5%
Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5.	4	Liczebność	111	13	2	44	4	13	87	274
		% z Główna aktywność zawodowa:	42,5%	72,2%	33,3%	41,1%	57,1%	46,4%	43,5%	43,7%
Zdecydowanie tak	5	Liczebność	56	1	2	18	3	6	50	136
		% z Główna aktywność zawodowa:	21,5%	5,6%	33,3%	16,8%	42,9%	21,4%	25,0%	21,7%
Ogółem		Liczebność	261	18	6	107	7	28	200	627
		% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 32. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to Ucieczka od realnych trudności w świat fantazji”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „ucieczki od realnych trudności w świat fantazji” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Wśród psychologów potwierdza ww. objaw 77,8% badanych (raczej tak 72,2%, zdecydowanie tak 5,6%) zaś wśród pedagogów szkolnych wynosi on już 100% (raczej tak

57,1%, zdecydowanie tak 42,9%). Na uwagę zwraca również fakt, iż 24,3% nauczycieli, 23% studentów, a także 22,2% psychologów nie miało w tym względzie swojego zdania zaznaczając odpowiedź „ani tak, ani nie”.

- 3) **Nasilone konflikty rówieśnicze.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: (5,6%) Zdecydowanie nie, 2. Raczej nie (6,9%), 3. Ani tak, ani nie (16,1%), 4. Raczej tak (34%), 5. Zdecydowanie tak (37,5%)

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Nasilone konflikty rówieśnicze] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	30	5	35
		% z Płeć	5,6%	5,5%	5,6%
	2	Liczebność	34	9	43
		% z Płeć	6,3%	9,9%	6,9%
	3	Liczebność	82	19	101
		% z Płeć	15,3%	20,9%	16,1%
	4	Liczebność	177	36	213
		% z Płeć	33,0%	39,6%	34,0%
	5	Liczebność	213	22	235
		% z Płeć	39,7%	24,2%	37,5%
Ogółem		Liczebność	536	91	627
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 33. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: nasilone konflikty rówieśnicze”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „nasilonych konfliktów rówieśniczych” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet, bo, aż 72,7% (raczej tak 33%, zdecydowanie tak 39,7%) oraz 63,8% mężczyzn (raczej tak 39,6%, zdecydowanie tak 24,2%) uznało, iż jest to jeden z objawów. Uwagę należy zwrócić na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 15,3% a w przypadku mężczyzn 20,9% co stanowi w sumie 16,1% wszystkich odpowiedzi.

- 4) **Widoczne zmiany w wyglądzie (brak higieny osobistej).** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (4,5%), 2. Raczej nie (14,0%), 3. Ani tak, ani nie (25,8%), 4. Raczej tak (31,7%), 5. Zdecydowanie tak (23,9%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Widoczne zmiany w wyglądzie (brak higieny osobistej)] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	26	2	28
		% z Płeć	4,9%	2,2%	4,5%
	2	Liczebność	78	10	88
		% z Płeć	14,6%	11,0%	14,0%
	3	Liczebność	132	30	162
		% z Płeć	24,6%	33,0%	25,8%
	4	Liczebność	171	28	199
		% z Płeć	31,9%	30,8%	31,7%
	5	Liczebność	129	21	150
		% z Płeć	24,1%	23,1%	23,9%
Ogółem		Liczebność	536	91	627
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 34. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: widoczne zmiany w wyglądzie (brak higieny osobistej)”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „widocznych zmian w wyglądzie (brak higieny osobistej)” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 56% (raczej tak 31,9%, zdecydowanie tak 24,1%) oraz 53,9% mężczyzn (raczej tak 30,8%, zdecydowanie tak 23,1%) uznało, iż jest to jeden z objawów. Uwagę należy zwrócić na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 24,6% a w przypadku mężczyzn 33% co stanowi w sumie 25,8% wszystkich odpowiedzi.

- 5) **Wypowiadanie myśli o samobójstwie i swojej śmierci.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (3,7%), 2. Raczej nie (6,7%), 3. Ani tak, ani nie (13,7%), 4. Raczej tak (32,4%), 5. Zdecydowanie tak (43,5%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Wypowiadanie myśli o samobójstwie i swojej śmierci] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	20	3	23
		% z Płeć	3,7%	3,3%	3,7%
	2	Liczebność	38	4	42
		% z Płeć	7,1%	4,4%	6,7%
	3	Liczebność	74	12	86
		% z Płeć	13,8%	13,2%	13,7%
	4	Liczebność	176	27	203
		% z Płeć	32,8%	29,7%	32,4%
	5	Liczebność	228	45	273
		% z Płeć	42,5%	49,5%	43,5%
Ogółem			536	91	627
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 35. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: wypowiadanie myśli o samobójstwie i swojej śmierci”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „wypowiadania myśli o samobójstwie i swojej śmierci” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 75,3% (raczej tak 32,8%, zdecydowanie tak 42,5%) oraz 79,2% mężczyzn (raczej tak 29,7%, zdecydowanie tak 49,5%) uznało, iż jest to jeden z objawów. Uwagę należy zwrócić na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 13,8% a w przypadku mężczyzn 13,2% co stanowi w sumie 13,7% wszystkich odpowiedzi.

- 6) **Zmiany dotyczące fryzury, stroju, makijażu.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: 1. Zdecydowanie nie (11,5%) 2. Raczej nie (22,7%) 3. Ani tak, ani nie (38,7%) 4. Raczej tak (20,4%) 5. Zdecydowanie tak (6,7%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Zmiany dotyczące fryzury, stroju, makijażu]	1	Liczebność	59	13	72
		% z Płeć	11,0%	14,3%	11,5%
8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1.	2	Liczebność	118	24	142
		% z Płeć	22,1%	26,4%	22,7%
Zdecydowanie nie 2.	3	Liczebność	205	37	242
		% z Płeć	38,3%	40,7%	38,7%
Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5.	4	Liczebność	115	13	128
		% z Płeć	21,5%	14,3%	20,4%
Zdecydowanie tak	5	Liczebność	38	4	42
		% z Płeć	7,1%	4,4%	6,7%
Ogółem		Liczebność	535	91	626
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 36. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: zmiany dotyczące fryzury, stroju, makijażu”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „zmiany dotyczące fryzury, stroju, makijażu” należy wskazać, iż uczestniczące w badaniu kobiety 33,1% (zdecydowanie nie 11%, raczej nie 22,1%) oraz 40,7% mężczyzn (zdecydowanie nie 14,3%, raczej nie 26,4%) uznało, iż nie jest to ww./ objaw. Uwagę należy zwrócić na bardzo dużą liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 38,3% a w przypadku mężczyzn 40,7% co stanowi w sumie 38,7% wszystkich odpowiedzi.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Zmiany dotyczące fryzury, stroju, makijażu]	1	Liczebność	32	1	0	13	0	2	24	72
		% z Główna aktywność zawodowa:	12,3%	5,6%	0,0%	12,3%	0,0%	7,1%	12,0%	11,5%
8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1.	2	Liczebność	68	5	1	24	1	5	38	142
		% z Główna aktywność zawodowa:	26,1%	27,8%	16,7%	22,6%	14,3%	17,9%	19,0%	22,7%
Zdecydowanie nie 2.	3	Liczebność	96	9	2	43	3	14	76	242
		% z Główna aktywność zawodowa:	36,8%	44,4%	33,3%	40,6%	42,9%	50,0%	38,0%	38,7%
Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5.	4	Liczebność	49	3	2	26	1	6	41	128
		% z Główna aktywność zawodowa:	18,8%	16,7%	33,3%	24,5%	14,3%	21,4%	20,5%	20,4%
Zdecydowanie tak	5	Liczebność	16	1	1	0	2	1	21	42
		% z Główna aktywność zawodowa:	6,1%	5,6%	16,7%	0,0%	28,6%	3,6%	10,5%	6,7%
Ogółem		Liczebność	261	18	6	106	7	28	200	626
		% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 37. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: zmiany dotyczące fryzury, stroju, makijażu”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „zmiany dotyczące fryzury, stroju, makijażu” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż 50% lekarzy, 44,4% psychologów, a także 42,9% pedagogów szkolnych nie miało w tym względzie swojego zdania zaznaczając odpowiedź „ani tak, ani nie”.

- 7) **Porządkowanie dotychczas lekceważonych spraw.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (**8,8%**) 2. Raczej nie (**18,5%**) 3. Ani tak, ani nie (**30%**) 4. Raczej tak (**25,2%**) 5. Zdecydowanie tak (**17,4%**).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Porządkowanie dotychczas lekceważonych spraw] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	43	12	55
		% z Płeć	8,0%	13,2%	8,8%
	2	Liczebność	95	21	116
		% z Płeć	17,8%	23,1%	18,5%
	3	Liczebność	161	27	188
		% z Płeć	30,1%	29,7%	30,0%
	4	Liczebność	138	20	158
		% z Płeć	25,8%	22,0%	25,2%
	5	Liczebność	98	11	109
		% z Płeć	18,3%	12,1%	17,4%
Ogółem			535	91	626
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 38. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: porządkowanie dotychczas lekceważonych spraw”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „porządkowania dotychczas lekceważonych spraw” należy wskazać, iż uczestniczące w badaniu kobiety 25,8% (zdecydowanie nie 8%, raczej nie 17,8%) oraz 36,3% mężczyzn (zdecydowanie nie 13,2%, raczej nie 23,1%) uznało, iż nie jest to ww. objaw. W przypadku potwierdzenia ww. objawu uznało tak 44,1% kobiet (raczej tak 32,8%, zdecydowanie tak 42,5%) oraz 34,1% mężczyzn (raczej tak 22%, zdecydowanie tak 12,1%). Uwagę należy zwrócić na bardzo dużą liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 30,1% a w przypadku mężczyzn 29,7% co stanowi w sumie 30% wszystkich odpowiedzi.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Porządkowanie dotychczas lekceważonych spraw] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	26	0	0	9	0	2	18	55
		% z Główna aktywność zawodowa:	10,0%	0,0%	0,0%	8,5%	0,0%	7,1%	9,0%	8,8%
	2	Liczebność	57	1	3	17	1	2	35	116
		% z Główna aktywność zawodowa:	21,8%	5,6%	50,0%	16,0%	14,3%	7,1%	17,5%	18,5%
	3	Liczebność	74	3	1	39	1	5	65	188
		% z Główna aktywność zawodowa:	28,4%	16,7%	16,7%	36,8%	14,3%	17,9%	32,5%	30,0%
	4	Liczebność	58	10	1	31	2	11	45	158
		% z Główna aktywność zawodowa:	22,2%	55,6%	16,7%	29,2%	28,6%	39,3%	22,5%	25,2%
	5	Liczebność	46	4	1	10	3	8	37	109
		% z Główna aktywność zawodowa:	17,6%	22,2%	16,7%	9,4%	42,9%	28,6%	18,5%	17,4%
Ogółem			261	18	6	106	7	28	200	626
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 39. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: porządkowanie dotychczas lekceważonych spraw”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „porządkowania dotychczas lekceważonych spraw” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż 55,6% psychologów, 39,3% lekarzy, a także 29,2% nauczycieli nie miało w tym względzie swojego zdania zaznaczając odpowiedź „ani tak, ani nie”.

- 8) **Zmiany w zachowaniu (apatia).** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (**3,5%**) 2. Raczej nie (**5,9%**) 3. Ani tak, ani nie (**19,2%**) 4. Raczej tak (**42,3%**) 5. Zdecydowanie tak (**29,1%**)

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Zmiany w zachowaniu (apatia)] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	18	4	22
		% z Płeć	3,4%	4,4%	3,5%
	2	Liczebność	26	11	37
		% z Płeć	4,9%	12,1%	5,9%
	3	Liczebność	101	19	120
		% z Płeć	18,9%	20,9%	19,2%
	4	Liczebność	227	38	265
		% z Płeć	42,4%	41,8%	42,3%
	5	Liczebność	163	19	182
		% z Płeć	30,5%	20,9%	29,1%
Ogółem		Liczebność	535	91	626
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 40. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: zmiany w zachowaniu (apatia)”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „zmiany w zachowaniu (apatii)” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 72,9% (raczej tak 42,4%, zdecydowanie tak 30,5%) oraz 62,7% mężczyzn (raczej tak 41,8%, zdecydowanie tak 20,9%) uznało, iż jest to jeden z objawów. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 18,9% a w przypadku mężczyzn 20,9% co stanowi w sumie 19,2% wszystkich odpowiedzi.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Zmiany w zachowaniu (apatia)] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	5	0	0	8	0	0	9	22
		% z Główna aktywność zawodowa:	1,9%	0,0%	0,0%	7,5%	0,0%	0,0%	4,5%	3,5%
	2	Liczebność	18	0	1	6	0	2	10	37
		% z Główna aktywność zawodowa:	6,9%	0,0%	16,7%	5,7%	0,0%	7,1%	5,0%	5,9%
	3	Liczebność	57	2	1	23	0	3	34	120
		% z Główna aktywność zawodowa:	21,8%	11,1%	16,7%	21,7%	0,0%	10,7%	17,0%	19,2%
	4	Liczebność	104	12	2	37	5	14	91	265
		% z Główna aktywność zawodowa:	39,8%	66,7%	33,3%	34,9%	71,4%	50,0%	45,5%	42,3%
	5	Liczebność	77	4	2	32	2	9	56	182
		% z Główna aktywność zawodowa:	29,5%	22,2%	33,3%	30,2%	28,6%	32,1%	28,0%	29,1%
Ogółem		Liczebność	261	18	6	106	7	28	200	626
		% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 41. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: zmiany w zachowaniu (apatia)”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „zmiany w zachowaniu (apatii)” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 88,9% psychologów (raczej tak 66,7% zdecydowanie tak 22,2%), 100% pedagogów szkolnych (raczej tak 71,4% zdecydowanie tak 28,6%), a także 73,5% pielęgniarek (raczej tak 45,5% zdecydowanie tak 28%) uznało, iż zmiany w zachowaniu (apatia) stanowi jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

- 9) **Zmiany w zachowaniu (nadpobudliwość).** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: 1. Zdecydowanie nie (**5,4%**) 2. Raczej nie (**12,8%**) 3. Ani tak, ani (**30,4%**) 4. Raczej tak (**34,2%**) 5. Zdecydowanie tak (**17,3%**)

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Zmiany w zachowaniu (nadpobudliwość)] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	29	5	34
		% z Płeć	5,4%	5,5%	5,4%
	2	Liczebność	69	11	80
		% z Płeć	12,9%	12,1%	12,8%
	3	Liczebność	156	34	190
		% z Płeć	29,2%	37,4%	30,4%
	4	Liczebność	185	29	214
		% z Płeć	34,6%	31,9%	34,2%
	5	Liczebność	96	12	108
		% z Płeć	17,9%	13,2%	17,3%
Ogółem		Liczebność	535	91	626
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 42. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: zmiany w zachowaniu (nadpobudliwość)”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „zmiany w zachowaniu (nadpobudliwość)” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 52,5% (raczej tak 34,6%, zdecydowanie tak 17,5%) oraz 45,1% mężczyzn (raczej tak 31,9%, zdecydowanie tak 13,2%) uznało, iż jest to jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 29,2% a w przypadku mężczyzn 37,4% co stanowi w sumie 30,4% wszystkich odpowiedzi.

- 10) **Poczucie niskiej wartości** 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: 1. Zdecydowanie nie (**3,7%**) 2. Raczej nie (**3,7%**) 3. Ani tak, ani nie (**9,1%**) 4. Raczej tak (**34,3%**) 5. Zdecydowanie tak (**49,2%**).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Poczucie niskiej wartości] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	21	2	23
		% z Płeć	3,9%	2,2%	3,7%
	2	Liczebność	18	5	23
		% z Płeć	3,4%	5,5%	3,7%
	3	Liczebność	46	11	57
		% z Płeć	8,6%	12,1%	9,1%
	4	Liczebność	186	29	215
		% z Płeć	34,8%	31,9%	34,3%
	5	Liczebność	264	44	308
		% z Płeć	49,3%	48,4%	49,2%
Ogółem		Liczebność	535	91	626
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 43. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: poczucie niskiej wartości”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „poczucie niskiej wartości” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 84,1% (raczej tak 34,8%, zdecydowanie tak 49,3%) oraz 80,3% mężczyzn (raczej tak 31,9%, zdecydowanie tak 48,4%) uznało, iż jest to jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 8,6%, a w przypadku mężczyzn 12,1% co stanowi w sumie 9,1% wszystkich odpowiedzi.

		Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
		Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Poczucie niskiej wartości] 1 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	8	0	0	5	0	10	23
		% z Główna aktywność zawodowa:	3,1%	0,0%	0,0%	4,7%	0,0%	0,0%	3,7%
	2	Liczebność	6	0	1	8	0	0	23
		% z Główna aktywność zawodowa:	2,3%	0,0%	16,7%	7,5%	0,0%	0,0%	3,7%
	3	Liczebność	22	1	0	15	0	1	57
		% z Główna aktywność zawodowa:	8,4%	5,6%	0,0%	14,2%	0,0%	3,6%	9,1%
	4	Liczebność	90	8	2	36	3	9	215
		% z Główna aktywność zawodowa:	34,5%	44,4%	33,3%	34,0%	42,9%	32,1%	33,5%
	5	Liczebność	135	8	3	42	4	18	308
		% z Główna aktywność zawodowa:	51,7%	50,0%	50,0%	39,6%	57,1%	64,3%	48,5%
Ogółem		Liczebność	261	18	6	106	7	28	626
		% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 44. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: poczucie niskiej wartości”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „poczucie niskiej wartości” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 100% pedagogów szkolnych (raczej tak 42,9% zdecydowanie tak 57,1%), 94,4% psychologów (raczej tak 44,4% zdecydowanie tak 50%), i jedynie 73,6% nauczycieli (raczej tak 34% zdecydowanie tak 39,6%) uznało, iż poczucie niskiej wartości stanowi jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

- 11) **Labilność emocjonalna** 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to:
1. Zdecydowanie nie (4,0%), 2. Raczej nie (4,5%), 3. Ani tak, ani nie (21,1%), 4. Raczej tak (37,4%), 5. Zdecydowanie tak (33,1%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Labilność emocjonalna] 8. 1 Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	20	5	25
		% z Płeć	3,7%	5,5%	4,0%
	2	Liczebność	22	6	28
		% z Płeć	4,1%	6,6%	4,5%
	3	Liczebność	107	25	132
		% z Płeć	20,0%	27,5%	21,1%
	4	Liczebność	205	29	234
		% z Płeć	38,3%	31,9%	37,4%
	5	Liczebność	181	26	207
		% z Płeć	33,8%	28,6%	33,1%
Ogółem		Liczebność	535	91	626
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 45. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: labilność emocjonalna”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „labilność emocjonalna” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 72,1% (raczej tak 38,3%, zdecydowanie tak 33,8%) oraz 60,5% mężczyzn (raczej tak 31,9%, zdecydowanie tak 28,6%) uznało, iż jest to jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 20%, a w przypadku mężczyzn 27,5% co stanowi w sumie 21,1% wszystkich odpowiedzi.

		Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
		Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Labilność emocjonalna] 8. 1 Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	5	0	1	6	0	13	25
		% z Główna aktywność zawodowa:	1,9%	0,0%	16,7%	5,7%	0,0%	6,5%	4,0%
	2	Liczebność	7	0	0	7	0	1	28
		% z Główna aktywność zawodowa:	2,7%	0,0%	0,0%	6,6%	0,0%	3,6%	4,5%
	3	Liczebność	67	4	1	20	0	3	132
		% z Główna aktywność zawodowa:	25,7%	22,2%	16,7%	18,9%	0,0%	10,7%	21,1%
	4	Liczebność	97	5	1	44	5	10	234
		% z Główna aktywność zawodowa:	37,2%	27,8%	16,7%	41,5%	71,4%	35,7%	37,4%
	5	Liczebność	85	9	3	29	2	14	207
		% z Główna aktywność zawodowa:	32,6%	50,0%	50,0%	27,4%	28,6%	50,0%	33,1%
Ogółem		Liczebność	261	18	6	106	7	28	626
		% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 46. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: labilność emocjonalna”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „labilności emocjonalnej” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 100% pedagogów szkolnych (raczej tak 71,4%, zdecydowanie tak 28,6%), i jedynie 66,7% psychoterapeutów (raczej tak 16,7% zdecydowanie tak 50%) uznało, iż labilność emocjonalna stanowi jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

- 12) **Lęk.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: 1. Zdecydowanie nie (**4,0%**), 2. Raczej nie (**4,5%**), 3. Ani tak, ani nie (**13,7%**), 4. Raczej tak (**37,4%**), 5. Zdecydowanie tak (**40,4%**).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Lęk] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	22	3	25
		% z Płeć	4,1%	3,3%	4,0%
	2	Liczebność	22	6	28
		% z Płeć	4,1%	6,6%	4,5%
	3	Liczebność	66	20	86
		% z Płeć	12,3%	22,0%	13,7%
	4	Liczebność	201	33	234
		% z Płeć	37,6%	36,3%	37,4%
	5	Liczebność	224	29	253
		% z Płeć	41,9%	31,9%	40,4%
Ogółem		Liczebność	535	91	626
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 47. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: lęk”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „lęku” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 79,5% (raczej tak 37,6%, zdecydowanie tak 41,9%) oraz 68,2% mężczyzn (raczej tak 36,3%, zdecydowanie tak 31,9%) uznało, iż jest to jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 12,3% a w przypadku mężczyzn 22% co stanowi w sumie 13,7% wszystkich odpowiedzi.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Lęk] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	5	0	1	6	0	0	13	25
		% z Główna aktywność zawodowa:	1,9%	0,0%	16,7%	5,7%	0,0%	0,0%	6,5%	4,0%
	2	Liczebność	10	0	0	9	0	0	9	28
		% z Główna aktywność zawodowa:	3,8%	0,0%	0,0%	8,5%	0,0%	0,0%	4,5%	4,5%
	3	Liczebność	40	0	0	20	0	4	22	86
		% z Główna aktywność zawodowa:	15,3%	0,0%	0,0%	18,9%	0,0%	14,3%	11,0%	13,7%
	4	Liczebność	93	7	3	33	3	11	84	234
		% z Główna aktywność zawodowa:	35,6%	38,9%	50,0%	31,1%	42,9%	39,3%	42,0%	37,4%
	5	Liczebność	113	11	2	39	4	13	72	253
		% z Główna aktywność zawodowa:	43,3%	61,1%	33,3%	35,9%	57,1%	46,4%	36,0%	40,4%
Ogółem			261	18	6	106	7	28	200	626
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 48. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: lęk”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „lęk” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 100% psychologów (raczej tak 38,9% zdecydowanie tak 61,1%), i jedynie 66,9% nauczycieli (raczej tak 31,1% zdecydowanie tak 35,8%) uznało, iż lęk stanowi jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

- 13) **Opuszczanie zajęć szkolnych.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (**5,3%**), 2. Raczej nie (**11,3%**), 3. Ani tak, ani nie (**31,5%**), 4. Raczej tak (**32,3%**), 5. Zdecydowanie tak (**19,6%**).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Opuszczanie zajęć szkolnych] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	28	5	33
		% z Płeć	5,2%	5,5%	5,3%
	2	Liczebność	60	11	71
		% z Płeć	11,2%	12,1%	11,3%
	3	Liczebność	166	31	197
		% z Płeć	31,0%	34,1%	31,5%
	4	Liczebność	168	34	202
		% z Płeć	31,4%	37,4%	32,3%
	5	Liczebność	113	10	123
		% z Płeć	21,1%	11,0%	19,6%
Ogółem			535	91	626
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 49. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: opuszczanie zajęć szkolnych”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „opuszczania zajęć szkolnych” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 52,5% (raczej tak 31,4%, zdecydowanie tak 21,1%) oraz jedynie 48,4% mężczyzn (raczej tak 37,4%, zdecydowanie tak 11%) uznało, iż jest to jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 31%, a w przypadku mężczyzn 34,1% co stanowi w sumie 31,5% wszystkich odpowiedzi.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Opuszczanie zajęć szkolnych] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	9	0	0	6	0	0	18	33
		% z Główna aktywność zawodowa:	3,4%	0,0%	0,0%	5,7%	0,0%	0,0%	9,0%	5,3%
	2	Liczebność	32	1	0	13	0	3	22	71
		% z Główna aktywność zawodowa:	12,3%	5,6%	0,0%	12,3%	0,0%	10,7%	11,0%	11,3%
	3	Liczebność	84	6	3	34	1	10	59	197
		% z Główna aktywność zawodowa:	32,2%	33,3%	50,0%	32,1%	14,3%	35,7%	29,5%	31,5%
	4	Liczebność	77	6	1	36	4	11	67	202
		% z Główna aktywność zawodowa:	29,5%	33,3%	16,7%	34,0%	57,1%	39,3%	33,5%	32,3%
	5	Liczebność	59	5	2	17	2	4	34	123
		% z Główna aktywność zawodowa:	22,6%	27,8%	33,3%	16,0%	28,6%	14,3%	17,0%	19,6%
Ogółem			261	18	6	108	7	28	200	626
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 50. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: opuszczanie zajęć szkolnych”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „opuszczania zajęć szkolnych” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 85,7% pedagogów szkolnych (raczej tak 57,1% zdecydowanie tak 28,6%), i jedynie 50,5% pielęgniarek (raczej tak 33,5% zdecydowanie tak 17%) uznało, iż opuszczanie zajęć szkolnych stanowi jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

- 14) **Pogorszenie wyników edukacyjnych.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (**4,6%**) 2. Raczej nie (**12,0%**) 3. Ani tak, ani nie (**31,6%**) 4. Raczej tak (**32,1%**) 5. Zdecydowanie tak (**19,6%**).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Pogorszenie wyników edukacyjnych] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	24	5	29
		% z Płeć	4,5%	5,5%	4,6%
	2	Liczebność	62	13	75
		% z Płeć	11,6%	14,3%	12,0%
	3	Liczebność	165	33	198
		% z Płeć	30,8%	36,3%	31,6%
	4	Liczebność	173	28	201
		% z Płeć	32,3%	30,8%	32,1%
	5	Liczebność	111	12	123
		% z Płeć	20,7%	13,2%	19,6%
Ogółem			535	91	626
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 51. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: pogorszenie wyników edukacyjnych”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „pogorszenia wyników edukacyjnych” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 53% (raczej tak 32,3%, zdecydowanie tak 20,7%) oraz jedynie 44% mężczyzn (raczej tak 30,8%, zdecydowanie tak 12%) uznało, iż jest to jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 30,8%, a w przypadku mężczyzn 36,3% co stanowi w sumie 31,6% wszystkich odpowiedzi.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem	
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka		
[Pogorszenie wyników edukacyjnych] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	8	0	0	7	0	0	14	29	
		% z Główna aktywność zawodowa:	3,1%	0,0%	0,0%	6,5%	0,0%	0,0%	7,0%	4,6%	
	2	Liczebność	32	0	0	13	0	3	27	75	
		% z Główna aktywność zawodowa:	12,3%	0,0%	0,0%	12,1%	0,0%	10,7%	13,5%	12,0%	
	3	Liczebność	88	6	3	33	2	12	54	198	
		% z Główna aktywność zawodowa:	33,8%	33,3%	50,0%	30,8%	28,6%	42,9%	27,0%	31,6%	
	4	Liczebność	73	9	1	37	3	9	69	201	
		% z Główna aktywność zawodowa:	28,1%	50,0%	16,7%	34,6%	42,9%	32,1%	34,5%	32,1%	
	5	Liczebność	59	3	2	17	2	4	36	123	
		% z Główna aktywność zawodowa:	22,7%	16,7%	33,3%	15,9%	28,6%	14,3%	18,0%	19,6%	
Ogółem			Liczebność	260	18	6	107	7	28	200	626
			% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 52. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: pogorszenie wyników edukacyjnych”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „pogorszenie wyników edukacyjnych” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 71,5% pedagogów szkolnych (raczej tak 42,9% zdecydowanie tak 28,6%), i jedynie 46,4% lekarzy (raczej tak 32,1% zdecydowanie tak 14,3%) uznało, iż pogorszenie wyników edukacyjnych stanowi jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

- 15) **Samookaleczenia.** Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to:
1. Zdecydowanie nie (4,6%), 2. Raczej nie (2,6%), 3. Ani tak, ani nie (7,4%), 4. Raczej tak (29,3%), 5. Zdecydowanie tak (56,2%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Samookaleczenia] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	22	7	29
		% z Płeć	4,1%	7,7%	4,6%
	2	Liczebność	15	1	16
		% z Płeć	2,8%	1,1%	2,6%
	3	Liczebność	39	7	46
		% z Płeć	7,3%	7,7%	7,4%
	4	Liczebność	151	32	183
		% z Płeć	28,3%	35,2%	29,3%
	5	Liczebność	307	44	351
		% z Płeć	57,5%	48,4%	56,2%
Ogółem			534	91	625
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 53. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: samookaleczenia”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „samookaleczanie” należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 85,5% (raczej tak 28,3%, zdecydowanie tak 57,5%) oraz 83,6 % mężczyzn (raczej tak 35,2%, zdecydowanie tak 48,4%) uznało, iż jest to jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Samookaleczenia] 8. Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani tak, ani nie 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	7	0	0	9	0	0	13	29
		% z Główna aktywność zawodowa:	2,7%	0,0%	0,0%	8,5%	0,0%	0,0%	6,5%	4,6%
	2	Liczebność	4	0	1	6	0	0	5	16
		% z Główna aktywność zawodowa:	1,5%	0,0%	16,7%	5,7%	0,0%	0,0%	2,5%	2,6%
	3	Liczebność	21	0	0	10	0	2	13	46
		% z Główna aktywność zawodowa:	8,0%	0,0%	0,0%	9,4%	0,0%	7,1%	6,5%	7,4%
	4	Liczebność	62	8	2	31	4	12	64	183
		% z Główna aktywność zawodowa:	23,8%	44,4%	33,3%	29,2%	57,1%	42,9%	32,2%	29,3%
	5	Liczebność	167	10	3	50	3	14	104	351
		% z Główna aktywność zawodowa:	64,0%	55,6%	50,0%	47,2%	42,9%	50,0%	52,3%	56,2%
Ogółem			261	18	6	106	7	28	199	625
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 54. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to: samookaleczenia”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej w przypadku „samookaleczanie” wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 100% pedagogów szkolnych (raczej tak 57,1% zdecydowanie tak 42,9%), i jedynie 83,3% psychoterapeuci (raczej tak 33,3% zdecydowanie tak 50%) uznało, iż samookaleczanie stanowi objaw poprzedzający próbę samobójczą.

Objawy poprzedzające podjęcie próby samobójczej to przede wszystkim różnego rodzaju „sygnały o zagrożeniu”. Zdecydowana większość osób, które popełniły samobójstwo, wcześniej komunikowała swój zamiar w pośredni lub bezpośredni sposób. Być może prawidłowe odczytanie takiego komunikatu pozwoliłoby zapobiec tragedii. Stąd warto być wyczulonym na różne sygnały zagrożenia płynące w kontaktach międzyludzkich.

Analizując odpowiedzi ankietowanych w przeprowadzonym badaniu należy zwrócić uwagę, iż właściwe odczytanie sygnałów zagrożenia o próbie samobójstwa w dużej części pytań stanowiło o pewnej skali trudności dla ankietowanych. Wielokrotnie, w przedziale od 7,4% do niekiedy 38,7%, ankietowani wybierali odpowiedź niejednoznaczną – ani tak, ani nie. Wskazuje to o trudności w jednoznacznej interpretacji poszczególnych sygnałów kierowanych przez osoby, które potencjalnie wykazują kryzys emocjonalny, który może doprowadzić do próby samobójczej.

Warto podkreślić, iż katalog tzw. sygnałów zagrożenia wyszczególnionych w badaniach ankietowych nie ma charakteru zamkniętego i stanowi zdecydowanie szerszy obszar czynników stanowiących symptomy podjęcia próby samobójczej wśród młodzieży. Wśród innych elementów nie wymienionych w prezentowanych badaniach ankietowych:

- Wyraźne zmiany sposobu odżywiania się (szczególnie odmowa jedzenia) lub snu (bezsennność, trudności z rozbudzeniem się rano);
- Odmowa przyjmowania lekarstw lub – przeciwnie – domaganie się ich większej dawki;

- Trudności z koncentracją, rozkojarzenie przypominające nieobecność;
- Niechęć do rozmów, spotkań towarzyskich, wycofywanie się z kontaktu z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi, nieobecności w szkole lub pracy;
- Wzrost impulsywności, nagłe akty agresji lub autoagresji;
- Sięganie po substancje psychoaktywne lub nasilenie ich używania;
- Odrzucanie pomocy, poczucie osamotnienia i opuszczenia przez innych;
- Deprecjonowanie i oskarżanie siebie, poczucie winy, poczucie bycia złym człowiekiem i ciężarem dla innych;
- Skargi na nieustanne zmęczenie oraz poczucie braku energii, siły i niemocy;
- Wypowiadanie komunikatów wprost lub nie wprost o beznadziejności lub bezsensie życia, o śmierci, myślach i planach samobójczych;
- Przesyłanie w wiadomościach, zamieszczanie na komunikatorach internetowych i portalach społecznościowych zdjęć, filmików oraz opisów dotyczących autodestrukcji.
- Poszukiwanie informacji dotyczących sposobów odebrania sobie życia
- Gromadzenie leków, potrzebnych przedmiotów czy narzędzi do odebrania sobie życia.

Ww. przykłady pokazują, iż „katalog” objawów poprzedzające podjęcie próby samobójczej nie jest zamknięty a właściwe zinterpretowanie pewnych zachowań może stanowić o pewnej skali trudności w zakresie ich bezpośredniej interpretacji.

Rekomendacje

Wyniki sugerują, iż istnieje potrzeba dalszego przekazywania wiedzy i promowania informacji nt. objawów poprzedzających podjęcie prób samobójczych wśród młodzieży. Rekomendacja ta dotyczy wszystkich grup biorących udział w badaniach a jej celem jest przede wszystkim zwiększenie świadomości i wiedzy na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży.

16.10. Pytanie 10. Dla zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia.

Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (4,8%), 2. Raczej nie (3,6%), 3. Ani tak, ani nie (5,5%), 4. Raczej tak (27,9%), 5. Zdecydowanie tak (58,2%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
9. Dla zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia.	Zdecydowanie nie	Liczebność	22	8	30
		% z Płeć	4,2%	8,9%	4,8%
	Raczej nie	Liczebność	17	5	22
		% z Płeć	3,2%	5,6%	3,6%
	Ani nie, ani tak	Liczebność	26	8	34
		% z Płeć	4,9%	8,9%	5,5%
	Raczej tak	Liczebność	144	29	173
		% z Płeć	27,2%	32,2%	27,9%
	Zdecydowanie tak	Liczebność	320	40	360
		% z Płeć	60,5%	44,4%	58,2%
Ogółem	Liczebność	529	90	619	
	% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 55. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „dla zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia, należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet 87,7% (raczej tak 27,2%, zdecydowanie tak 60,5%) oraz 76,6 % mężczyzn (raczej tak 32,2%, zdecydowanie tak 44,4%) uznało, iż jest to jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
9. Dla zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia.	Zdecydowanie nie	Liczebność	16	1	1	4	0	4	4	30
		% z Główna aktywność zawodowa:	6,2%	5,6%	16,7%	3,8%	0,0%	14,3%	2,0%	4,8%
	Raczej nie	Liczebność	11	0	0	1	0	1	9	22
		% z Główna aktywność zawodowa:	4,2%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	3,6%	4,6%	3,6%
	Ani nie, ani tak	Liczebność	16	0	1	5	0	1	11	34
		% z Główna aktywność zawodowa:	6,2%	0,0%	16,7%	4,8%	0,0%	3,6%	5,6%	5,5%
	Raczej tak	Liczebność	70	2	0	30	2	5	64	173
		% z Główna aktywność zawodowa:	27,0%	11,1%	0,0%	28,8%	28,6%	17,9%	32,5%	27,9%
	Zdecydowanie tak	Liczebność	146	15	4	64	5	17	109	360
		% z Główna aktywność zawodowa:	56,4%	83,3%	66,7%	61,5%	71,4%	60,7%	55,3%	58,2%
Ogółem		Liczebność	259	18	6	104	7	28	197	619
		% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 56. Odpowiedzi respondentów na stwierdzenie – „dla zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów.

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia wskazuje w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 100% pedagogów szkolnych (raczej tak 28,6% zdecydowanie tak 71,4%), i jedynie 66,7% psychoterapeuci (raczej tak 33,3% zdecydowanie tak 50%) uznało, iż zachowań poprzedzających samobójstwo charakterystyczne jest silne przekonanie o tzw. sytuacji bez wyjścia wskazuje jeden z objawów poprzedzających podjęcie próby samobójczej.

Przekonanie o sytuacji bez wyjścia stanowi dla ankietowanych zdecydowane bo, aż 58,2%, potwierdzenie zachowania prowadzącego do podjęcia próby samobójczej. Wynikać może to z faktu, iż przekonanie o braku możliwości znalezienia właściwego wyjścia z sytuacji u wielu osób stanowi o jedynym możliwym w tym przypadku rozwiązaniu, a mianowicie o samobójstwie rozwiązującym wszelkie problemy.

Każdy człowiek może popełnić samobójstwo, gdy spotka go cierpienie, a zwłaszcza wówczas gdy będzie przekonany, że ani on sam ani nikt nie jest i nie będzie w stanie mu pomóc. Poczucie utknięcia w sytuacji bez wyjścia jest źródłem dodatkowego cierpienia i pociąga za sobą rozległy i dojmujący ból psychiczny.

O ile przyczyn i wyzwalaczy samobójstwa jest bardzo wiele, to czynnikiem wspólnym jest właśnie ogromny odczuwany fizycznie i psychicznie ból ciała i umysłu. Ludzie różnią się nie tylko tolerancją na ból, ale i dostępem do zasobów zewnętrznych. Przełamanie w wielu przypadkach „zamkniętego kręgu” odczucia bezsilności, tzw. sytuacji bez wyjścia stanowi istotny element znalezienia właściwej drogi i pomocy dla osób chcących podjąć próbę samobójczą.

16.11. Pytanie 11. Jak Pan/Pani myśli, w jaki sposób prawidłowo komunikować się z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze?

1) Słuchaj uważnie

Według 95,2% badanych (N = 596) prawidłowym sposobem komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze jest uważne słuchanie. 1,0% (N = 6) uważa ten sposób za nieskuteczny. 3,8% (N = 24) osób badanych nie wie, czy uważne słuchanie jest odpowiednim sposobem komunikacji w opisanej wyżej sytuacji.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

2) Poinformuj, że wszystko będzie dobrze

55,2% badanych (N = 345) uważa, że prawidłowym sposobem komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, jest poinformowanie, że wszystko będzie dobrze. 24,6% (N = 154) osób poddanych badaniu jest przeciwnego zdania, zaś 20,2% (N = 126) nie wie, czy to prawidłowy sposób.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (główna aktywność zawodowa, staż pracy w wyuczonym zawodzie, wielkość miejscowości, w którym znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualne miejsce zamieszkania – województwo) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Wśród studentów 64,0% z nich uznało, że prawidłowym sposobem komunikacji jest zapewnienie młodej osobie, że wszystko będzie dobrze, co stanowi najwyższy odsetek w badanej grupie. Odwrotną tendencję można dostrzec wśród psychologów, spośród których 72,2% uznało, że wspomniany sposób jest nieprawidłowy, co stanowi najwyższy odsetek w badanej grupie, ale również wśród psychoterapeutów (66,7%). Nauczyciele i pedagodzy szkolni wykazują się podejściem zdecydowanie zróżnicowanym. Wśród nauczycieli 51,4% zgadza się z omawianym sposobem komunikacji, co stanowi trzeci najwyższy wynik w badanej grupie, natomiast w grupie pedagogów szkolnych odsetek ten jest niższy, tj. 28,6%. Pedagodzy szkolni częściej odpowiadają „nie” – 57,1%. Lekarze prezentują podzielone opinie, z odsetkiem odpowiedzi „tak” na poziomie 28,6%. Jednocześnie 50% lekarzy uważa, że taki sposób komunikacji jest niewłaściwy. W przypadku pielęgniarek 55,5% z nich uznało, że omawiany sposób komunikacji jest prawidłowy. Niepewność w odpowiedziach („nie wiem”) jest widoczna w każdej grupie, ale najwyższy odsetek występuje kolejno wśród nauczycieli, lekarzy, studentów i pielęgniarek.

Wyniki pokazują, że najwięcej osób przekonanych o prawidłowości tego komunikatu w takich sytuacjach, to osoby bez stażu pracy (studenci) – aż 65,9%. Osoby o krótkim stażu pracy (do 1 roku) również wykazały się dużym przekonaniem – 56,1% z nich udzieliło odpowiedzi „tak”. Wśród osób z dłuższym stażem pracy (od 1 roku do 8 lat) procent osób, które odpowiedziały „tak”, stopniowo maleje, osiągając najniższą wartość (48,1%) w grupie osób z najdłuższym stażem pracy (powyżej 8 lat). Odpowiedź „nie” była najczęściej wybierana przez osoby z najdłuższym stażem pracy (30,9%), a także przez osoby z 1-8-letnim doświadczeniem (23-26%). Odpowiedź „nie wiem” była najbardziej popularna wśród osób z długim stażem pracy (od 4 do 8 lat), gdzie wyniosła 26,2%. Dla porównania, w grupach z krótkim stażem pracy lub brakiem stażu pracy (studentów), odpowiedzi „nie wiem” wyniosły około 17,6-19,5%. Analizując te dane można dostrzec, że im większy staż pracy, tym nieco mniejszy odsetek badanych uważa, że zapewnienie młodej osobie, że wszystko będzie dobrze, jest odpowiednim sposobem komunikacji w sytuacji, gdy jej zachowanie wskazuje na myśli samobójcze.

Największy odsetek osób, które uważały, że można w taki sposób komunikować się zanotowano wśród pracujących na wsi (56,9%) oraz pracujących (uczących się) w miastach do 50 tys. mieszkańców (62,2%). W miarę wzrostu wielkości miejscowości odsetek takich odpowiedzi malał – w miastach od 251 do 500 tys. mieszkańców wyniósł 49,2%, a w największych miastach powyżej 500 tys. mieszkańców spadł do 42%. Z kolei odpowiedź „nie” częściej wybierali badani pracujący (uczący się) w większych miejscowościach. W miastach powyżej 500 tys. mieszkańców było ich 36,4%. Odpowiedź „nie wiem” była stosunkowo równo rozłożona we wszystkich grupach.

3) Przecistawiaj się samobójczej decyzji

Przeciwstawianie się samobójczej decyzji to prawidłowy sposób komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze według większości, tj. 75,2% (N = 471), badanych. 9,1% (N = 57) badanych jest przeciwnego zdania, a 15,7% (N = 98) nie wie, czy to prawidłowy sposób.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (główna aktywność zawodowa, forma własności miejsca pracy, typ placówki) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Przedział procentowy badanych w różnych grupach zawodowych uznających, że przeciwstawianie się samobójczej decyzji to prawidłowy sposób komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze wynosi 61-83%. Największy odsetek odpowiedzi „tak” jest dostrzegalny wśród psychoterapeutów, spośród których 83,3% wyraziło przekonanie w skuteczność takiej komunikacji. Wysoki wynik w tym aspekcie uzyskali nauczyciele, tj. 77,4%. Wysoki poziom przekonania zauważalny jest również wśród studentów (75,9%), pielęgniarek (75,0%) i pedagogów szkolnych (71,4%). Co istotne, wśród lekarzy i psychologów odsetek wybierających odpowiedź „tak” wyniosła kolejno 71,4% i 61,1%. Odpowiedź „nie” najczęściej wybierali psychologowie (33,3%) i pedagodzy szkolni (28,6%). W pozostałych grupach zawodowych odsetek odpowiedzi „nie” był znacznie niższy, szczególnie wśród studentów (9,2%), nauczycieli (6,6%) i pielęgniarek (6,5%). Odpowiedź „nie wiem” najczęściej pojawiała się wśród pielęgniarek (18,5%), nauczycieli (16,0%) oraz studentów (14,9%). Psychoterapeuci i pedagodzy szkolni w ogóle nie wybrali tej odpowiedzi.

Największy odsetek odpowiedzi „tak” zanotowano w grupie osób pracujących w miejscach o charakterze publiczno-prywatnym (90,5%). Wśród pracowników instytucji publicznych wynik ten wynosi 76,7%, natomiast w sektorze prywatnym jest najniższy i wynosi 51,4%. Odpowiedź „nie” była najczęściej udzielana przez osoby pracujące w sektorze prywatnym (16,2%), natomiast w sektorze publicznym wynosiła 8,6%. W instytucjach publiczno-prywatnych żadna z badanych osób nie wybrała tej odpowiedzi. Odpowiedź „nie wiem” była najczęściej wybierana w sektorze prywatnym (32,4%). W sektorze publicznym ten odsetek wyniósł 14,7%, a w miejscach publiczno-prywatnych tylko 9,5%.

4) Powiedz, że „inni mają gorzej”

Większość, tj. 74,7% (N = 467), badanych uznaje, że powiedzenie, że „inni mają gorzej” nie jest prawidłowym sposobem komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze. Według 6,0% (N = 67) badanych jest to prawidłowy sposób komunikacji w powyżej opisanej sytuacji, zaś 14,6% (N = 91) nie wie, czy jest to prawidłowy sposób.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (wiek, główna aktywność zawodowa) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Spśród wszystkich grup zawodowych największy odsetek odpowiedzi twierdzących („tak”) pochodził od pielęgniarek (17,5%) i studentów (9,6%), natomiast żaden psycholog, psychoterapeuta i pedagog szkolny nie uznał tej formy komunikacji za właściwą. Z kolei największy odsetek odpowiedzi przeczących („nie”) odnotowano wśród psychoterapeutów (100%), pedagogów szkolnych (100%), lekarzy (89,3%) oraz psychologów (88,9%). W grupie

studentów 77,3% również odpowiedziało „nie”, zaś w grupie nauczycieli 75,5%. Odpowiedź „nie wiem” pojawiała się najczęściej u nauczycieli (18,9%) oraz pielęgniarek (16,5%). Większość grup zawodowych nie postrzega tej wypowiedzi jako skutecznej w kontekście wsparcia młodych osób z myślami samobójczymi.

Największy odsetek odpowiedzi „tak” odnotowano w grupie osób w wieku od 56 do 65 lat (15,4%) oraz od 46 do 55 lat (13,2%). Najmniej takich odpowiedzi udzieliły osoby w wieku do 24 lat (6,6%). Największy odsetek odpowiedzi „nie” zaobserwowano w grupie najmłodszych (do 24 lat – 90,2%) oraz najstarszych (65+ lat – 90,9%). W pozostałych grupach wiekowych odsetek odpowiedzi „nie” wynosił od 67,3% do 78,6%. Odpowiedź „nie wiem” pojawiała się najczęściej w grupach wiekowych od 36 do 45 lat (19,7%) oraz od 46 do 55 lat (19,0%), co wskazuje na pewien poziom niepewności w ocenie tej formy komunikacji. W grupach najmłodszych (do 24 lat) oraz najstarszych (65+ lat) odsetek takich odpowiedzi był najniższy, wynosząc odpowiednio 3,3% i 0%.

5) Podawaj przykłady z własnego życia, gdy radziłeś sobie w trudnych sytuacjach

Większość osób badanych, tj. 69,3% (N = 434), uznaje podawanie przykładów z własnego życia świadczących o radzeniu sobie w trudnych sytuacjach jako prawidłowy sposób komunikowania się z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze. Przeciwnego zdania jest 14,7% (N = 92) badanych, zaś badanych którzy nie wiedzą, czy to prawidłowy sposób komunikacji jest 16,0% (N = 100).

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (główna aktywność zawodowa, staż pracy w wyuczonym zawodzie, wielkość miejscowości, w którym znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualne miejsce zamieszkania – województwo) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Spśród wszystkich grup zawodowych najczęściej odpowiedź „tak” wybierali studenci (73,6%) oraz pielęgniarki (72,5%). Wysoki odsetek odpowiedzi twierdzących odnotowano również w grupie nauczycieli (64,2%) i psychologów (61,1%). Najrzadziej za właściwą formę komunikacji tę wypowiedź uznali psychoterapeuci (50,0%) oraz lekarze (39,3%). Odpowiedź przeczącą („nie”) najczęściej wybierali pedagodzy szkolni (42,9%), psychologowie (38,9%), psychoterapeuci (33,3%) i lekarze (32,1%). W grupach pielęgniarek (12,0%) oraz studentów (10,0%) odsetek tej odpowiedzi był najniższy. Odpowiedź „nie wiem” pojawiała się najczęściej wśród lekarzy (28,6%), a w przypadku pedagogów szkolnych i psychologów w ogóle się nie pojawiła (0,0%). W grupie studentów i nauczycieli odsetek tej odpowiedzi wynosił odpowiednio 16,5% i 16,0%.

Z analizy wynika, że wysoki odsetek odpowiedzi twierdzących („tak”) uzyskano w grupie badanych z najdłuższym stażem pracy (ponad 8 lat), gdzie aż 69,2% badanych uznało tę formę komunikacji za odpowiednią. W grupie studentów (brak stażu pracy) odsetek odpowiedzi twierdzących był jeszcze wyższy i wyniósł 76,6%, co wskazuje na dużą akceptację tej formy komunikacji wśród osób, które nie mają doświadczenia zawodowego w wyuczonym zawodzie. Pozostałe grupy, takie jak osoby z 1-3-letnim oraz 4–8-letnim stażem pracy, miały niższy, ale wciąż znaczący odsetek odpowiedzi „tak”, odpowiednio 57,1% i 57,4%. Odpowiedzi „nie” występowały najczęściej w grupach z krótszym stażem pracy: wśród osób z 1-3-letnim stażem

pracy (26,8%) oraz z 4-8-letnim stażem pracy (23,0%). Grupa z największym doświadczeniem zawodowym (powyżej 8 lat) miała mniejszy odsetek odpowiedzi „nie” (13,3%), a studenci (brak stażu pracy) najmniejszy, zaledwie 9,3%. Warto zauważyć, że osoby z 1-3-letnim stażem pracy oraz 4-8-letnim stażem pracy wykazywały wyższy odsetek odpowiedzi „nie” w porównaniu do pozostałych grup. Odpowiedzi „nie wiem” występowały najczęściej wśród osób z 4-8-letnim stażem pracy (19,7%) oraz ze stażem pracy powyżej 8 lat (17,5%), a także w grupie studentów (14,1%).

Największy odsetek odpowiedzi twierdzących odnotowano w grupie osób pracujących (uczących się) w miastach liczących od 51 do 250 tysięcy mieszkańców (79,1%), a także na wsiach (65,5%) oraz w miastach do 50 tysięcy mieszkańców (67,9%). Największy odsetek odpowiedzi „nie” odnotowano w największych miastach, gdzie 23,9% badanych nie uznało tej formy komunikacji za właściwą. Podobnie wysoki odsetek tej odpowiedzi zauważono w miastach od 251 do 500 tysięcy mieszkańców (22,0%). Z kolei najniższy odsetek odpowiedzi „nie” zaobserwowano w grupach badanych z miast od 51 do 250 tysięcy mieszkańców (9,1%) oraz na wsiach (12,1%). Najwyższy odsetek odpowiedzi „nie wiem” odnotowano na wsiach (22,4%) oraz w miastach do 50 tysięcy mieszkańców (17,5%). Z kolei najniższy odsetek odpowiedzi „nie wiem” wystąpił w miastach od 51 do 250 tysięcy mieszkańców (11,8%).

6) Pytaj o emocje

Według zdecydowanej większości badanych, tj. 93,8% (N = 587), pytanie o emocje jest prawidłowym sposobem komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, zaś tylko 0,8% (N = 5) badanych uważa, że jest to nieprawidłowy sposób. Badanych, którzy zadeklarowali, że nie wiedzą, czy to prawidłowy sposób jest 5,4% (N = 34).

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (forma własności miejsca pracy) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Wyniki analizy dotyczące formy własności miejsca pracy, w kontekście komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, wskazują na znaczną akceptację formy komunikacji „Pytaj o emocje” wśród badanych, niezależnie od formy własności miejsca pracy. W grupie pracujących w miejscach o własności publicznej aż 94,0% badanych uznało tę metodę za odpowiednią, co stanowi zdecydowaną większość. W grupie osób pracujących w miejscach o własności publiczno-prywatnej odsetek ten wyniósł 95,2%, co także świadczy o dużej zgodności z tą formą komunikacji. W przypadku osób pracujących w sektorze prywatnym, akceptacja tej metody była nieco mniejsza, ale nadal wynosiła 83,8%. Warto dodać, że w przypadku odpowiedzi „nie wiem”, najwięcej takich odpowiedzi pojawiło się w grupie pracujących w sektorze prywatnym (16,2%).

7) Milcz

Większość badanych, tj. 74,6% (N = 467), uznało, że milczenie nie jest prawidłowym sposobem komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze. Za prawidłowy sposób komunikacji w opisanej sytuacji milczenie uznało 7,5%

(N = 47) osób badanych, zaś 17,9% (N = 112) badanych nie wie, czy jest to prawidłowy sposób komunikacji.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

8) Pytaj o przyczyny myśli samobójczych

Badanych, którzy wskazali, że pytanie o przyczyny myśli samobójczych to prawidłowy sposób komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze jest 82,1% (N = 514). Przeciwnego zdania jest 4,0% (N = 25) badanych. 13,9% (N = 87) badanych nie wie, czy to prawidłowy sposób komunikacji we wspomnianej wyżej sytuacji.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

9) Umniejszaj przyczyny o myślach samobójczych

Niewiele ponad połowa badanych, tj. 53,3% (N = 333), uznaje, że umniejszanie przyczynom myśli samobójczych nie jest prawidłowym sposobem komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze. Umniejszanie przyczynom myśli samobójczych jako prawidłowy sposób komunikacji w opisanej sytuacji wskazało 29,1% (N = 182) badanych, a nie wie, czy to prawidłowy sposób 17,6% (N = 110) badanych.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (główna aktywność zawodowa, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

W analizie wyników dotyczących sposobu komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, w podziale na główną aktywność zawodową badanych, można zauważyć istotne różnice pomiędzy grupami zawodowymi. Największy odsetek osób deklarujących zgodność ze sposobem „umniejszaj przyczyny o myślach samobójczych” występuje wśród pielęgniarek (34,5%) oraz studentów (32,6%). Relatywnie wysoki wskaźnik akceptacji tej formy komunikacji występuje również w grupie nauczycieli (20,0%). Z kolei w grupie psychologów tylko 11,1% wskazuje tę formę jako odpowiednią, a wśród lekarzy wynik ten wynosi 14,3%. Warto zwrócić uwagę, że pedagodzy szkolni w całości nie wyrazili poparcia dla tej metody (0%). Jeżeli chodzi o odpowiedzi „nie”, największy udział zanotowano w grupie pedagogów szkolnych (100%), psychologów (83,3%), a także wśród lekarzy (75%) i nauczycieli (60%). W przypadku pielęgniarek 49% badanych wyraziło brak akceptacji tej formy komunikacji, a w grupie studentów było to 47,9%. Odpowiedź „nie wiem” najczęściej pojawia się wśród nauczycieli (20,0%), studentów (19,5%) oraz pielęgniarek (16,5%). Pedagodzy szkolni w ogóle nie wskazali odpowiedzi „nie wiem” (0%) – wszyscy wyrazili sprzeciw wobec tej formy komunikacji.

W podziale na wielkość miejscowości miejsca pracy/nauki widać różnice w odpowiedziach. Na wsi 29,3% badanych zgadza się z tym podejściem, 50% uważa je za nieodpowiednie, a 20,7% wybrało odpowiedź „nie wiem”. W miastach do 50 tys. mieszkańców odsetek odpowiedzi „tak” wynosi 38,2%, podczas gdy 39,5% osób stwierdziło „nie”, a 22,3% nie miało zdania. W miastach średniej wielkości, czyli od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców, tylko 26,2% poparło taki sposób komunikacji, podczas gdy 58,3% było przeciw, a 15,5% wybrało odpowiedź „nie wiem”. W miastach większych, od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców, poparcie dla tego podejścia spadło do 18,6%, a aż 69,5% osób odrzuciło je, podczas gdy 11,9% nie miało opinii. W największych miastach, powyżej 500 tys. mieszkańców, jedynie 18,2% zgadza się z tym komunikatem, 70,5% uważa go za niewłaściwy, a 11,4% nie potrafiło się wypowiedzieć. Wyniki pokazują, że wraz ze wzrostem wielkości miejscowości miejsca pracy/nauki rośnie odsetek osób odrzucających takie podejście i spada liczba osób, które je popierają.

10) Staraj się doradzić, co zrobić w takiej sytuacji

Ponad trzy czwarte osób badanych, tj. 75,9% (N = 475), uznaje, że wśród prawidłowych sposobów komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, powinny znaleźć się starania dotyczące doradzania, co zrobić w takiej sytuacji. Przeciwnego zdania jest 8,6% (N = 54) badanych. 15,5% (N = 97) nie wie czy jest to prawidłowy sposób komunikacji w opisanej wyżej sytuacji.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (główna aktywność zawodowa, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Największy odsetek odpowiedzi „tak”, pochodzi z grupy pedagogów szkolnych (85,7%) oraz pielęgniarek (80,0%), studentów (78,9%) i lekarzy (75,0%). W grupie nauczycieli 67,9% odpowiedziało „tak”. Z kolei psychologów (38,9%) i psychoterapeutów (50,0%) mieli znacznie mniejszy odsetek odpowiedzi „tak”. W grupach zawodowych takich jak psychologowie (38,9%) i psychoterapeuci (33,3%) odsetek odpowiedzi „nie” był znacząco wyższy niż w pozostałych grupach. Wśród pedagogów szkolnych odsetek odpowiedzi „nie” wyniósł 14,3%, nauczycieli 12,3%, pielęgniarek 7,5%, lekarzy 7,1%, studentów 5,4%. Najwięcej osób, które odpowiedziały „nie wiem”, pochodzi z grupy psychologów (22,2%) oraz nauczycieli (19,8%) i lekarzy (17,9%). Grupa pedagogów szkolnych nie wykazała żadnej odpowiedzi „nie wiem”.

Najwyższy odsetek osób, które odpowiedziały „tak” na pytanie o to, czy komunikat „staraj się doradzić, co zrobić w takiej sytuacji” jest odpowiedni, pochodzi z miast do 50 tys. mieszkańców (79,9%) oraz z miast od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców (76,5%). W większych miastach (powyżej 500 tys. mieszkańców), odsetek osób, które uznają ten komunikat za odpowiedni, jest niższy (67,0%). Odsetek odpowiedzi „nie” jest najwyższy w większych miastach, takich jak miasta powyżej 500 tys. mieszkańców (13,6%) oraz miasta od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców (16,9%). W przypadku odpowiedzi „nie wiem” widać wyższy odsetek w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców (19,3%). Różnice w odpowiedziach na pytanie o odpowiedni sposób komunikacji w sytuacjach kryzysowych wskazują, że wielkość

miejsowości, w której pracują lub uczą się badani, ma wpływ na to, jak postrzegają skuteczność komunikatu „staraj się doradzić, co zrobić w takiej sytuacji”. W mniejszych miejscowościach i na wsi, komunikat ten jest bardziej akceptowany, a osoby w tych regionach częściej uznają go za odpowiedni. Z kolei w większych miastach, zwłaszcza tych powyżej 500 tys. mieszkańców, odpowiedzi wskazujące na niepewność lub sprzeciw wobec tego komunikatu są bardziej powszechne.

11) Obiecaj, że zachowasz tajemnicę w kwestii myśli i zachowań samobójczych, jeśli Cię o to dana osoba prosi

63,7% (N = 399) badanych uważa, że podczas komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, rozmówca powinien obiecać, że zachowa tajemnicę w kwestii myśli i zachowań samobójczych, jeśli młoda osoba o to prosi. Nie zgadza się z tym 17,3% (N = 108) osób badanych. 19,0% (N = 119) badanych nie wie, czy to prawidłowy element komunikacji w opisanej wyżej sytuacji.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (wiek, główna aktywność zawodowa, staż pracy, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualne miejsce zamieszkania – województwo) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Największy odsetek odpowiedzi „tak” (75,4%) odnotowano wśród osób do 24 lat, co wskazuje na większą skłonność młodszych badanych do akceptacji takiej formy komunikacji. W tej grupie tylko 8,2% było przeciwnych, a 16,4% nie miało zdania. Osoby w wieku 25-35 lat również w większości uznały zachowanie tajemnicy za właściwe (71,7%), choć odsetek odpowiedzi „nie” i „nie wiem” był nieco wyższy niż w najmłodszej grupie (odpowiednio 10,7% i 17,6%). W grupie wiekowej 36-45 lat odsetek odpowiedzi „tak” spada do 62,4%, co oznacza mniejszą akceptację tego podejścia. W tej grupie zauważalny jest wyższy odsetek odpowiedzi „nie” (17,5%) oraz „nie wiem” (20,1%). Jeszcze bardziej krytyczne stanowisko wobec tej formy komunikacji mają osoby w wieku 46-55 lat, gdzie tylko 50,4% popierało zachowanie tajemnicy, 28,1% było temu przeciwnych, a 21,5% nie wyraziło jasnej opinii. W grupach wiekowych 56-65 lat oraz 65+ lat odsetek odpowiedzi „tak” wynosił odpowiednio 57,7% i 63,6%, co wskazuje na umiarkowaną akceptację tej formy komunikacji. Jednocześnie w obu tych grupach odsetek odpowiedzi „nie” (25,0% dla grupy 56-65 lat i 18,2% dla grupy 65+ lat) był wyższy niż u młodszych badanych, co może świadczyć o bardziej ostrożnym podejściu do kwestii obiecywania tajemnicy w kontekście myśli samobójczych. Młodsze osoby (do 24 lat i 25-35 lat) częściej uznają, że obiecywanie zachowania tajemnicy jest właściwe, co może wynikać z mniejszego doświadczenia życiowego lub zawodowego w radzeniu sobie z sytuacjami kryzysowymi. Wraz z wiekiem wzrasta odsetek osób krytycznych wobec takiego podejścia. Jednocześnie, niezależnie od wieku, w każdej grupie odsetek odpowiedzi „nie wiem” pozostaje zauważalny, wskazując na pewną niepewność w tej trudnej i delikatnej kwestii.

W grupie studentów 71,6% odpowiedziało „tak”, czyli pozytywnie oceniło tę formę komunikacji. 10,3% uznało ją za niewłaściwą, a 18,0% wyraziło brak zdania. Psycholodzy i psychoterapeuci prezentowali bardziej krytyczne podejście: wśród psychologów tylko 22,2% zgodziło się z zachowaniem tajemnicy, a aż 61,1% uznało to za niewłaściwe. W grupie psychoterapeutów 83,3% odpowiedziało „nie”, a żadna osoba nie wyraziła niezdecydowania.

Ponad połowa nauczycieli popierała ten sposób komunikacji (51,9%), zaś odmienne zdanie dotyczyło 25,5% nauczycieli. Pedagodzy szkolni w większości krytykowali tę formę komunikacji – 71,4% odpowiedziało „nie”. Natomiast zawody medyczne, w tym lekarze i pielęgniarki, w większym stopniu popierały zachowanie tajemnicy: 64,3% lekarzy i 66,0% pielęgniarek uznało to za właściwe. Wyniki wskazują na wyraźne różnice w ocenie w zależności od zawodu. Osoby z większym doświadczeniem zawodowym w pracy z osobami w kryzysie psychicznym, takie jak psycholodzy, psychoterapeuci czy pedagodzy, częściej odrzucają ideę zachowania tajemnicy w takich przypadkach, co najpewniej wynika z ich wiedzy o potencjalnym zagrożeniu dla życia i potrzebie interwencji. Z kolei studenci oraz osoby z zawodów medycznych częściej wykazują postawę zgodną z prośbą osoby w kryzysie.

Wśród osób z najkrótszym stażem pracy (do 1 roku) 75,6% badanych uznało zachowanie tajemnicy za właściwe, co jest najwyższym odsetkiem w tej kategorii. Jedynie 7,3% było przeciwnego zdania, a 17,1% nie miało wyrobionej opinii. Podobny poziom akceptacji (73,2%) odnotowano wśród osób bez stażu pracy (studentów), jednak odsetek osób niezdecydowanych był wyższy (19,5%), co może wskazywać na niepewność lub brak doświadczenia w radzeniu sobie z tego typu sytuacjami. W grupie osób z 1-3-letnim stażem pracy akceptacja dla zachowania tajemnicy wyniosła 62,5%, przy odsetku odpowiedzi „nie” (21,4%) oraz „nie wiem” (16,1%). Badani z 4-8-letnim stażem pracy częściej wyrażali brak akceptacji (23,0%) lub niezdecydowanie (23,0%), a jedynie 54,1% uznało tę formę komunikacji za właściwą, co stanowi najniższy wynik w tej grupie. Osoby z ponad 8-letnim stażem zawodowym były mniej skłonne do akceptacji tej formy komunikacji niż osoby z najkrótszym stażem – 57,0% poparło zachowanie tajemnicy, 24,3% uznało je za niewłaściwe, a 18,6% było niezdecydowanych. Wskazuje to, że większe doświadczenie zawodowe może wiązać się z bardziej krytycznym podejściem do obiecywania zachowania tajemnicy w sytuacjach dotyczących myśli i zachowań samobójczych.

Badani pracujący na obszarach wiejskich uznali – 53,4% z nich uznało tę formę komunikacji za odpowiednią, przy stosunkowo wysokim odsetku odpowiedzi „nie wiem” (27,6%) oraz 19,0% wskazujących na brak akceptacji. W małych miastach (do 50 tys. mieszkańców) 69,2% badanych zgodziło się, że zachowanie tajemnicy jest właściwe, 13,2% odpowiedziało „nie”, a 17,5% nie miało zdania. Podobne wyniki odnotowano w miastach średniej wielkości (od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców), gdzie 67,9% uznało tajemnicę za właściwą, 12,3% uznało to za niewłaściwe, a 19,8% było niezdecydowanych. W miastach od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców 64,4% badanych popierało zachowanie tajemnicy, podczas gdy 18,6% uznało to za niewłaściwe, a 16,9% nie miało zdania. W największych miastach, powyżej 500 tys. mieszkańców, 46,6% badanych uznało zachowanie tajemnicy za właściwe, co jest najniższym wynikiem w tej kategorii. Jednocześnie największy odsetek respondentów z tej grupy (36,4%) uznał, że nie należy obiecywać zachowania tajemnicy, a 17,0% nie miało zdania. Większe miejscowości, zwłaszcza powyżej 500 tys. mieszkańców, charakteryzują się bardziej krytycznym podejściem do obiecywania zachowania tajemnicy w kwestii myśli i zachowań samobójczych. Możliwe, że w takich środowiskach większa świadomość ryzyka oraz dostęp do specjalistycznej pomocy wpływają na postrzeganie tej kwestii.

12) Powiedz, że „to, co robi, jest złe”

40,1% (N = 251) badanych uznaje, że rozmówca podczas komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, nie powinien mówić, że to, co robi młoda osoba, jest złe. Przeciwnego zdania jest 34,8% (N = 218) badanych. 25,1% (N = 157) nie wie, czy jest to prawidłowy sposób komunikacji w opisanej wyżej sytuacji.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (główna aktywność zawodowa, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Wśród studentów 34,5% uznało, że powiedzenie „to, co robi, jest złe” jest odpowiednie w sytuacji komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze. Jednocześnie 37,2% było temu przeciwnych, a 28,4% nie miało zdania. W grupie psychologów jedynie 5,6% uważało tę formę komunikacji za właściwą, a aż 83,3% odrzuciło jej zasadność, podczas gdy 11,1% nie miało zdania. W grupie psychoterapeutów żadna osoba (0,0%) nie uznała tej formy za odpowiednią, co pokazuje bardzo krytyczne stanowisko wobec takiego sposobu komunikacji. Jednocześnie 83,3% psychoterapeutów było temu przeciwnych, a 16,7% pozostało niezdecydowanych. Wśród nauczycieli 28,3% uznało powiedzenie „to, co robi, jest złe” za właściwe, natomiast 45,3% odrzuciło taką formę komunikacji, a 26,4% nie miało zdania. Pedagodzy szkolni w zdecydowanej większości (85,7%) uznali tę formę za niewłaściwą, tylko 14,3% ją poparło, a nikt z tej grupy nie wybrał odpowiedzi „nie wiem”. Wśród lekarzy 28,6% uznało tę formę komunikacji za właściwą, 57,1% było temu przeciwnych, a 14,3% nie miało zdania. Największy odsetek odpowiedzi „tak” pochodził od pielęgniarek (44,0%). Jednocześnie 32,0% pielęgniarek było przeciwnych, a 24,0% nie miało zdania, co może odzwierciedlać różne perspektywy w tej grupie zawodowej. Największą akceptację dla powiedzenia „to, co robi, jest złe” zaobserwowano w grupach pielęgniarek (44,0%) i studentów (34,5%). Z kolei psychologowie i psychoterapeuci zdecydowanie odrzucają taką formę komunikacji (odpowiednio 83,3% i 83,3%), co może wskazywać na ich wiedzę dotyczącą potencjalnych negatywnych skutków osądzającego komunikatu.

Wśród pracujących (uczących się) w miastach do 50 tys. mieszkańców 40,2% badanych zgodziło się z tym stwierdzeniem, 33,3% było przeciwnych, a 26,5% nie wyraziło jednoznacznej opinii. Ta grupa charakteryzuje się najwyższym odsetkiem odpowiedzi twierdzących. W miastach średniej wielkości (od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców) 36,4% badanych zgodziło się, że taka forma komunikacji jest prawidłowa, 39,0% było temu przeciwnych, a 24,6% nie miało zdania. Wyniki wskazują tutaj na dominację odpowiedzi negatywnych, choć różnica względem odpowiedzi „tak” nie jest znacząca. W większych miastach, od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców, 25,4% badanych uznało tę formę komunikacji za właściwą, podczas gdy 54,2% wyraziło opinię przeciwną, a 20,3% nie miało zdania. Podobnie w największych miastach, powyżej 500 tys. mieszkańców, 22,7% badanych odpowiedziało twierdząco, 55,7% negatywnie, a 21,6% nie wyraziło opinii. W obu tych grupach zauważalny jest wyraźny trend większego odsetka odpowiedzi negatywnych. Z analizy wynika, że im większa miejscowość, tym częstsze są opinie negatywne wobec stwierdzenia, że powiedzenie „to, co robi, jest złe” jest prawidłowym sposobem komunikacji. Jednocześnie

w mniejszych miejscowościach i wsiach częściej pojawiają się odpowiedzi twierdzące lub brak jednoznacznego stanowiska.

13) Zmień temat na miły i przyjemny

Większość badanych, tj. 61,8% (N = 387), stwierdziło, że podczas komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, rozmówca nie powinien zmieniać tematu rozmowy na miły i przyjemny. Przeciwnego zdania jest 17,1% (N = 107) badanych. 21,1% (N = 132) badanych odpowiedziało „Nie wiem”.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (główna aktywność zawodowa, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, typ placówki) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Wśród studentów 20,7% uznało tę formę komunikacji za właściwą, 54,8% było jej przeciwnych, a 24,5% nie miało zdania. Wyniki te wskazują, że większość studentów jest krytyczna wobec zmiany tematu na „miły i przyjemny” w tego rodzaju sytuacjach, choć odsetek niezdecydowanych jest stosunkowo wysoki. Psycholodzy w przeważającej większości (94,4%) uznali, że zmiana tematu nie jest właściwą formą komunikacji. Żaden z psychologów nie wskazał odpowiedzi twierdzącej, a jedynie 5,6% wyraziło brak jednoznacznej opinii. Podobnie psychoterapeuci w większości (83,3%) byli przeciwni takiemu podejściu, a reszta wyraziła brak zdania – żadna osoba z tej grupy nie zgodziła się, że zmiana tematu jest właściwa. W grupie nauczycieli 8,5% zgodziło się, że zmiana tematu na „miły i przyjemny” jest właściwym sposobem komunikacji, 72,6% było temu przeciwnych, a 18,9% nie miało zdania. Pedagodzy szkolni jednomyślnie (100,0%) uznali, że takie podejście nie jest właściwe, co może wynikać z ich specyficznego doświadczenia zawodowego. Lekarze także wykazali sceptycyzm wobec zmiany tematu – 71,4% wskazało odpowiedź „nie”, a 25,0% odpowiedziało „nie wiem”. Tylko 3,6% lekarzy uznało, że taka forma komunikacji jest właściwa. Z kolei pielęgniarki wykazały największą aprobatę w tej kwestii spośród grup zawodowych – 21,5% z nich odpowiedziało „tak”, 59,0% „nie”, a 19,5% „nie wiem”. Dane te wskazują, że zmiana tematu na „miły i przyjemny” jest powszechnie uznawana za niewłaściwą formę komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze. Największą aprobatę dla tego podejścia wyraziły pielęgniarki oraz studenci.

Wśród badanych pracujących w miejscowości wiejskich 10,3% uznało, że zmiana tematu jest odpowiednia, 62,1% uznało to za niewłaściwe, a 27,6% nie miało zdania. W miastach do 50 tys. mieszkańców 20,5% poparło tę formę komunikacji, 56,4% było jej przeciwnych, a 23,1% nie potrafiło określić swojego stanowiska. W miastach od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców 18,7% uznało zmianę tematu za właściwą, 58,3% wyraziło sprzeciw, a 23,0% było niezdecydowanych. W miastach od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców 16,9% poparło zmianę tematu, 71,2% było jej przeciwnych, a 11,9% nie miało zdania. W miastach powyżej 500 tys. mieszkańców najmniejszy odsetek badanych, czyli 9,1%, uznało zmianę tematu za właściwą, 77,3% było temu przeciwnych, a 13,6% było niezdecydowanych. Ogółem, zmiana tematu na „miły i przyjemny” jest najczęściej uznawana za niewłaściwą formę komunikacji wśród badanych, niezależnie od wielkości miejscowości, w których pracują (uczą się). Poparcie dla tej metody maleje wraz ze wzrostem wielkości miejscowości. Z kolei największy sprzeciw

wobec tej formy komunikacji wyrazili badani z największych miast (77,3%), a najmniejszą – mieszkańcy wsi (62,1%). Odsetek osób niezdecydowanych był najwyższy na wsiach (27,6%) i w miastach do 50 tys. mieszkańców (23,1%).

14) Zapytaj: „Jak mogę Ci pomóc?”

Zdecydowana większość, tj. 94,4% (N = 591), badanych uznaje, że rozmówca podczas komunikacji z młodą osobą, której zachowanie może wskazywać na myśli samobójcze, powinien ją zapytać o to, jak może jej pomóc. Przeciwnego zdania jest 1,1% (N = 7). Odpowiedzi „Nie wiem” udzieliło 4,5% (N = 28) badanych.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (płeć, kierunek studiów, typ placówki) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Większość badanych kobiet (95,5%) uznała, że zapytanie „Jak mogę Ci pomóc?” jest odpowiednią formą komunikacji w przypadku młodej osoby z myślami samobójczymi. Za ledwie 0,7% kobiet odpowiedziało, że to nie jest właściwa forma komunikacji, a 3,7% nie miało zdania na ten temat. Wśród mężczyzn, 87,9% uznało, że zapytanie „Jak mogę Ci pomóc?” jest odpowiednią metodą komunikacji. 3,3% wyraziło sprzeciw wobec tej formie komunikacji, a 8,8% nie było w stanie określić swojego stanowiska. Ogólnie, większość badanych, niezależnie od płci, uważa zapytanie „Jak mogę Ci pomóc?” za prawidłowy sposób komunikacji w przypadku młodej osoby z myślami samobójczymi. Wśród kobiet odsetek osób, które uznały to za właściwą metodę, jest nieznacznie wyższy (95,5%) niż wśród mężczyzn (87,9%). Zdecydowana większość osób, które były przeciwne tej metodzie lub niezdecydowane, to mężczyźni. Odpowiedzi negatywne i niezdecydowane stanowią marginalny odsetek w tej grupie badanych.

Wśród osób studiujących pielęgniarstwo, 94,2% uznało zapytanie „Jak mogę Ci pomóc?” za odpowiednią formę komunikacji w przypadku młodej osoby z myślami samobójczymi. Za ledwie 1,2% odpowiedziało „nie”, a 4,7% nie miało zdania na ten temat. Wśród badanych na kierunku lekarskim wszyscy (100%) uznali zapytanie „Jak mogę Ci pomóc?” za właściwą metodę komunikacji. W grupie osób studiujących pedagogikę, 66,7% uznało zapytanie „Jak mogę Ci pomóc?” za właściwą metodę komunikacji. 33,3% uznało to pytanie za niewłaściwe, a nikt nie był niezdecydowany. Większość badanych, niezależnie od kierunku studiów, uważa zapytanie „Jak mogę Ci pomóc?” za odpowiednią metodę komunikacji w przypadku młodej osoby z myślami samobójczymi. W szczególności, osoby studiujące pielęgniarstwo i kierunek lekarski zdecydowanie popierają tę formę komunikacji, podczas gdy w grupie studentów pedagogiki wyniki są bardziej zróżnicowane.

15) Wnioski

1. Powyżej opisane wyniki badań pozwalają na sformułowanie ogólnych wniosków dotyczących przekonań respondentów związanych ze sposobami komunikacji z młodą osobą w kryzysie psychicznym, zwłaszcza suicydalnym:

- 1) Respondenci za najbardziej odpowiednie sposoby komunikacji uznali te, które można uznać za związane z aktywnym słuchaniem, szeroko rozumianą empatią i poszukiwaniem adekwatnych rozwiązań. Takie sposoby jak „uważne słuchanie”,

„pytanie o emocje”, „pytanie o przyczyny myśli samobójczych”, „pytanie o to, jakiej pomocy potrzebuje młoda osoba” czy „doradzanie, co zrobić w takiej sytuacji” zostały ze znacznym przekonaniem uznane za prawidłowe, tj. wskazane, w omawianej wyżej sytuacji (przedział procentowy badanych, którzy uznali te sposoby komunikacji za prawidłowe mieści się między blisko 76% a 95%).

- 2) Z kolei sposoby, które mogą pomniejszać problemy młodych osób czy ignorować ich emocje i uczucia oraz potrzeby, są odrzucane przez większość badanych. Takie podejścia, jak „milczenie”, „umniejszanie przyczyn myśli samobójczych”, „powiedzenie, że inni mają gorzej” czy „zmiana tematu na miły i przyjemny”, są oceniane jako nieprawidłowe (przedział procentowy badanych, którzy uznali te sposoby komunikacji za nieprawidłowe mieści się między 53% a blisko 75%). Możemy wnioskować, iż w polskim społeczeństwie wzrasta świadomość tego, że młode osoby w kryzysie psychicznym, w tym w kryzysie suicydalnym, wymagają akceptacji, nie zaś prób minimalizowania przeżywanych przez nich trudności czy odwracania od nich uwagi.
 - 3) Interesujące są również dane dotyczące strategii takich jak „przeciwstawianie się samobójczej decyzji” czy „obietnica zachowania tajemnicy w kwestii myśli samobójczych”. Pierwsza metoda spotkała się z akceptacją większości badanych (ponad 75%), co wskazuje, że wiele osób może uważać wyrażanie sprzeciwu wobec myśli samobójczych za pomocne w sytuacji kryzysu suicydalnego. Jednak obecność sceptycznych głosów wskazuje na potencjalne ryzyko, że takie podejście może być odbierane jako brak zrozumienia czy wywieranie presji. Z kolei obietnica zachowania tajemnicy została zaakceptowana przez znaczącą część respondentów (blisko 64%), co wskazuje na ich zrozumienie potrzeby budowania zaufania. Jednocześnie jednak istotna liczba badanych była przeciwna takiej metodzie, co może wskazywać na świadomość dotyczącą konieczności podjęcia działań interwencyjnych w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia.
 - 4) Ostatecznie badanie ujawnia wyraźny konsensus, co do wartości strategii, które opierają się na aktywnym słuchaniu, empatii, pytaniu o emocje i uczucia oraz potrzeby młodej osoby czy poszukiwaniu adekwatnego rozwiązania. Jednocześnie wyniki te podkreślają potrzebę edukacji na temat bardziej złożonych aspektów komunikacji, szczególnie w sytuacjach wymagających interwencji. Warto również zwrócić uwagę na to, że niektóre metody mogą wymagać indywidualnego dostosowania do konkretnego przypadku, aby uniknąć ryzyka niezrozumienia czy odrzucenia przez młodą osobę w kryzysie.
2. Powyżej opisane wyniki badań, zwłaszcza w perspektywie opisanych korelacji, sugerują, iż istnieją pewne grupy respondentów, wobec których skierowanie oddziaływań informacyjno-edukacyjnych w zakresie udzielania adekwatnego wsparcia komunikacyjnego młodym osobom w kryzysie suicydalnym, jawi się jako najbardziej priorytetowe. Z ostrożnością właściwą procesowi badawczemu, możemy wśród nich wymienić parę grup respondentów w zależności od obranych w badaniu zmiennych:

- 1) Ze względu na główną aktywność zawodową za grupy wymagające najbardziej priorytetowych działań informacyjno-edukacyjnych można uznać studentów (kierunek lekarski, pielęgniarstwo, pedagogika) i pielęgniarki oraz nauczycieli, a także lekarzy.
- 2) Ze względu na staż pracy za grupy wymagające najbardziej priorytetowych działań informacyjno-edukacyjnych można uznać studentów, tzn. bez stażu pracy, pracowników ze stażem pracy do 1 roku, a także pracowników ze stażem pracy między 1 rokiem a 3 latami.
- 3) Ze względu na wielkość miejscowości, w której respondenci wykonują pracę (uczą się), za grupy wymagające najbardziej priorytetowych działań informacyjno-edukacyjnych można uznać pracujących (uczących się) na wsiach, w miastach do 50 tysięcy mieszkańców, a także w miastach od 51 tysięcy mieszkańców do 250 tysięcy mieszkańców.

16.12. Pytanie 12. Jak należy się zachowywać jako rozmówca w trakcie kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej?

1. Okazuj wyraźne zainteresowanie rozmówcy

Zdecydowana większość osób badanych, tj. 88,4% (N = 550), uznała, że podczas kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej należy okazywać mu wyraźne zainteresowanie (76,2%, N = 474 – zdecydowanie się zgadzam; 12,2%, N = 76 – zgadzam się;). 9,0% (N = 56) poddanych badaniu nie zgodziło się z powyżej wspomnianym stwierdzeniem (7,7%, N = 48 – zdecydowanie się nie zgadzam; 1,3%, N = 8 – nie zgadzam się;). 2,6% (N = 16) badanych nie zajęło zdecydowanego stanowiska, udzielając odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

2. Mów życzliwym, ale stanowczym tonem

84,1% (N = 523) badanych zgodziło się, że podczas kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej należy mówić życzliwym, ale stanowczym tonem (59,3%, N = 369 – zdecydowanie się zgadzam; 24,8%, N = 154 – zgadzam się;). Nie zgodziło się z tym stwierdzeniem 8,7% (N = 54) osób badanych (6,4%, N = 40 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2,3%, N = 14 – nie zgadzam się;). Odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam udzieliło 7,2% (N = 45) uczestników badania.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki,

wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

3. Okazuj spokojną pewność siebie

87,3% (N = 543) uczestników badania stanęło na stanowisku, że podczas kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej rozmówca powinien okazywać spokojną pewność siebie (63,3%, N = 394 – zdecydowanie się zgadzam; 24,0%, N = 149 – zgadzam się). 9,3% (N = 58) badanych uznało, że nie jest to właściwy sposób zachowania się w opisanej sytuacji (6,6%, N = 41 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2,7%, N = 17 – nie zgadzam się). Odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam udzieliło 3,4% (N = 21) osób badanych.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (płeć) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Najwięcej badanych (63,3%) wyraziło pełne poparcie dla postawy, w której rozmówca wykazuje spokojną pewność siebie w kontakcie z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej, z czego 65,0% kobiet oraz 53,3% mężczyzn odpowiedziało „zdecydowanie się zgadzam”. Kolejne 24% badanych (23,1% kobiet, 28,9% mężczyzn) zgodziło się z tą tezą, odpowiadając „zgadzam się”, co wskazuje na to, że część badanych uznaje tę postawę za odpowiednią, choć w mniej zdecydowanym stopniu. 3,4% badanych (2,6% kobiet, 7,8% mężczyzn) wyraziło neutralne stanowisko, wybierając odpowiedź „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”. Niewielka część badanych (2,7%) nie popiera tej postawy, odpowiadając „nie zgadzam się” – 2,4% kobiet oraz 4,4% mężczyzn. Natomiast 6,6% ogółu badanych (6,8% kobiet, 5,6% mężczyzn) zdecydowanie nie zgodziło się z tą tezą, wybierając odpowiedź „zdecydowanie się nie zgadzam”. Zdecydowana większość badanych (63,3%) uważa, że rozmówca powinien wykazywać spokojną pewność siebie podczas kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej. Kobiety w większym stopniu zgadzają się z tym podejściem niż mężczyźni. Tylko niewielki odsetek badanych nie zgadza się z tym podejściem, co wskazuje na szerokie poparcie dla wspierającej, ale stanowczej postawy w takich sytuacjach.

4. Daj czas i przestrzeń rozmówcy na swobodną wypowiedź

Zdecydowana większość uczestników badania, tj. 88,7% (N = 552), uznała, że rozmówca podczas kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej powinien dać mu czas i przestrzeń na swobodną rozmowę (77,7%, N = 483 – zdecydowanie się zgadzam; 11,1%, N = 69 – zgadzam się). 9,5% (N = 59) osób badanych nie zgodziło się z tym stanowiskiem (7,7%, N = 48 – zdecydowanie się nie zgadzam; 1,8%, N = 11 – nie zgadzam się). Zaś 1,8% (N = 11) badanych wyraziło wątpliwość co do istotności czy nieistotności tego działania, udzielając odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

5. Staraj się określić, jaki jest główny problem rozmówcy

Większość osób badanych, tj. 79,5% (N = 494) zgodziło się ze stwierdzeniem, że w trakcie kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej rozmówca powinien podjąć starania celem określenia głównego problemu nastolatka (61,0%, N = 379 – zdecydowanie się zgadzam; 18,5%, N = 115 – zgadzam się;). Przeciwnie stanowisko zajęło 10% (N = 62) badanych (7,1%, N = 44 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2,9%, N = 18 – nie zgadzam się;). Odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam udzieliło 10,5% (N = 65) poddanych badaniu osób.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

6. Zapytaj, czy osoba miała konkretny plan popełnienia samobójstwa

Niewiele ponad połowa badanych, tj. 50,7% (N = 314), uznała, że podczas kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej rozmówca powinien zapytać, czy nastolatek miał konkretny plan popełnienia samobójstwa (26%, N = 161 – zdecydowanie się zgadzam; 24,7%, N = 153 – zgadzam się;). Przeciwnie stanowisko zajęło 22,9% (N = 142) badanych (10,3%, N = 64 – zdecydowanie się nie zgadzam; 12,6%, N = 78 – nie zgadzam się). Spośród wszystkich poszczególnych odpowiedzi, odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam udzieliło najwięcej osób badanych, tj. 26,3% (N = 163).

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Spośród wszystkich badanych, 26% w pełni zgadza się z potrzebą zapytania o konkretny plan popełnienia samobójstwa. Najwięcej osób, które wyraziły takie zdanie, pracuje (uczy się) w miastach do 50 tys. mieszkańców (32,0%) oraz miastach powyżej 500 tys. mieszkańców (30,2%). W tej samej kategorii odpowiedzi, 24,7% badanych zgadza się z tym pytaniem w mniej zdecydowany sposób, a w tej grupie dominują osoby z miast średniej wielkości, takich jak miasta od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców (27,0%) oraz z miast powyżej 500 tys. mieszkańców (25,6%). 26,3% badanych wybrało odpowiedź neutralną, nie mając jednoznacznego zdania na ten temat. Najwięcej osób z tej grupy pochodzi z miast od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców (29,2%), a najmniej z miast powyżej 500 tys. mieszkańców (20,9%). Z kolei 12,6% badanych wyraziło sprzeciw wobec zadawania pytania o plan samobójczy. W tej kategorii przeważają odpowiedzi z miast średniej wielkości, zwłaszcza w miastach od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców (25,4%). Ostatecznie, 10,3% badanych stanowczo odrzuciło potrzebę zadawania pytania o konkretny plan samobójstwa. Najwięcej osób, które wybrały tę odpowiedź, pochodzi z wsi (17,2%) oraz miast powyżej 500 tys. mieszkańców (14,0%). Wnioski z badania pokazują, że mimo zróżnicowania zależnego od wielkości miejscowości, większość badanych uważa za stosowne zapytać nastolatka z doświadczeniem próby samobójczej o konkretny plan.

7. Staraj się pocieszać, że wszystko będzie dobrze

Analiza odpowiedzi udzielonych na pytanie, czy podczas kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej rozmówca powinien starać się go pocieszać, że wszystko będzie dobrze, wskazuje, że 40,9% (N = 254) badanych uznało opisane wyżej zachowanie jako wskazane podczas wspomnianej sytuacji (22,2%, N = 138 – zdecydowanie się zgadzam; 18,7%, N = 116 – zgadzam się;), zaś 27,2% (N = 169) badanych zajęło stanowisko przeciwne (10,6%, N = 66 – zdecydowanie się nie zgadzam; 16,6%, N = 103 – nie zgadzam się;). Istotnym jest, że aż 31,9% (N = 198) osób badanych nie zajęło jednoznacznego stanowiska, udzielając odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, staż pracy w wyuczonym zawodzie, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualne miejsce zamieszkania – województwo) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Wśród wszystkich badanych z uwzględnieniem ich głównej aktywności zawodowej, 22,2% zdecydowanie zgodziło się ze stwierdzeniem „staraj się pocieszać, że wszystko będzie dobrze”. Najwięcej osób, które w pełni zgadzają się z tym podejściem, pochodzi z grupy studentów (27,3%) oraz pielęgniarek (23,2%). Ponadto, 18,7% badanych zgodziło się z tym stwierdzeniem w mniejszym stopniu. W tej grupie również dominują studenci (21,2%) i pielęgniarki (19,7%). Żaden z psychologów i psychoterapeutów nie wybrał odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” i „zgadzam się” (0,0%). Z kolei 31,9% badanych wybrało odpowiedź neutralną, wskazując, że nie mają jednoznacznego zdania na temat pocieszania nastolatka z doświadczeniem próby samobójczej. W tej grupie przeważają pielęgniarki (33,3%), studenci (33,1%), lekarze (32,1%) i nauczyciele (30,5%). 16,6% badanych, w tym głównie psychologów (33,3%), lekarzy (28,6%) oraz nauczycieli (21,9%), odpowiedziało, że nie zgadzają się z tym zachowaniem. Z kolei 10,6% badanych stanowczo odrzuciło pomysł pocieszania, że wszystko będzie dobrze. W tej kategorii przeważają odpowiedzi osób pracujących jako psychoterapeuci (80%), psychologowie (44,4%) oraz pedagodzy szkolni (42,9%). Wnioski z badania pokazują, że reakcje na potrzebę pocieszania nastolatka po próbie samobójczej różnią się w zależności od zawodu. Najbardziej zdecydowani w odrzuceniu tej strategii są psychoterapeuci, psychologowie i pedagodzy szkolni, podczas gdy osoby związane z opieką zdrowotną, przede wszystkim pielęgniarki, oraz nauczyciele, wykazują większą akceptację dla tego typu zachowań.

Wśród wszystkich badanych z uwzględnieniem kierunku studiów, które podejmują, 27,3% zdecydowanie zgodziło się z twierdzeniem „staraj się pocieszać, że wszystko będzie dobrze”. W tej grupie dominują osoby studiujące na kierunku lekarskim oraz pielęgniarstwo. 21,2% badanych zgodziło się w mniejszym stopniu, a w tej kategorii dominują studenci pielęgniarstwa. Natomiast 33,1% badanych wybrało odpowiedź neutralną, wskazując brak jednoznacznego zdania na temat pocieszania nastolatka po próbie samobójczej. W tej grupie przeważają osoby studiujące pielęgniarstwo (33,6%). 12,3% badanych nie zgadza się z tym zachowaniem, w tym 11,7% studentów pielęgniarstwa i 66,7% studentów pedagogiki. Z kolei 6,2% badanych stanowczo odrzuca taką strategię, w tej grupie dominują osoby studiujące pedagogikę (33,3%). Osoby studiujące pielęgniarstwo wykazują największą zgodność

z twierdzeniem o pocieszaniu, że wszystko będzie dobrze, natomiast studenci pedagogiki bardziej krytycznie podchodzą do tego podejścia. W grupie studentów pedagogiki częściej pojawiają się odpowiedzi odrzucające taką formę zachowania.

Wśród wszystkich badanych z uwzględnieniem ich stażu pracy, 22,2% badanych wyraziło zgodę na stwierdzenie, że należy starać się pocieszać nastolatka, mówiąc „wszystko będzie dobrze”. Najwięcej odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” pochodzi z grupy osób z brakiem stażu pracy (studentów) – 24,9% oraz osób z mniej niż rocznym stażem pracy (36,6%). Z kolei 18,7% badanych odpowiedziało, że zgadzają się z tym podejściem, przy czym najwyższy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” pochodzi z grupy osób z brakiem stażu pracy (23,4%) oraz z mniej niż rocznym stażem pracy (22,0%). 31,9% badanych wyraziło neutralne podejście do tej kwestii, z największym odsetkiem odpowiedzi wśród osób z brakiem stażu pracy (32,7%) oraz tych z 1-3-letnim stażem pracy (38,2%). 16,6% badanych wyraziło brak zgody na to stwierdzenie. Najwyższy odsetek odpowiedzi „nie zgadzam się” pochodzi z osób z ponad 8-letnim stażem pracy (23,1%). 10,6% badanych zdecydowanie odrzuciło takie podejście, przy czym największy odsetek tej grupy stanowiły osoby 4-8 letnim stażem pracy (18,3%). Badanie ujawnia pewne istotne różnice w podejściu do zachowań rozmówcy w zależności od doświadczenia zawodowego. Przykładowo, osoby z krótszym stażem pracy (w tym studenci) mogą mieć większą skłonność do pocieszania młodych osób słowami „wszystko będzie dobrze”, podczas gdy osoby z dłuższym stażem (szczególnie powyżej 8 lat) mogą być bardziej ostrożne w wyrażaniu takich stwierdzeń, uznając je za mało pomocne lub niewłaściwe w kontakcie z młodą osobą z doświadczeniem próby samobójczej.

Wśród wszystkich badanych z uwzględnieniem wielkości miejscowości, w której podejmują pracę (naukę), 22,2% zgodziło się ze stwierdzeniem „staraj się pocieszać, że wszystko będzie dobrze”. W tej grupie największy odsetek stanowią osoby ze wsi i miejscowości do 50 tys. mieszkańców (kolejno 24,1% i 24,1%) oraz od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców (25,4%). Z kolei najmniejszy odsetek tego typu odpowiedzi pochodzi od osób pracujących lub uczących się w miejscowościach powyżej 500 tys. mieszkańców (13,8%). Natomiast 18,7% badanych wyraziło zgodę z tym stwierdzeniem, a największy odsetek tej odpowiedzi pochodzi od osób z miejscowości do 50 tys. mieszkańców (22,4%) oraz z miast od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców (18,9%). Z kolei 31,9% badanych wskazało odpowiedź neutralną („ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”), przy czym najwyższy odsetek tej odpowiedzi występuje na wsiach (37,9%) oraz miastach od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców (33,5%) oraz od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców (35,6%). Ponad 16% badanych nie zgadza się z twierdzeniem o pocieszaniu nastolatka, że wszystko będzie dobrze, szczególnie w większych miastach. Najwyższy odsetek tych odpowiedzi występuje w miejscowościach powyżej 500 tys. mieszkańców (24,1%) oraz w miastach od 251 tys. do 500 tys. mieszkańców (23,7%). Na końcu, 10,6% badanych stanowczo odrzuciło taką formę zachowania, a najwyższy odsetek tej odpowiedzi pochodzi od osób z miejscowości powyżej 500 tys. mieszkańców (20,7%). Wnioski z badania pokazują, że osoby pracujące lub uczące się w mniejszych miejscowościach (do 50 tys. mieszkańców) oraz miastach średniej wielkości (od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców) częściej wyrażają zgodę na pocieszanie nastolatków z doświadczeniem próby samobójczej, podczas gdy w większych miastach dominuje odpowiedź neutralna lub brak zgody na takie podejście.

8. Zapytaj, czy zgromadził/a środki do popełnienia samobójstwa

38,0% (N = 236) osób badanych uznało, że w trakcie kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej nie powinno zadawać się pytania o potencjalne zgromadzenie przez niego środków do popełnienia samobójstwa (20,0%, N = 124 – zdecydowanie się nie zgadzam; 18,0%, N = 112 – nie zgadzam się;). Odmienne stanowisko było udziałem 34,9% (N = 217) osób badanych (18,7%, N = 116 – zdecydowanie się zgadzam; 16,3%, N = 101 – zgadzam się;). 27,1% (N = 168) badanych nie zajęło jednoznacznego stanowiska, wybierając odpowiedź ani się zgadzam, ani się nie zgadzam.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

9. Zapytaj, co trzymało rozmówcę lub rozmówczynię dotąd przy życiu

Większość, tj. 59,4% (N = 369) osób badanych uznała, że w trakcie kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej należy zapytać o to, co trzymało go dotąd przy życiu (31,9%, N = 198 – zdecydowanie się zgadzam; 27,5%, N = 171 – zgadzam się;). Odmiennego zdania było 18,8% badanych (9,3%, N = 58 – zdecydowanie się nie zgadzam; 9,5%, N = 59 – nie zgadzam się). 21,7% (N = 135) osób badanych udzieliło odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam.

Korelacje między tą zmienną a zmiennymi metryczkowymi (płeć, wiek, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, typ placówki, wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnie miejsce zamieszkania – województwo, staż pracy w wyuczonym zawodzie) nie są istotne statystycznie.

10. Staraj się pozyskać wiedzę o bliskich osobach w otoczeniu rozmówcy lub rozmówczynie, które mogłyby być dla niego/niej wsparciem

Zdecydowana większość osób badanych, tj. 85% (N = 526), uznała, że w ramach kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej rozmówca powinien starać się pozyskać wiedzę o bliskich osobach w otoczeniu nastolatka, które mogłyby być dla niego wsparciem (62,0%, N = 384 – zdecydowanie się zgadzam; 22,9%, N = 142 – zgadzam się;). 10% (N = 62) badanych było odmiennego zdania (7,3%, N = 45 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2,7%, N = 17 – nie zgadzam się;). 5,0% (N = 31) osób badanych udzieliło odpowiedzi ani się zgadzam, ani się nie zgadzam.

Korelacje między tą zmienną a niektórymi zmiennymi metryczkowymi (wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki) są istotne statystycznie. Wybrane aspekty kluczowych korelacji istotnych statystycznie zostaną przedstawione poniżej.

Wyniki badania dotyczące zachowań rozmówcy w trakcie kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej, w kontekście wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki, wskazują na następujące trendy. Większość badanych (62%) wyraziła zdecydowaną zgodę na stwierdzenie, że rozmówca powinien starać się pozyskać wiedzę o bliskich osobach w otoczeniu rozmówcy, które mogłyby stanowić wsparcie (odsetki

są do siebie zbliżone – w przedziale od 58,6% do 66,1%), zgodę zaś wyraziło 22,9% badanych. 14,2% badanych wyraziło neutralne podejście lub brak czy zdecydowany brak zgody. Tylko 5,0% badanych wybrało odpowiedź „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”, przy czym największy odsetek zanotowano na wsi (12,5%). Wśród osób, które zdecydowanie nie zgadzają się z tym podejściem, największy odsetek (10,3%) występuje w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców. Ogółem wyniki badania sugerują dosyć dużą zgodność co do tego, że rozmówca w trakcie kontaktu z nastolatkiem z doświadczeniem próby samobójczej, powinien starać się pozyskać wiedzę o bliskich osobach w jego otoczeniu, które mogłyby być dla niego wsparciem, bez względu na wielkość miejsca pracy czy nauki.

Wnioski

1. W oparciu o wyniki badania dotyczącego zachowań rozmówcy w trakcie kontaktu z nastolatkiem, z doświadczeniem próby samobójczej, można stwierdzić, iż badani w znaczącym stopniu są zgodni (79,5%-88,7%), iż taka sytuacja wymaga od rozmówcy stosowania strategii komunikacyjnych związanych z aktywnym słuchaniem i szeroko rozumianą empatią oraz ukierunkowanych na udzielenie najbardziej adekwatnego wsparcia młodej osobie.

Przede wszystkim, zdecydowana większość badanych (88,4%) wskazała, że istotnym elementem rozmowy jest „okazywanie wyraźnego zainteresowania rozmówcy”. Ponadto, ważne jest „mówienie w sposób życzliwy, ale stanowczy”, co zostało zaakceptowane przez 84,1% badanych. Taki sposób komunikacji pozwala na budowanie zaufania i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, nie zaniehbując jednocześnie granic i wytyczania jasnych ram rozmowy. Również duża część badanych (87,3%) podkreślała, że rozmówca powinien „okazywać spokojną pewność siebie”. Taka postawa, w której osoba prowadząca rozmowę nie traci panowania nad sobą, jest kluczowa dla stworzenia stabilnej atmosfery, w której nastolatek może poczuć się bardziej komfortowo, dzieląc się swoimi doświadczeniami. Ważnym aspektem w tej rozmowie jest również „udzielenie rozmówcy przestrzeni do swobodnego wypowiedzenia się”. Zdecydowana większość badanych (88,7%) zgodziła się, że rozmówca powinien dać czas nastolatkowi na wyrażenie swoich myśli oraz emocji i uczuć. To podejście pomaga w zrozumieniu, co może leżeć u podstaw jego decyzji, a także umożliwia wyrażenie emocji i uczuć w bezpieczny sposób. Zdecydowana część badanych (79,5%) wskazała również, że „rozmówca powinien starać się określić główny problem, z którym zmaga się nastolatek” oraz „starać się pozyskać wiedzę o bliskich osobach w otoczeniu młodej osoby, które mogłyby być dla niej wsparciem” (85%).

2. Kwestią, która budziła pewne kontrowersje, jest „pytanie o konkretny plan samobójczy”. Ponad połowa badanych (50,7%) zgodziła się z tym, że warto zapytać o taki plan, jednak niemal 23% badanych uważa, że nie należy podejmować tego tematu w bezpośredni sposób. Podobnie rozbieżne zdania panują w kwestii „pytania o zgromadzenie środków do samobójstwa”, gdzie około 38% badanych opowiedziało się przeciwko takiemu pytaniu, uznając je za niewłaściwe. Ważnym wnioskiem z badania jest również to, że

ponad połowa badanych (59,4%) uznała za istotne zapytanie, „co trzymało nastolatka przy życiu”, co może pomóc w znalezieniu pozytywnych punktów odniesienia i wskazać potencjalne źródła wsparcia. Wyniki te sugerują, iż istnieje znacząca potrzeba oddziaływań informacyjno-edukacyjnych dotyczących bardziej złożonych aspektów komunikacji z młodą osobą z doświadczeniem próby samobójczej.

16.13. Pytanie 13. Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym?

- **Rodzina o niskim statusie społecznym.** Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (9,6%), 2. Raczej nie (21%), 3. Ani nie, ani tak (43,6%), 4. Raczej tak (16,5%), 5. Zdecydowanie tak (9,3%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Rodzina o niskim statusie społecznym] 12. Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani nie, ani tak 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	44	16	60
		% z Płeć	8,3%	17,6%	9,6%
	2	Liczebność	113	18	131
		% z Płeć	21,2%	19,8%	21,0%
	3	Liczebność	240	32	272
		% z Płeć	45,0%	35,2%	43,6%
	4	Liczebność	88	15	103
		% z Płeć	16,5%	16,5%	16,5%
	5	Liczebność	48	10	58
		% z Płeć	9,0%	11,0%	9,3%
Ogółem		Liczebność	533	91	624
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 57. Odpowiedzi „Rodzina o niskim statusie społecznym” na pytanie: „Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym?”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście pytania: Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym w kontekście rodziny o niskim statusie społecznym należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet, bo 29,5% (zdecydowanie nie 8,3%, raczej nie 21,2%) oraz 37,4% mężczyzn (zdecydowanie nie 17,6%, raczej nie 19,8%) uznało, iż ww. model nie sprzyja zachowaniom samobójczym. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 45% a w przypadku mężczyzn 35,2% co stanowi w sumie 43,6% wszystkich odpowiedzi.

		Główna aktywność zawodowa:							Ogółem	
		Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka		
[Rodzina o niskim statusie społecznym] 12. Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani nie, ani tak 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	28	0	2	9	0	3	18	60
		% z Główna aktywność zawodowa:	10,8%	0,0%	33,3%	8,6%	0,0%	10,7%	9,0%	9,6%
	2	Liczebność	49	2	1	22	2	4	51	131
		% z Główna aktywność zawodowa:	18,8%	11,1%	16,7%	21,0%	28,6%	14,3%	25,5%	21,0%
	3	Liczebność	103	10	2	54	5	14	84	272
		% z Główna aktywność zawodowa:	39,6%	55,6%	33,3%	51,4%	71,4%	50,0%	42,0%	43,6%
	4	Liczebność	50	3	1	15	0	3	31	103
		% z Główna aktywność zawodowa:	19,2%	16,7%	16,7%	14,3%	0,0%	10,7%	15,5%	16,5%
	5	Liczebność	30	3	0	5	0	4	16	58
		% z Główna aktywność zawodowa:	11,5%	16,7%	0,0%	4,8%	0,0%	14,3%	8,0%	9,3%
Ogółem		Liczebność	260	18	6	105	7	28	200	624
		% z Główna aktywność zawodowa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 58. Odpowiedzi „Rodzina o niskim statusie społecznym” na pytanie: „Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym?”, z podziałem główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście pytania: Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym w kontekście rodziny o niskim statusie społecznym należy wskazać, w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 33,4% psychologów (raczej tak 16,7% zdecydowanie tak 16,7%), uznało, iż model ten stanowi wpływ na zachowania samobójcze, natomiast u 50% psychoterapeutów (33,3% zdecydowanie nie, 16,7% raczej nie) twierdzi, iż model ma jednak wpływ na zachowania samobójcze.

- **Rodzina o wysokim statusie społecznym** Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (6,9%), 2. Raczej nie (18,3%), 3. Ani nie, ani tak (49,3%), 4. Raczej tak (18,1%), 5. Zdecydowanie tak (7,4%).

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
[Rodzina o wysokim statusie społecznym] 12. Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani nie, ani tak 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	38	5	43
		% z Płeć	7,1%	5,5%	6,9%
	2	Liczebność	103	11	114
		% z Płeć	19,4%	12,1%	18,3%
	3	Liczebność	264	43	307
		% z Płeć	49,6%	47,3%	49,3%
	4	Liczebność	90	23	113
		% z Płeć	16,9%	25,3%	18,1%
	5	Liczebność	37	9	46
		% z Płeć	7,0%	9,9%	7,4%
Ogółem		Liczebność	532	91	623
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 59. Odpowiedzi „Rodzina o wysokim statusie społecznym” na pytanie: „Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym?”, z podziałem na płeć respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście pytania: Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym w kontekście rodziny o wysokim statusie społecznym należy wskazać, iż większość uczestniczących w badaniu kobiet, bo 26,5% (zdecydowanie nie 7,1%, raczej nie 19,4%) uznało, iż ww. model nie sprzyja

zrachowaniom samobójczym. Natomiast 35,2% mężczyzn (raczej tak 25,3%, zdecydowanie tak 9,9%) uznało, iż ww. model sprzyja zachowaniom samobójczym. Należy zwrócić również uwagę na liczbę odpowiedzi „ani tak, ani nie”, gdzie w przypadku kobiet wyniosła ona 49,6% a w przypadku mężczyzn 37,3% co stanowi w sumie 49,3% wszystkich odpowiedzi.

			Główna aktywność zawodowa:							Ogółem
			Student	Psycholog	Psychoterapeuta	Nauczyciel	Pedagog szkolny	Lekarz	Pielęgniarka	
[Rodzina o wysokim statusie społecznym] 12. Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym: Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie 2. Raczej nie 3. Ani nie, ani tak 4. Raczej tak 5. Zdecydowanie tak	1	Liczebność	17	0	1	7	0	1	17	43
		% z Główna aktywność zawodowa:	6,5%	0,0%	16,7%	6,7%	0,0%	3,6%	8,5%	6,9%
	2	Liczebność	58	2	1	15	0	3	35	114
		% z Główna aktywność zawodowa:	22,3%	11,1%	16,7%	14,3%	0,0%	10,7%	17,6%	18,3%
	3	Liczebność	113	11	3	54	5	21	100	307
		% z Główna aktywność zawodowa:	43,5%	61,1%	50,0%	51,4%	71,4%	75,0%	50,3%	49,3%
	4	Liczebność	49	3	1	18	2	2	38	113
		% z Główna aktywność zawodowa:	18,8%	16,7%	16,7%	17,1%	28,6%	7,1%	19,1%	18,1%
	5	Liczebność	23	2	0	11	0	1	9	46
		% z Główna aktywność zawodowa:	8,8%	11,1%	0,0%	10,5%	0,0%	3,6%	4,5%	7,4%
Ogółem			260	18	6	105	7	28	199	623
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 60. Odpowiedzi „Rodzina o wysokim statusie społecznym” na pytanie: „Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym?”, z podziałem na główną aktywność zawodową respondentów

Analizując odpowiedzi respondentów w kontekście pytania: Jaki model rodziny Pana/ Pani zdaniem najbardziej sprzyja zachowaniom samobójczym w kontekście rodziny o wysokim statusie społecznym należy wskazać, w zależności od głównej aktywności zawodowej respondentów, pewne różnice między grupami zawodowymi.

Na uwagę zwraca fakt, iż aż 75% lekarzy i jedynie 43,5% studentów nie miało zdania (ani tak, ani nie) ww. kwestii.

Chcąc zinterpretować wyniki ww. pytań ankietowych należy przede wszystkim zwrócić uwagę na fakt, iż wielu respondentów wybrało odpowiedź niejednoznaczną „ani nie, ani tak” – w przypadku rodzin o niskim statusie społecznym 43,6%, a w przypadku rodzin o wysokim statusie społecznym 49,3%. Wskazuje to, iż status społeczny tak naprawdę nie do końca stanowi dla nich czynnik wpływający na fakt podjęcie próby samobójczej.

Status społeczny to status ogólny jednostki, który określa miejsce jednostki w strukturze społeczności. Składa się na niego sumaryczna ocena wykształcenia, prestiżu zawodu i dochodów. Dlatego też jednoznaczne sklasyfikowanie rodziny o wysokim czy też niskim statusie społecznym i jego wpływie na kwestię samobójstw stanowi pewien problem dla samych respondentów.

16.14. Pytanie 14. W Polsce samobójstwa u młodzieży najczęściej popełniane są poprzez:

W analizowanej grupie 622 respondentów, wyniki wskazują na różnorodne metody, jakie są stosowane przez młodzież w Polsce w kontekście samobójstw:

1. Zatrucie lekami – 277 osób (24,9%)
 - Najczęściej wybierana metoda.
 - Stanowi znaczący odsetek odpowiedzi (44,5% ze wszystkich odpowiedzi).
2. Powieszenie – 146 osób (13,1%)
 - Druga najczęściej wskazywana metoda (23,5%).
3. Uszkodzenie układu krwionośnego – 56 osób (5,0%)
 - Odpowiada za 9% wskazań.
4. Skok z wysokości – 28 osób (2,5%)
 - Metoda o najmniejszej liczbie wskazań (4,5%).
5. Nie wiem – 115 osób (10,4%)

Wysoka liczba osób, które nie potrafiły wskazać konkretnej metody, co może sugerować problem z dostępnością lub wiedzą na temat tego zjawiska.

Średnia odpowiedzi wskazuje, że większość respondentów wybiera metody leżące pomiędzy skrajnymi co sugeruje zróżnicowanie odpowiedzi.

Mediana oraz dominanta pokazują stabilność preferencji wśród respondentów, gdzie najczęściej odpowiadają na pytanie o preferowaną metodę ze średniego zakresu.

Odchylenie standardowe wskazuje na umiarkowaną różnorodność odpowiedzi, a jednocześnie daje do zrozumienia, że są różnice w percepcji na temat środków podejmowanych w sytuacjach kryzysowych.

Skośność oraz kurtoza sugerują, że rozkład odpowiedzi jest bliski normalnego, co może być pozytywnym sygnałem w kontekście analizowanych danych.

Wnioski

Z powodu wysokiego odsetka wskazań dotyczących zatrucia lekami, należy zwrócić uwagę na dostępność leków oraz ich potencjalne nadużycia przez młodzież. W szczególności powinno się skupić na edukacji dotyczącej zdrowia psychicznego oraz konsekwencji nadużywania substancji. Wysoki wskaźnik odpowiedzi „Nie wiem” może sugerować potrzebę lepszego informowania młodzieży o problemach zdrowia psychicznego, pomagania w rozwoju umiejętności radzenia sobie oraz promowania otwartości na rozmowy o emocjach i kryzysach. Wyniki te mogą być punktem wyjścia do szerszych badań nad przyczynami samobójstw wśród młodzieży oraz efektywnością interwencji kryzysowych. Dalsze analizy, w tym badania jakościowe, mogłyby dostarczyć więcej informacji o tym, co prowadzi młodzież do podejmowania tak drastycznych decyzji.

Wyniki badań wskazują, że do samobójstw, najczęściej wybieraną metodą jest zatrucie lekami na które wskazało 44,5% badanych, co ciekawe w przypadku kobiet i mężczyzn wyniki te są bardzo zbliżone – 44,8% u kobiet i 42,9% u mężczyzn. Najmniej popularną metodą w badanej grupie był skok z wysokości, ta forma sposobu samobójstwa stanowiła tylko 4,5% przypadków. Płeć nie stanowi zasadniczej przesłanki, która wpływa na wybór sposobu samobójstwa, co sugerują niskie wartości miar symetrycznych ($\Phi = 0,073$, V Cramera = 0,073)

Wyniki badanych grup zawodowych: studenci (41,2%) psycholodzy (55,6%) oraz pielęgniarki (81,5%) wykazali znaczącą ilość przypadków zatruc lekami jako metody samobójstw. Osoby wykonujące zawód nauczyciela i pedagoga także uznawali tę metodę jako najpopularniejszą. Można stwierdzić, że wysoka liczba samobójstw poprzez zatrucie lekami wydaje się być związana z bezproblemową dostępnością leków. Dane wskazują na to, że studenci pielęgniarstwa i pedagogiki wykazują powieszenie i zatrucie lekami jako sposoby na popełnienie samobójstwa co może również mieć związek z dostępnością leków.

Podsumowując, wyniki badań wskazują szereg czynników które wpływają na wybór metody samobójstwa. Niezależnie od płci, głównej aktywności zawodowej czy wieku, dostęp do substancji oraz poziom stresu i niezrozumienia w miejscach pracy mogą w znaczącym stopniu wpływać na decyzję o samobójstwie. Wskazania do interwencji kryzysowych oraz wsparcia psychologicznego w różnych grupach zawodowych mogą pomóc w obniżeniu tych niepokojących trendów.

16.15. Pytanie 15. Jaką Pana/Pani zdaniem PRZEDE WSZYSTKIM rolę w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych u młodzieży pełni Internet?

Ankietowanym postawiono pytanie dotyczące roli Internetu zarówno w sensie pozytywnym jak i negatywnym w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych młodzieży.

Rola pozytywna

Jak wynika z powyższego zestawienia tabelarycznego pozytywna rola Internetu, która edukuje o sposobach radzenia sobie ze stresem i wskazuje metody pomocy w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych przedstawia się następująco. Zdaniem 16,2% ankietowanych (101 osób) zdecydowanie nie potwierdza roli pozytywnej, 23,1% (144 osoby) raczej nie potwierdza. 31,7 % (198) osób nie ma zdania na ten temat. Z kolei 19,1% (119 osób) raczej dostrzega pozytywną rolę Internetu, a 9,9% (62 badanych) wskazuje zdecydowanie na pozytywne oddziaływanie Internetu w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych młodzieży.

Rola negatywna

Pogłębiając analizę związaną z rolą Internetu w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych młodzieży wskazano także na wariant negatywny jako ten, który promuje informacje

o sposobach popełniania samobójstwa i tworzy modę na zachowania autoagresywne i podejmowanie prób samobójczych, uzyskano następujące wyniki. Według 5,6% (35 osób) Internet zdecydowanie nie pełni negatywnej roli w tym zakresie, 9,3% badanych (58 osób) stwierdziło, iż rola ta nie jest raczej negatywna. Z kolei 26,9% (168 osób), stwierdziło co do negatywnego oddziaływania, iż „ani tak, ani nie”. 30,8% (192 osoby) negatywną funkcję Internetu postrzega w kategorii „raczej tak”, a 27,4% (171 osób) w kategorii „zdecydowanie tak”.

Wnioski

Zdania respondentów dotyczące pozytywnej roli Internetu w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych u młodzieży są podzielone, większość respondentów nie dostrzega pozytywnej roli Internetu. Nie mniej jednak w optymistyczny sposób w tej materii wypowiedziała się blisko 1/3 ankietowanych, podobnie 1/3 nie ma zdania na ten temat.

Biorąc pod uwagę wypowiedzi związane z negatywną rolą Internetu w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych u młodzieży zdecydowana większość badanych dostrzega tę rolę jako pejoratywną. Przekonani co do brak aspektu negatywnego w omawianej kwestii stanowią mniejszość w badanej grupie. Natomiast neutralność w wypowiedzi zadeklarowała ponad ¼ respondentów. W związku z powyższym należałoby nagłośnić kampanię pozytywną dotyczącą roli Internetu w działaniach prewencyjnych np. poprzez wskazanie sprawdzonych fachowych stron dotyczących problemu samobójstw wśród młodych ludzi np. fundacji zajmujących się tą profilaktyką, stron ochrony zdrowia, poradni psychologicznych, telefonów zaufania itp. Ponadto należy także uwrażliwiać młodzież, iż Internet może także zawierać nieodpowiednie treści związane z problematyką okaleczeń czy samobójstw. Główne zadanie powinno sprowadzać się do edukowania, iż bezpośredni kontakt interpersonalny z np. bliską osobą, terapeutą, psychologiem, pedagogiem jest bezpieczniejszym, alternatywnym rozwiązaniem wobec internetowych poszukiwań.

16.16. Pytanie 16. Jaką Pana/Pani zdaniem PRZED WSZYSTKIM rolę w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych u młodzieży pełnią telewizja i filmy?

Respondentom zadano pytanie o rolę pozytywną oraz negatywną telewizji oraz filmów w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych młodzieży.

Rola pozytywna

Z uzyskanych danych wynika, iż telewizja i filmy, pełnią rolę pozytywną tj. edukują o sposobach radzenia sobie ze stresem i wskazują metody pomocy zdecydowanie zdaniem 7,2% (45 osób) oraz „raczej tak” w opinii 15,7% (98 osób). Z kolei 40,2% respondentów (251 osób) nie ma zdania na ten temat. W ujęciu 13,9% (87 osób) ankietowanych rola telewizji i filmów w omawianej kwestii zdecydowanie nie jest pozytywna, a zdaniem 22,9% (143 osoby) raczej nie jest pozytywna.

Rola negatywna

Uzyskane wyniki badań co do negatywnej roli telewizji i filmów tj. promowania informacji o sposobach popełnienia samobójstwa i tworzenia mody na zachowania autoagresywne i podejmowanie prób samobójczych przedstawiają się następująco. W opinii 6,1% (38 osób) rola ta nie jest zdecydowanie negatywna, a w ujęciu 14,1% badanych (88 osób) raczej nie jest negatywna. W omawianej kwestii 39,5% (246 osób) stwierdziło, iż „ani tak, ani nie”. Z analizy wynika, iż zdaniem 25,5% respondentów (159 osób) rola telewizji i filmów jest raczej negatywna oraz zdecydowanie negatywna w stwierdzeniach 14,8% ankietowanych (92 osoby).

Wnioski

Biorąc pod uwagę rozkład uzyskanych odpowiedzi co do pozytywnej roli telewizji oraz filmów w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych młodzieży, gdzie większość ankietowanych nie ma zdania na ten temat, mniejszość respondentów dostrzega pozytywną rolę a ponad 1/3 badanych stwierdza, iż nie jest to rola pozytywna, należałoby zawnieioskować o przeprowadzanie kampanii edukacyjnych społeczeństwo w zakresie prób samobójczych i samobójstw młodego pokolenia wraz ze wskazaniem przyczyn tego niepokojącego zjawiska oraz ze wskazaniem działań prewencyjnych oraz pomocowych. Potwierdzeniem tej tezy są wypowiedzi ponad 40% ankietowanych co do negatywnej roli telewizji oraz filmów w tym zakresie. Zatem istnieje pilna potrzeba zwrócenia uwagi w przekazie telewizyjnym na problematykę suicydalną młodego pokolenia w kontekście funkcjonowania w rodzinie na tle przemian cywilizacyjnych.

17.17. Pytanie 17: Jaka jest Pana/Pani opinia wobec poniżej zamieszczonych stwierdzeń?

Zasadne wydaje się pytanie dotyczące wielorakich działań podejmowanych w szkołach dotyczących problemu samookaleczeń i myśli samobójczych, których celem jest edukacja nauczycieli, dzieci, młodzieży oraz rodziców.

Tematyka zachowań autodestruktywnych u młodzieży jest obecna w szkoleniach rad pedagogicznych.

Z opinią, iż zagadnienia zachowań autodestruktywnych u młodzieży jest obecna w szkoleniach rad pedagogicznych zdecydowanie nie zgadza się 10,7% respondentów (67 osób), 16,0% (100 osób) raczej się nie zgadza. Z kolei 41,8% badanych (261 osób) nie ma zdania w tej materii. Zdaniem 21,8% respondentów raczej tematyka ta jest przedmiotem rozmów na radach pedagogicznych, a w ujęciu 9,6% (60 osób) zdecydowanie jest obecna w szkoleniach rad pedagogicznych.

Wnioski

Wobec uzyskanych danych w kwestii obecności tematyki zachowań autodestruktywnych u młodzieży w szkoleniach rad pedagogicznych istnieje potrzeba informowania rodziców o szkoleniach kadry nauczycielskiej w tej tematyce. Duża liczba osób, które nie mają zdania

może dowodzić, iż nie ma informacji na ten temat. Być może tego typu szkolenia odbywają się na radach pedagogicznych. Respondentami były osoby od studentów poprzez różne profesje m.in. pielęgniarka czy lekarz, którzy nie pracują szkołach, a wielu z nich zapewne są rodzicami.

W szkołach prowadzone są zajęcia dla młodzieży dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych.

Na pytanie dotyczące zajęć dla młodzieży dotyczących omawianej problematyki rozkład udzielonych odpowiedzi przedstawia się następująco: 13,8% (86) badanych zdecydowanie nie zgadza się, iż takie spotkania mają miejsce w szkołach, zaś 22,9% (143) raczej się nie zgadza. 28,8% (180 osób) nie ma zdania na ten temat. Ze stwierdzeniem, iż na terenie szkoły prowadzone są tego typu rozmowy raczej zgadza się 25,0% respondentów (156 osób), a tylko 9,5% zdecydowanie zgadza się z tą opinią.

Wnioski

Zagadnienie związane z zajęciami w szkole dla młodzieży dotyczących problemu samookaleczeń i myśli samobójczych pokazuje, iż w opinii ankietowanych nie ma jednoznaczności. Rozkład odpowiedzi wskazuje ambiwalentność: tj. ponad 1/3 twierdzi, iż tego typu zajęcia są, a 1/3 twierdzi, iż nie ma, zaś około 1/3 respondentów nie ma zdania na ten temat. Gdyby w tej kwestii przepływ informacji na linii szkoła-rodzice był klarowny uzyskano by bardziej jednoznaczne odpowiedzi. Patrząc z punktu widzenia dobra młodzieży po pierwsze należy prowadzić tego typu szkolenia w sposób transparentny dla społeczności i po drugie informować rodziców o tego typu działaniach.

W szkołach prowadzone są warsztaty dla rodziców dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych.

Kolejna kwestia dotyczyła edukacji rodziców w formie warsztatów w omawianej materii, konfiguracja odpowiedzi jest następująca: 23,6% (147 osób) zdecydowanie nie zgadza się z tą opinią, a 24,9% raczej się nie zgadza. 27,8% ankietowanych (173 osoby) zachowały neutralność w tym temacie. Z kolei 15,1% (94 osoby) raczej jest zdania, iż tego typu warsztaty są prowadzone w szkołach, natomiast 8,5% (53) zdecydowanie stwierdza, iż tego typu działania wobec rodziców są przeprowadzane.

Wnioski

Odpowiedzi na pytanie czy w szkołach prowadzone są warsztaty dla rodziców dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych, w ocenie respondentów ukazuje smutny obraz, ponieważ blisko połowa z nich uznała, iż tego typu szkoleń nie ma dla rodziców. Zakładając, iż właśnie w domu rodzinnym odbywa się proces socjalizacji pierwotnej, należy zintensyfikować działa edukacyjne rodziców w problematyce samookaleczeń i myśli samobójczych młodzieży. Tutaj należy postulować o ścisłą współpracę pomiędzy szkołą a rodzicami w dobrze pojętym interesie każdej ze stron mając na uwadze przede wszystkim dobro dzieci i młodzieży.

Na terenie szkoły dostępna jest pomoc psychologiczno-pedagogiczna w sytuacji kryzysu psychicznego dziecka.

Na pytanie dotyczące dostępności pomocy psychologiczno-pedagogicznej w sytuacjach kryzysowych dziecka, respondenci uznali, iż zdecydowanie tego typu pomocy nie ma – 7,2% (45 osób), 10,5% (65 osób) stwierdziło, iż raczej nie ma. 21,1% badanych (131 osób) nie ma zdania w tej kwestii. Natomiast 36,6% (227) raczej uważa, że szkoły zapewniają tego typu opiekę, zaś w ujęciu 24,6% (153 osoby) taka pomoc zdecydowanie funkcjonuje na terenie szkół.

Wnioski

Kwestia dotycząca dostępności pomocy psychologiczno-pedagogicznej w sytuacji kryzysu psychicznego dziecka na terenie szkoły, w opinii badanych jest dobrym prognostykiem, z uwagi na fakt, iż ponad 61% zgadza się z opinią, że pomoc ta funkcjonuje. Można zatem uznać, iż forma tejże pomocy jest najbardziej popularna i nagłośniona.

Szkoły przekazują informację dotyczące infolinii i pomocowych stron internetowych dzieciom i rodzicom.

Ostatnia omawiana kwestia w tej kategorii dotyczyła przekazywania przez szkoły informacji związanych z dostępem do infolinii i pomocowych stron internetowych zarówno dzieciom jak i rodzicom. Z tą opinią zdecydowanie nie zgadza się 9,7% badanych (60 osób) oraz 13,5% (84 osoby) raczej się nie zgadza. Blisko 1/4 tj. 23,3% (145 osób) nie podjęła się oceny. Natomiast w ujęciu 30,4% (189 osób) ta opinia jest raczej prawdziwa. Zaś zdaniem 23,0% (143 osoby) jest prawdziwa i zdecydowanie się z nią zgadza.

Wnioski

Sprawa przekazu przez szkołę informacji dotyczących infolinii i pomocowych stron internetowych dzieciom i rodzicom, w opinii ponad połowy respondentów oceniona została pozytywnie. Stan wiedzy respondentów być może wynika z pozytywnego doświadczenia w tej kwestii. Jednak biorąc pod uwagę wahanie blisko 1/4 ankietowanych oraz 1/4 negujących taki przekaz, należałoby uwzględnić w kampanii promocyjnej rangę tego typu przekazu ze strony szkoły.

16.18. Pytanie 18. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym?

Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie, 2. Raczej nie, 3. Ani tak, ani nie, 4. Raczej tak, 5. Zdecydowanie tak.

- **Utrzymywać ciągłą komunikację** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (5,1%) 2. Raczej nie (1,4%) 3. Ani tak, ani nie (5,6 %) 4. Raczej tak (21,5%) 5. Zdecydowanie tak (66,1%)
- **Spędzać wspólnie czas** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (4,7%)

2. Raczej nie (2,1%) 3. Ani tak, ani nie (3,7%) 4. Raczej tak (21,9%) 5. Zdecydowanie tak (67,7%)

- **Polecić psychoterapię** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (4%) 2. Raczej nie (3,7%) 3. Ani tak, ani nie (10,8%) 4. Raczej tak (28%) 5. Zdecydowanie tak (53,5%)
- **Starać się zrozumieć ich punkt patrzenia na świat/sytuację** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (4,8%) 2. Raczej nie (2,3%) 3. Ani tak, ani nie (4,8%) 4. Raczej tak (21,9%) 5. Zdecydowanie tak (66,2%)
- **Powiadomić rodziców lub opiekunów prawnych** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (4,8%) 2. Raczej nie (1,9%) 3. Ani tak, ani nie (5,6%) 4. Raczej tak (23%) 5. Zdecydowanie tak (64%)
- **Powiadomić nauczycieli/pracowników SOZ** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (5,6%) 2. Raczej nie (4,7%) 3. Ani tak, ani nie (15,3%) 4. Raczej tak (30,6%) 5. Zdecydowanie tak (44,3%)
- **Starać się doradzać, pouczać i opowiadać o własnych doświadczeniach** 17. Co należy zrobić żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (8,5%) 2. Raczej nie (11,4%) 3. Ani tak, ani nie (23,2%) 4. Raczej tak (28,1%) 5. Zdecydowanie tak (28,8%)
- **Starać się pocieszyć i ugruntować w przekonaniu, że wszystko się ułoży/będzie dobrze** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (7,6%) 2. Raczej nie (10,3%) 3. Ani tak, ani nie (26,2%) 4. Raczej tak (29%) 5. Zdecydowanie tak (26,9%)
- **Powiadomić dyrekcję placówki** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (7,4%) 2. Raczej nie (8,5%) 3. Ani tak, ani nie (20,8%) 4. Raczej tak (29%) 5. Zdecydowanie tak (34,2%)
- **Powiadomić policję** 17. Co należy zrobić, żeby wesprzeć nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym? Skala odpowiedzi: 1. Zdecydowanie nie (10,8%) 2. Raczej nie (15,8%) 3. Ani tak, ani nie (35,5%) 4. Raczej tak (18,1%) 5. Zdecydowanie tak (19,8%)

Opis do pytania 17

Analizując dane społeczno-demograficzne o respondentach ze względu na preferowane przez nich sposoby wsparcia nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym, udało się wykazać szereg istotnych statystycznie zależności. Odpowiedzi „Utrzymywać ciągłą

komunikację”, „Starać się zrozumieć ich punkt patrzenia na świat/sytuację” oraz „Powiadomić policję” nie wykazały istotnych statystycznie zależności z danymi społeczno-demograficznymi.

Skrócona wersja:

1. **Spędzanie wspólnego czasu** – Istnieje zależność z wielkością miejscowości (większe poparcie w średniej wielkości miastach) oraz stażem pracy (osoby z dłuższym stażem preferują tę metodę).
2. **Polecenie psychoterapii** – Związane z płcią: kobiety częściej wybierały odpowiedź „Zdecydowanie tak”, a mężczyźni byli bardziej sceptyczni.
3. **Powiadomienie rodziców lub opiekunów prawnych** – Młodsze osoby (do 35 lat) częściej popierają powiadamianie rodziców, a starsze (65+) wykazują większą ostrożność w tym zakresie.
4. **Powiadomienie nauczycieli/pracowników SOZ** – Młodsze osoby częściej popierają tę metodę, starsze osoby (65+) są bardziej sceptyczne.
5. **Starać się doradzać, pouczać i opowiadać o własnych doświadczeniach** – Związane z aktywnością zawodową (osoby związane z zawodami medycznymi i studenci częściej wybierają tę metodę) oraz kierunkiem studiów (pielęgniarze chętniej oferują to wsparcie).
6. **Starać się pocieszyć i ugruntować w przekonaniu, że wszystko się ułoży/będzie dobrze** – Zależne od aktywności zawodowej, kierunku studiów, wielkości miejscowości, stażu pracy oraz wieku. Młodsze osoby i osoby z krótkim lub długim stażem częściej wybierają tę metodę.
7. **Powiadomienie dyrekcji placówki** – Związane z aktywnością zawodową (osoby z zawodów pedagogicznych i medycznych częściej popierają tę metodę), formą własności miejsca pracy (pracownicy sektora publicznego częściej wybierają „tak”), wielkością miejscowości (mieszkańcy wsi częściej wybierają odpowiedź pozytywną) oraz wiekiem (starsze osoby, powyżej 65. roku życia, częściej popierają powiadomienie dyrekcji).

Szczegółowe opisy:

- **Spędzać wspólnie czas.** Spędzać wspólnie czas istotnie związane było z wielkością miejsca, w której znajduje się miejsce pracy/nauki oraz stażem pracy w wyuczonym zawodzie. Miejsca o średniej wielkości (od 51 tys. do 500 tys. mieszkańców) wykazują największe poparcie dla tego typu działań, a wsie mają nieco mniejsze poparcie, chociaż różnice te nie są duże, mimo istotnej zależności. Wartości sugerują, że istnieje zależność między stażem pracy a preferowaniem przez respondentów spędzania wspólnie czasu jako metody wsparcia nastolatków.
- **Polecić psychoterapię** Polecenie psychoterapii istotnie związane było z płcią respondenta. Zależność ta jest słaba, uznając, że płeć nie ma decydującego wpływu na opinię o psychoterapii. Kobiety częściej wybierały odpowiedź „Zdecydowanie tak”, natomiast mężczyźni częściej wskazywali „Raczej nie”, co może sugerować większe

wątpliwości wobec tej formy wsparcia w grupie badanych. Choć zależność jest statystycznie istotna, różnice w odpowiedziach są niewielkie, co wskazuje na to, że inne czynniki mogą mieć większy wpływ na postawy wobec psychoterapii, a płeć jest tylko jednym z wielu aspektów. Dalsze analizy mogą pomóc w lepszym zrozumieniu i określeniu, jak różne czynniki wpływają na opinie o metodach wsparcia nastolatków.

- **Powiadomić rodziców lub opiekunów prawnych.** Zależność między wiekiem a odpowiedziami dotyczącymi powiadomienia rodziców lub opiekunów prawnych jest umiarkowana. Młodsze grupy wiekowe (do 35 lat) wykazują większe poparcie dla tej formy wsparcia, a odsetek odpowiedzi „Zdecydowanie tak” oraz „Raczej tak” jest wyższy w tych grupach. W starszych grupach wiekowych, zwłaszcza 65+, odpowiedzi są bardziej zróżnicowane, a odsetek odpowiedzi „Zdecydowanie nie” wzrasta, co sugeruje mniejsze wsparcie dla „powiadamiania rodziców” w tych grupach wiekowych. Odpowiedzi młodszych respondentów wskazują na większą chęć angażowania rodziny w pomoc nastolatkom z problemami samobójczymi, podczas gdy starsze osoby, szczególnie w grupie 65+, częściej wykazują ostrożność lub dystans, wobec tego rozwiązania. Ta tendencja może wynikać z różnic pokoleniowych oraz innych doświadczeń życiowych, które wpływają na postrzeganie roli rodziny w sytuacjach kryzysowych.
- **Powiadomić nauczycieli/pracowników SOZ.** Zależność między wiekiem a odpowiedziami dotyczącymi powiadomienia nauczycieli lub pracowników SOZ jest również umiarkowana. Młodsze osoby (do 35 lat) częściej popierają tę metodę wsparcia, natomiast starsze grupy wiekowe, zwłaszcza 65+, częściej wybierają odpowiedzi bardziej negatywne, w tym „Zdecydowanie nie” (27,3%) oraz „Raczej nie” (9,1%). W grupach wiekowych powyżej 45. roku życia odpowiedzi stają się bardziej zróżnicowane, co wskazuje na większą niejednoznaczność w opinii na temat informowania nauczycieli lub pracowników SOZ w starszych grupach wiekowych. Starsze osoby mogą obawiać się naruszenia prywatności młodzieży lub być bardziej sceptyczne wobec roli szkoły i nauczycieli w takich sprawach. Z kolei młodsze pokolenia, wychowane w bardziej otwartym podejściu do pomocy psychologicznej, mogą być bardziej skłonne do zaangażowania instytucji edukacyjnych w sytuacje kryzysowe, co również wskazuje na różnice w percepcji roli nauczycieli w życiu nastolatków.
- **Starać się doradzać, pouczać i opowiadać o własnych doświadczeniach.** „Starać się doradzać, pouczać i opowiadać o własnych doświadczeniach” istotnie wiązało się z aktywnością zawodową, kierunkiem studiów, formą własności miejsca pracy, typem placówki, wielkością miejsca, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnym miejscem zamieszkania (województwo), stażem pracy w wyuczonym zawodzie.
 - Aktywność zawodowa: Istnieje istotna, umiarkowana zależność między główną aktywnością zawodową a odpowiedziami dotyczącymi doradzania i opowiadania o własnych doświadczeniach. Osoby wykonujące zawody medyczne (np. pielęgniarki) oraz studenci wykazują większą tendencję do udzielania tego typu wsparcia, natomiast psycholodzy i psychoterapeuci są bardziej skłonni do opowiadania o swoich doświadczeniach w mniej bezpośredni sposób lub nie popierają tej formy wsparcia. Mimo obecności różnic w grupach zawodowych brak

jest wyraźnych różnic między bardziej wyspecjalizowanymi zawodami (np. psycholodzy, psychoterapeuci) a zawodami pomocniczymi (np. pielęgniarki, pedagodzy). Warto zauważyć, że osoby pracujące w zawodach medycznych i studenci, z racji swoich doświadczeń zawodowych i edukacyjnych, mogą być bardziej skłonni do dzielenia się własnymi doświadczeniami, co może wynikać z ich bezpośredniego kontaktu z problemami zdrowia psychicznego.

- Kierunek studiów: Istnieje statystycznie istotna, słaba zależność między kierunkiem studiów a odpowiedziami dotyczącymi doradzania nastolatkom na podstawie własnych doświadczeń. Osoby studiujące pielęgniarstwo wykazują dominujący odsetek odpowiedzi „Zdecydowanie tak”, wskazując na większą otwartość na ten rodzaj wsparcia, podczas gdy osoby studiujące pedagogikę wykazują wyższy odsetek odpowiedzi negatywnych. Może to wynikać z różnic w podejściu do wsparcia emocjonalnego i edukacyjnego w kontekście problemów samobójczych w różnych zawodach. W grupie pielęgniarzy, w związku z ich bliskim kontaktem z pacjentami i zdrowiem psychicznym, istnieje większa skłonność do oferowania wsparcia poprzez dzielenie się własnymi doświadczeniami, co stanowi wartościowe narzędzie w procesie wspierania osób w kryzysie.
- Wielkość miejscowości: Wartości wskazują na statystycznie istotną zależność między wielkością miejscowości a odpowiedziami dotyczącymi doradzania nastolatkom w kontekście wsparcia przed problemem samobójczym ($p = 0,008$). W miastach o średniej wielkości (od 51 tys. do 250 tys. mieszkańców) oraz w mniejszych miejscowościach istnieje wyraźniejsza skłonność do udzielania wsparcia poprzez opowiadanie o własnych doświadczeniach. W miastach większych (ponad 500 tys. mieszkańców) oraz na wsi widoczny jest wyższy odsetek odpowiedzi negatywnych, co może sugerować mniejsze zaufanie do tej formy wsparcia w tych miejscowościach. W miastach średniej wielkości i mniejszych miejscowościach, gdzie więzi międzyludzkie mogą być silniejsze, bardziej powszechne jest angażowanie się w działania oparte na osobistych doświadczeniach, podczas gdy w większych miastach może dominować podejście bardziej formalne i zorganizowane w kontekście wsparcia psychologicznego.
- Aktualne miejsce zamieszkania (województwo): Zależność między województwem a odpowiedziami dotyczącymi wsparcia nastolatków w kontekście samobójczym jest istotna statystycznie. W województwach takich jak Mazowieckie i Śląskie dominują odpowiedzi „Raczej tak”, wskazując na większe poparcie dla tej formy wsparcia w tych regionach. Może to wynikać z większej dostępności i świadomości problemu samobójczego oraz lepszego dostępu do zasobów wsparcia psychologicznego w tych województwach. Z kolei w innych regionach, gdzie dostęp do usług wsparcia jest mniejszy lub bardziej ograniczony, odpowiedzi mogą być bardziej zróżnicowane, co wskazuje na regionalne różnice w podejściu do badanego problemu.
- Staż pracy w wyuczonym zawodzie. Wartości wskazują na słabą, ale istotną zależność między stażem pracy w wyuczonym zawodzie a odpowiedziami dotyczącymi wspierania nastolatków poprzez dzielenie się własnymi

doświadczeniami. Osoby z dłuższym stażem pracy oraz osoby bez stażu (np. studenci) częściej wybierają bardziej pozytywne odpowiedzi („Raczej tak” lub „Zdecydowanie tak”). W grupach z krótszym stażem pracy (do 3 lat) częściej pojawiają się odpowiedzi neutralne lub negatywne, co może sugerować, że mniej doświadczeni w tej dziedzinie pracownicy mogą być bardziej ostrożni w stosowaniu tej formy wsparcia, być może ze względu na brak odpowiednich umiejętności lub komfortu w dzieleniu się osobistymi doświadczeniami. Może to wskazywać na potrzebę dalszego rozwoju kompetencji w zakresie wsparcia psychologicznego i doradczego w pracy z osobami w kryzysie.

- **Starać się pocieszyć i ugruntować w przekonaniu, że wszystko się ułoży/będzie dobrze** z aktywnością zawodową, kierunkiem studiów, formą własności miejsca pracy, typem placówki, wielkością miejsca, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnym miejscem zamieszkania (województwo), stażem pracy w wyuczonym zawodzie oraz wiekiem. Wszystkie te zależności wskazują, że na wybór sposobu udzielania wsparcia w kontekście problemu samobójczego wpływają zarówno czynniki zawodowe, jak i demograficzne, w tym wiek, miejsce zamieszkania i staż pracy.
 - Aktywność zawodowa: Wartości wskazują na umiarkowaną zależność między główną aktywnością zawodową a odpowiedziami dotyczącymi wsparcia w kontekście problemu samobójczego. Psychologowie, psychoterapeuci i pedagodzy są mniej skłonni do stosowania podejścia „wszystko będzie dobrze”, natomiast studenci i nauczyciele częściej wybierają odpowiedzi pozytywne.
 - Kierunek studiów: Zależność ta również jest statystycznie istotna, wskazując na umiarkowaną zależność między kierunkiem studiów a odpowiedziami dotyczącymi wsparcia. Osoby studiujące pielęgniarstwo częściej wybierają odpowiedzi wskazujące na większą chęć pocieszenia, podczas gdy w grupach lekarskiej i pedagogicznej dominują odpowiedzi neutralne lub „Zdecydowanie tak”.
 - Wielkość miejscowości: Zależność pomiędzy wielkością miejscowości a odpowiedziami na pytanie o wsparcie jest statystycznie istotna. W mniejszych miejscowościach (w tym wsiach) odpowiedzi są bardziej zróżnicowane, podczas gdy w większych miastach widoczna jest skłonność do wyboru odpowiedzi „Zdecydowanie tak” i „Raczej tak”.
 - Aktualne miejsce zamieszkania (województwo): Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a odpowiedziami na pytanie o wsparcie jest również istotna statystycznie. W województwach takich jak Mazowieckie czy Małopolskie występuje większa skłonność do odpowiedzi pozytywnych, podczas gdy w województwach Dolnośląskim i Kujawsko-pomorskim dominują odpowiedzi negatywne.
 - Staż pracy: Zależność między stażem pracy a odpowiedziami na pytanie o wsparcie jest statystycznie istotna. Osoby z krótkim (do 1 roku) lub długim stażem pracy (powyżej 8 lat) częściej udzielają odpowiedzi pozytywnych, podczas gdy osoby

z średnim stażem pracy (1-8 lat) wykazują większą niepewność, co sugeruje zróżnicowanie opinii.

- Wiek: Wartości wskazują na umiarkowaną zależność między wiekiem a odpowiedziami na pytanie dotyczące wsparcia. Młodsze osoby (do 35. roku życia) częściej udzielają odpowiedzi pozytywnych, szczególnie w kategorii „Zdecydowanie tak”, podczas gdy osoby starsze (powyżej 55. roku życia) wykazują większą różnorodność odpowiedzi, z przewagą odpowiedzi negatywnych lub neutralnych.
- **Powiadomić dyrekcję placówki.** Potwierdzono istotne statystycznie zależności z aktywnością zawodową, kierunkiem studiów, formą własności miejsca pracy, typem placówki, wielkością miejsca, w której znajduje się miejsce pracy/nauki, aktualnym miejscem zamieszkania (województwo), stażem pracy w wyuczonym zawodzie oraz wiekiem. Wszystkie te zależności wskazują, że na decyzję o powiadomieniu dyrekcji placówki wpływają zarówno czynniki zawodowe, jak i demograficzne, w tym wiek, miejsce zamieszkania i staż pracy. Osoby z dłuższym stażem zawodowym, pracownicy sektora publicznego oraz starsze osoby wykazują większą skłonność do podejmowania decyzji o powiadomieniu dyrekcji placówki jako metodzie na wsparcie nastolatków w poradzeniu sobie z problemem samobójczym.
- Aktywność zawodowa: Zależność między aktywnością zawodową a odpowiedziami dotyczącymi powiadomienia dyrekcji placówki jest statystycznie istotna. Osoby z zawodów pedagogicznych i medycznych (np. nauczyciele, pedagodzy szkolni) częściej udzielają odpowiedzi wskazujących na potrzebę powiadomienia dyrekcji, podczas gdy studenci i osoby wykonujące inne zawody (np. psycholodzy) mają bardziej zróżnicowane odpowiedzi, w tym większy odsetek odpowiedzi negatywnych.
- Forma własności miejsca pracy: Istnieje statystycznie istotna zależność między formą własności miejsca pracy a odpowiedziami dotyczącymi powiadomienia dyrekcji. Pracownicy sektora publicznego częściej wskazują na konieczność podjęcia działań, w tym powiadomienia dyrekcji, podczas gdy pracownicy sektora prywatnego są bardziej zróżnicowani w swoich odpowiedziach, częściej udzielając odpowiedzi neutralnych lub negatywnych.
- Wielkość miejscowości: Zależność między wielkością miejscowości a odpowiedziami na pytanie dotyczące powiadomienia dyrekcji jest statystycznie istotna. Mieszkańcy wsi częściej wskazują na odpowiedź „Zdecydowanie tak” (50%), podczas gdy w miastach średniej wielkości odpowiedzi są bardziej zróżnicowane, z wyższym odsetkiem odpowiedzi neutralnych i „Raczej tak”. W większych miastach odpowiedzi również są bardziej zróżnicowane.
- Staż pracy w wyuczonym zawodzie: Zależność pomiędzy stażem pracy a odpowiedziami na pytanie o powiadomienie dyrekcji placówki jest statystycznie istotna. Osoby z dłuższym stażem pracy (zwłaszcza powyżej 8 lat) częściej wybierają odpowiedzi „Zdecydowanie tak” (40%), podczas gdy osoby bez stażu pracy

(np. studenci) częściej udzielają odpowiedzi neutralnych. Osoby z dłuższym stażem pracy wykazują większą skłonność do zgadzania się z potrzebą powiadomienia dyrekcji.

- o Wiek: Istnieje statystycznie istotna zależność między wiekiem a odpowiedziami na pytanie dotyczące powiadomienia dyrekcji. Osoby starsze, szczególnie powyżej 65. roku życia, częściej odpowiadają „Zdecydowanie tak” (50%), podczas gdy młodsze osoby (do 35 lat) częściej udzielają odpowiedzi neutralnych oraz odpowiadają „Raczej nie” lub „Zdecydowanie nie”.

16.19. Pytanie 19. Czy miał/a Pan/Pani w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej?

Większość respondentów (66-67% kobiet i 60% mężczyzn) nie miała w swoim otoczeniu kontaktu z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej.

Analizując negatywne odpowiedzi grupy badawczej, przy jednoczesnym uwzględnieniu ich aktywności zawodowej należy podkreślić, że najczęściej (72%) nauczyciele wskazywali na brak w swoim najbliższym otoczeniu osób nieletnich z doświadczeniem próby samobójczej. Podobny procent (69%) stanowiła grupa studentów (lekarski – 100%, pielęgniarstwo – 70%, pedagogika – 33%), pielęgniarek (67%) oraz lekarzy (64%). Najmniejszy procent negatywnych odpowiedzi występuje wśród przedstawicieli psychoterapeutów – 0%, pedagogów szkolnych – 14% oraz psychologów – 23,5%. Respondenci w ramach swojej aktywności zawodowej w zdecydowanej większości reprezentują sektor prywatny (75%), a następnie w zbliżonym procencie sektor publiczny (59%) oraz publiczno-prywatny (57%). Wszyscy respondenci (100%) reprezentujący placówkę z oddziałami integracyjnymi podkreślili, że nie mają w swoim najbliższym otoczeniu osób nastoletnich z doświadczeniem próby samobójczej, z kolei 43% respondentów reprezentuje placówkę bez oddziałów integracyjnych. Odpowiedź negatywna na postawione pytanie padała najczęściej wśród respondentów zamieszkujących wieś (84%), najrzadziej wśród przedstawicieli miast powyżej 500 tys. mieszkańców (58%). W pozostałych wielkościach miast procent odpowiedzi negatywnych wygląda podobnie: miasto do 50 tys. mieszkańców – 67%, miasto 51-250 tys. mieszkańców – 66% oraz miasto 251-500 tys. mieszkańców – 61%. Występują trzy województwa, z których w ramach grupy badawczej nie ma reprezentanta (0%), który nie zna w swoim najbliższym otoczeniu osoby nieletniej z doświadczeniem próby samobójczej: lubuskie, pomorskie, świętokrzyskie.

Częściej niż co trzeci badany (34% – 40% mężczyzn i 33% kobiet) potwierdza, że ma w najbliższym otoczeniu kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej.

Wśród respondentów do 24 roku życia 59% osób potwierdza, że w najbliższym otoczeniu ma kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej. Podobnie osoby powyżej 65. roku życia – 50%. W mniejszym procencie pozytywna odpowiedź była udzielana przez respondentów w wieku 25-35 lat (26%), 36-45 lat (33%), 46-55 lat (34%) oraz 56-65 lat (31%).

Analizując pozytywne odpowiedzi respondentów wraz z uwzględnieniem ich aktywności zawodowej należy podkreślić, że 100% psychoterapeutów potwierdziło obecność w swoim najbliższym otoczeniu osoby z doświadczeniem próby samobójczej. Pozostałe grupy zawodowe udzieliły pozytywnej odpowiedzi w niższym procencie tj.: 86% pedagog szkolny; 76,5% psycholog; 36% lekarz; 33% pielęgniarka; 30% student (najczęściej na kierunku pedagogika – 67%, pielęgniarstwo – 30%, lekarski – 0%); 28% nauczyciel. Najczęściej aktywność zawodowa tych osób podejmowana jest w sektorze publiczno-prywatnym (43%) oraz publicznym (41%). Mniejszy procent respondentów reprezentowała sektor prywatny – 25%. Respondenci, którzy udzielili odpowiedzi „tak” na pytanie, czy w ich najbliższym otoczeniu mają osobę nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej reprezentują w zbliżonym procencie różne wielkości miejscowości tj. miasto powyżej 500 tys. mieszkańców – 42%, miasto od 251 – 500 tys. mieszkańców – 39%, miasto od 51-250 tys. mieszkańców – 34%, miasto do 50 tys. mieszkańców – 33%. Najmniejszy procent respondentów reprezentuje wieś – 16%. Najczęściej osoby, które udzieliły pozytywnej odpowiedzi („tak”) były reprezentantami województw: lubuskie, pomorskie, świętokrzyskie – każdy respondent (100%) pochodzący z tych trzech województw potwierdził, że w swoim otoczeniu zna osobę nieletnią, która ma doświadczenie próby samobójczej. Najmniejszy procent pozytywnych odpowiedzi na dane pytanie zostało odznaczone przez respondentów województwa lubelskiego (25%), podlaskiego (29%) oraz opolskiego (28%).

16.20. Pytanie 20. Jak Pan/Pani ocenia efektywność obecnie stosowanych metod edukacji?

Badanie miało na celu ocenę efektywności obecnie stosowanych metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży. Respondenci byli proszeni o ocenę metod na pięciostopniowej skali, gdzie:

- 5 – Zdecydowanie dobrze
- 4 – Raczej dobrze
- 3 – Ani dobrze, ani źle
- 2 – Raczej źle
- 1 – Zdecydowanie źle

Łącznie w badaniu wzięło udział 1111 osób, z czego 622 osoby dostarczyły ważne dane. Średnia ocena znajduje się bliżej wartości 3, co sugeruje, że respondenci mają neutralne odczucia wobec efektywności metod edukacji i informowania społeczeństwa w kontekście problemu samobójstw. Mediana wynosząca 3 również wskazuje na to, że połowa respondentów ocenia metody jako „ani dobrze, ani źle”, co sugeruje brak jednoznacznej opinii na ten temat. Dominująca odpowiedź to 3 (250 osób, 22,5%), a łącznie 37,1% respondentów wyraziło negatywne opinie (odpowiedzi 1 i 2). Zaledwie 12,7% oceniło metody pozytywnie (odpowiedzi 4 i 5).

Wyniki ankiety wskazują na potrzebę poprawy obecnych metod edukacji i informowania społeczeństwa w zakresie problemu samobójstw wśród młodzieży. Spora część respondentów

(37,1%) ocenia te metody negatywnie, co może sugerować, że obecne podejścia nie spełniają oczekiwań społecznych lub potrzebują rewizji w swoim formacie czy treści.

Analiza wyników badań dotyczących efektywności metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży ujawnia szereg zawsze istotnych, aczkolwiek niejednoznacznych informacji. Badanie to zostało przeprowadzone na próbie 622 respondentów, a wyniki zostały pogrupowane według różnych kategorii, takich jak płeć, główna aktywność zawodowa, kierunek studiów, forma własności miejsca pracy, wielkość miejscowości, aktualne miejsce zamieszkania oraz staż pracy.

Podsumowanie wyników

Wyniki podzielono według płci. W przypadku oceny efektywności metod edukacji wyniki z podziałem na płeć przedstawiają się następująco:

- Ocena 1 (zdecydowanie źle): 10% kobiet, 15.6% mężczyzn – ogółem 10.8%
- Ocena 2 (raczej źle): 27.6% kobiet, 18.9% mężczyzn – ogółem 26.4%
- Ocena 3 (ani dobrze, ani źle): 40.0% kobiet, 41.1% mężczyzn – ogółem 40.2%
- Ocena 4 (raczej dobrze): 18.0% kobiet, 17.8% mężczyzn – ogółem 18.0%
- Ocena 5 (zdecydowanie dobrze): 4.3% kobiet, 6.7% mężczyzn – ogółem 4.7%

Ogółem 40.2% respondentów oceniło metody jako „ani dobrze, ani źle”, co sugeruje, że istnieje znacząca liczba osób, które nie mają wyraźnej opinii na temat tych metod – różnica między płciami jest w tym przypadku niewielka. Zasadniczo przy każdej odpowiedzi różnice między płciami są nieduże. Największą można zauważyć przy ocenie „raczej źle” gdzie osiągnęła 8.7%, z przewagą na kobiety. Analizując wyniki według głównej aktywności zawodowej, można zauważyć różnice w ocenach:

Psychologowie i psychoterapeuci w większości oceniają efektywność metod jako dobre 22,2% i 40% jako „raczej dobrze”.

Nauczyciele również wykazali znaczący odsetek odpowiedzi neutralnych lub negatywnych (44,3% ocena 3).

Studenci w 42.3% też wskazali na neutralną ocenę (ocena 3), ale zauważalny jest również wysoki odsetek osób, które oceniły metody jako „zdecydowanie źle” (12.7%).

Wyniki sugerują, że osoby z wykształceniem psychologicznym mają bardziej pozytywne podejście do efektywności metod, być może ma to związek doświadczeniem zawodowym tych osób.

Wiek respondentów, jak wskazują wyniki w znacznym stopniu ma wpływ na oceny efektywności działań. Młodsze osoby (do 24 lat) w dużym stopniu oceniają metody jako negatywne, podczas gdy starsze z grupy (od 46) odnoszą się do tych metod bardziej pozytywnie, co może sugerować, że wiek wpływa na postrzeganie efektywności edukacji w zakresie zdrowia psychicznego.

16.21. Pytanie 21. Jakie Pana/Pani zdaniem metody edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży mogą zwiększyć efektywność rozpoznawania zachowań poprzedzających samobójstwo?

Znacząca część respondentów nie udzieliła odpowiedzi w tym pytaniu (516 osób) lub udzieliła odpowiedź „nie wiem” (aż 53 osoby), „nie mam zdania” (5 osób) lub innej, która nie wskazywała na metodę edukacji. Odpowiedzi pozostałych respondentów tworzą katalog metod edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży mogących zwiększyć efektywność rozpoznawania zachowań poprzedzających samobójstwo.

Na podstawie zebranych danych, najczęściej sugerowaną metodą edukacji i informowania społeczeństwa na temat problemu samobójstw wśród młodzieży jest edukacja (około 300 wskazań), obejmująca szkolenia, warsztaty i lekcje w szkołach. Wsparcie psychologiczne (86 wskazań) oraz media (70 wskazań), takie jak kampanie społeczne i informowanie przez Internet, również odgrywają kluczową rolę.

Spotkania (66 wskazań) i rozmowy (30 wskazań) z psychologami, rodzicami i specjalistami są istotne dla zwiększenia świadomości i rozpoznawania zachowań poprzedzających samobójstwo. Inne metody, takie jak: ulotki i plakaty (8 wskazań), również mogą wspierać edukację społeczeństwa, choć są mniej popularne.

Warto również zauważyć, że kategoria „inne” (322 wskazania) obejmuje liczne sugestie, które trudne są do jednoznacznego sklasyfikowania, ale wskazują na potrzebę edukacji i wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego młodzieży. Edukacja rodziców i kilka innych wskazań odnoszących się do ich bezpośredniego zaangażowania w życie nastolatków (np. „Obowiązkowe kursy dla rodziców”, „Warsztaty dla rodziców i młodzieży”, „Edukacja rodziców, chronić przed Internetem, kochać swoje dzieci i okazywać im miłość”, „Obowiązkowe szkolenia dla rodziców w szkołach”) i szkoły (36 wskazań) są kluczowe w tworzeniu środowiska, które sprzyja otwartej komunikacji, upowszechnianiu wiedzy i wczesnemu wykrywaniu problemów związanych z samobójstwami wśród młodzieży. Wsparcie (2 wskazania) obejmuje zarówno wsparcia zewnętrzne, jak i wsparcie rówieśnicze.

Podsumowując, należy stwierdzić, że różnorodne metody edukacji i informowania społeczeństwa, w tym edukacja, wsparcie psychologiczne, media, spotkania i rozmowy, są kluczowe dla zwiększenia efektywności rozpoznawania zachowań poprzedzających samobójstwo wśród młodzieży. Ważne jest, aby podejście było kompleksowe i obejmowało różne formy pomocy i edukacji, które wesprą skutecznie przeciwdziałanie problemowi zachowań suicydalnych wśród młodzieży.

21. Jaki Pana/Pani zdaniem istnieje wpływ poniższych czynników na zjawisko samobójstw wśród nastolatków? 1. Silnie negatywny, 2. Negatywny, 3. Neutralny, 4. Pozytywny, 5. Silnie pozytywny.

Zjawisko samobójstw wśród nastolatków jest złożonym problemem, na który wpływ ma wiele czynników zarówno społecznych, psychologicznych, biologicznych i środowiskowych. Respondenci wskazali z dużym naciskiem na dwa czynniki, które **negatywnie wpływają** na to

zjawisko: brak zrozumienia i akceptacji (66%) oraz kryzys rozwojowy – poszukiwanie tożsamości (46%). Z kolei wskazano wiele czynników, które **korzystnie wpływają** na zjawisko samobójstw wśród nastolatków. Są to przede wszystkim: dobre relacje z rówieśnikami (82%), dobre relacje w rodzinie (81%), psychoedukacja rodziców w zakresie problemu samookaleczeń i myśli samobójczych nastolatków (77%), wiedza i umiejętności nauczycieli w zakresie zrozumienia i wsparcia uczniów w kryzysie emocjonalnym (76,8%), dobre relacje z nauczycielami (76%), warsztaty w szkołach dla uczniów dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych – psychoedukacja (73%), łatwy dostęp do służby zdrowia i profilaktyki zdrowia psychicznego (69%), przynależność do wspólnot/klubów zainteresowań (65%), wyniki w szkole– oceny (61%).

• DOBRE RELACJE W RODZINIE

Wynik: 81% – korzystny wpływ, 13% – niekorzystny wpływ, 6% – neutralny

Zdecydowana większość respondentów (81%: 82% kobiet oraz 74,5% mężczyzn) uważa, że dobre relacje w rodzinie mają korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 65% jest przekonana, że dobre relacje w rodzinie działają na dane zjawisko silnie pozytywnie, z kolei 16% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (100%), pedagog szkolny (86%) oraz lekarz (75%). Wszystkie osoby badane (100%) reprezentujące placówkę z oddziałami integracyjnymi są przekonane o silnie pozytywnym wpływie dobrych relacji w rodzinie na zjawisko samobójstw wśród nastolatków. Najczęściej o ważnej roli dobrych relacji w rodzinie w ramach zjawiska samobójstw wśród nastolatków przekonani są respondenci zamieszkujący następujące województwa: lubuskie, łódzkie, małopolskie, opolskie, pomorskie (po 100%).

Przeciwnego zdania jest 13% respondentów (12% kobiet oraz 17% mężczyzn). Ich zdaniem dobre relacje w rodzinie powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 8% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 4% po prostu „negatywne”. Najbardziej przekonani respondenci reprezentujący następujące aktywności zawodowe: pedagog szkolny (14%), nauczyciel (12%), psycholog (11%). Im większa wielkość miejscowości, w której respondent pracuje bądź studiuje tym większy procent odpowiedzi przekonanych o silnie negatywnym wpływie dobrych relacji w rodzinie na zjawisko samobójstw wśród nastolatków: miasto powyżej 500 tys. mieszkańców – 12,5% badanych, miasto 251-500 tys. mieszkańców – 10%, miasto 51-251 tys. mieszkańców – 8%, podobnie miasto do 51 tys. mieszkańców – 7,8%, wieś – 3,4%. Najczęściej są o tym przekonani respondenci zamieszkujący województwa: kujawsko – pomorskie (50%), lubelskie (25%), śląskie (16%), mazowieckie (11%).

6% badanych (6% kobiet oraz 9% mężczyzn) uważa, że dobre relacje w rodzinie mają neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Najczęściej (11%) psychologowie mają podejście neutralne w danym temacie. Ich zdaniem dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

• DOBRE RELACJE Z RÓWIEŚNIKAMI

Wynik: 82% – korzystny wpływ, 12% – niekorzystny wpływ, 6% – neutralny

Zdecydowana większość respondentów (82%: 84% kobiet oraz 74,5% mężczyzn) uważa, że dobre relacje z rówieśnikami mają korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 62% jest przekonana, że dobre relacje z rówieśnikami działają na dane zjawisko silnie pozytywnie, z kolei 20% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: pedagog szkolny (86%), psychoterapeuta (80%), lekarz (71%). Wszystkie osoby badane (100%) reprezentujące placówkę z oddziałami integracyjnymi są przekonane o silnie pozytywnym wpływie dobrych relacji z rówieśnikami na zjawisko samobójstw wśród nastolatków. Najczęściej o ważnej roli dobrych relacji z rówieśnikami w ramach zjawiska samobójstw wśród nastolatków przekonani są respondenci zamieszkujący następujące województwa: lubuskie, łódzkie, opolskie, pomorskie (po 100%), małopolskie (91%).

Przeciwnego zdania jest 12% respondentów (11% kobiet oraz 16% mężczyzn). Ich zdaniem dobre relacje z rówieśnikami powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 7% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 4% po prostu „negatywne”.

Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujący następujące aktywności zawodowe: pedagog szkolny (14%), psycholog (11%), nauczyciel (10%). Im większa wielkość miejscowości, w której respondent pracuje bądź studiuje tym większy procent odpowiedzi przekonanych o silnie negatywnym wpływie dobrych relacji z rówieśnikami na zjawisko samobójstw wśród nastolatków: miasto powyżej 500 tys. mieszkańców – 11% badanych, miasto 251-500 tys. mieszkańców – 8,5%, miasto 51-251 tys. mieszkańców – 8%, podobnie miasto do 51 tys. mieszkańców – 6%, wieś – 2%. Najczęściej są o tym przekonani respondenci zamieszkujący województwa: kujawsko – pomorskie (50%), lubelskie (25%), śląskie (17%), mazowieckie (10%). 6% badanych (5,5% kobiet oraz 10% mężczyzn) uważa, że dobre relacje z rówieśnikami mają neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Najczęściej (11%) psychologowie oraz studenci (7%, kierunków pedagogika – 33%, pielęgniarstwo – 7%) mają podejście neutralne w danym temacie. Ich zdaniem dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

• DOBRE RELACJE Z NAUCZYCIELAMI

Wynik: 76% – korzystny wpływ, 11% – niekorzystny wpływ, 13% – neutralny

Zdecydowana większość respondentów (76%: 77% kobiet oraz 69% mężczyzn) uważa, że dobre relacje z nauczycielami mają korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 44% jest przekonana, że dobre relacje z nauczycielami działają na dane zjawisko silnie pozytywnie, z kolei 32% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (60%), pedagog szkolny (57%), psycholog (50%). Wszystkie osoby badane (100%) reprezentujące placówkę z oddziałami integracyjnymi są przekonane o silnie pozytywnym wpływie dobrych

relacji z nauczycielami na zjawisko samobójstw wśród nastolatków. Najczęściej o ważnej roli dobrych relacji z nauczycielami w ramach zjawiska samobójstw wśród nastolatków przekonani są respondenci zamieszkujący następujące województwa: lubuskie, łódzkie, wielkopolskie (po 100%), dolnośląskie (75%).

Przeciwnego zdania jest 11% respondentów (10% kobiet oraz 18% mężczyzn). Ich zdaniem dobre relacje z nauczycielami powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 6% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 5% po prostu „negatywne”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujące następujące aktywności zawodowe: pedagog szkolny (14%), nauczyciel (8%), student (7%, na kierunku pedagogika: 33%, pielęgniarstwo: 7%). Im większa wielkość miejscowości, w której respondent pracuje bądź studiuje tym większy procent odpowiedzi przekonanych o silnie negatywnym wpływie dobrych relacji z nauczycielami na zjawisko samobójstw wśród nastolatków: miasto powyżej 500 tys. mieszkańców – 8% badanych, miasto 251-500 tys. mieszkańców – 8,5%, miasto 51-251 tys. mieszkańców – 7%, podobnie miasto do 51 tys. mieszkańców – 6%, wieś – 0%. Najczęściej są o tym przekonani respondenci zamieszkujący województwa: kujawsko – pomorskie (50%), lubelskie (25%), śląskie i mazowieckie (po 8%).

13% badanych (13% kobiet oraz 13% mężczyzn) uważa, że dobre relacje z nauczycielami mają neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Najczęściej (28%) pedagog szkolny oraz studenci (17%, kierunków pielęgniarstwo – 17%) mają podejście neutralne w danym temacie. Ich zdaniem dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

• WYNIKI W SZKOLE – OCENY

Wynik: 61% – korzystny wpływ, 11% – niekorzystny wpływ, 28% – neutralny

Większość respondentów (61%: 62% kobiet oraz 52% mężczyzn) uważa, że wyniki w szkole-oceny mają korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 25% jest przekonana, że jest to czynnik, który na dane zjawisko działa silnie pozytywnie, z kolei 36% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: student, nauczyciel (po 26%, studenci na kierunku lekarskim: 100%, pielęgniarstwo: 25,5%), pielęgniarka (25%), lekarz (21%), psychoterapeuta (20%). W każdym województwie przeświadczenie o korzystnym wpływie wyników w szkole-ocen na zjawisko samobójstw wśród nastolatków wygląda porównywalnie.

Przeciwnego zdania jest 11% respondentów (11% kobiet oraz 13% mężczyzn). Ich zdaniem wyniki w szkole-oceny powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 5% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 6% po prostu „negatywne”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujące następujące aktywności zawodowe: student (7%, na kierunku pielęgniarstwo: 7%).

Częściej niż co czwarty badany (28%: 27% kobiet oraz 34% mężczyzn) uważa, że wyniki w szkole-oceny mają neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Najczęściej (39%) psychologowie mają podejście neutralne w danym temacie. Ich zdaniem dany czynnik nie

przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

- **KRYZYS ROZWOJOWY – POSZUKIWANIE TOŻSAMOŚCI**

Wynik: 28% – korzystny wpływ, 46% – niekorzystny wpływ, 26% – neutralny

Blisko co drugi respondent (46%: 46% kobiet oraz 44% mężczyzn) uważa, że kryzys rozwojowy – poszukiwanie tożsamości powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 18% badanych uważa, że jest on silnie negatywny, 28% po prostu „negatywny”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujące następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (40%), psycholog (33%), nauczyciel (31%), pielęgniarka (30%), lekarz (29%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania należy stwierdzić, że są one porównywalne. Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje kryzys rozwojowy – poszukiwanie tożsamości jako czynnik wywołujący niekorzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków.

Częściej niż co czwarty respondent (28%: 28% kobiet oraz 28% mężczyzn) uważa, że kryzys rozwojowy – poszukiwanie tożsamości mają korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 11% jest przekonana, że czynnik ten działa na dane zjawisko silnie pozytywnie, z kolei 17% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: student (15%, na kierunku lekarski: 100%, pedagogika: 33%, pielęgniarstwo: 14%), pedagog szkolny (14%), pielęgniarka (10%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania należy stwierdzić, że są one porównywalne. Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje kryzys rozwojowy – poszukiwanie tożsamości jako czynnik wywołujący korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków.

26% badanych (26% kobiet oraz 28% mężczyzn) uważa, że kryzys rozwojowy – poszukiwanie tożsamości ma neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Analizując aktywność zawodową badanych, którzy stwierdzili, że dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków należy stwierdzić, że procent odpowiedzi jest porównywalny.

- **PRZYNALEŻNOŚĆ DO WSPÓLNOT/KLUBÓW ZAINTERESOWAŃ**

Wynik: 65% – korzystny wpływ, 14% – niekorzystny wpływ, 21% – neutralny

Większość respondentów (65%: 65% kobiet oraz 63% mężczyzn) uważa, że przynależność do wspólnot/klubów zainteresowań ma korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 28% jest przekonana, że jest to czynnik, który na dane zjawisko działa silnie pozytywnie, z kolei 37% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (60%), pedagog szkolny (43%), psycholog (33%), student (30%, na kierunku lekarski: 100%, pielęgniarstwo:

30%). W każdym województwie przeświadczenie o korzystnym wpływie przynależności do wspólnot/klubów zainteresowań na zjawisko samobójstw wśród nastolatków wygląda porównywalnie.

Przeciwnego zdania jest 14% respondentów (15% kobiet oraz 12% mężczyzn). Ich zdaniem przynależność do wspólnot/klubów zainteresowań powoduje niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 5% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 9% po prostu „negatywne”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujący następujące aktywności zawodowe: pedagog szkolny (14%) oraz psycholog (11%).

Częściej niż co piąty badany (21%: 20% kobiet oraz 24% mężczyzn) uważa, że przynależność do wspólnot/klubów zainteresowań ma neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Najczęściej nauczyciele (24%), pielęgniarki (22%), studenci (21%, na kierunku pedagogika: 33%, pielęgniarstwo: 21%) mają podejście neutralne w danym temacie. Ich zdaniem dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

• BRAK ZROZUMIENIA I AKCEPTACJI

Wynik: 25% – korzystny wpływ, 66% – niekorzystny wpływ, 9% – neutralny

Większość respondentów (66%: 67% kobiet oraz 63% mężczyzn) uważa, że brak zrozumienia i akceptacji powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 47% badanych uważa, że jest on silnie negatywny, 19% po prostu „negatywny”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujące następujące aktywności zawodowe: psycholog (61%), psychoterapeuta (60%), lekarz (54%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania należy stwierdzić, że są one porównywalne. Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje brak zrozumienia i akceptacji jako czynnik wywołujący niekorzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków.

Co czwarty respondent (25%: 25% kobiet oraz 22% mężczyzn) uważa, że brak zrozumienia i akceptacji mają korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 15% jest przekonana, że czynnik ten działa na dane zjawisko silnie pozytywnie, z kolei 10% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: pedagog szkolny (57%), student (18,5%, na kierunku pedagogika: 33%, pielęgniarstwo: 18%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania należy stwierdzić, że są one porównywalne. Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje brak zrozumienia i akceptacji jako czynnik wywołujący korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków.

9% badanych (8% kobiet oraz 14% mężczyzn) uważa, że brak zrozumienia i akceptacji ma neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Analizując aktywność zawodową badanych, którzy stwierdzili, że dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani

pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków najczęściej odpowiedź była udzielana przez psychologa (11%), nauczyciel i student (po 9%, student na kierunku pielęgniarstwo: 9%).

- **ŁATWY DOSTĘP DO SŁUŻBY ZDROWIA I PROFILAKTYKI ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

Wynik: 69% – korzystny wpływ, 14% – niekorzystny wpływ, 17% – neutralny

Większość respondentów (69%: 70% kobiet oraz 66% mężczyzn) uważa, że łatwy dostęp do służby zdrowia i profilaktyki zdrowia psychicznego ma korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 37% jest przekonana, że jest to czynnik, który na dane zjawisko działa silnie pozytywnie, z kolei 32% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (80%), nauczyciel (42%), pielęgniarka i student (po 37%, student na kierunku lekarski: 100%, pielęgniarstwo: 36,5%, pedagogika: 33%). W każdym województwie przeświadczenie o korzystnym wpływie łatwego dostępu do służby zdrowia i profilaktyki zdrowia psychicznego jest porównywalne (między 33-46%).

Przeciwnego zdania jest 14% respondentów (13% kobiet oraz 19% mężczyzn). Ich zdaniem łatwy dostęp do służby zdrowia i profilaktyki zdrowia psychicznego powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 6% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 8% po prostu „negatywne”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujące następujące aktywności zawodowe: pedagog szkolny (29%), psycholog (17%), nauczyciel (10%).

17% (17% kobiet oraz 16% mężczyzn) badanych uważa, że łatwy dostęp do służby zdrowia i profilaktyki zdrowia psychicznego ma neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Najczęściej (29%) pedagog szkolny ma podejście neutralne w danym temacie. Ich zdaniem dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

- **WARSZTATY W SZKOŁACH DLA UCZNIÓW DOTYCZĄCE PROBLEMU SAMOOKALECZEŃ I MYŚLI SAMOBÓJCZYCH – PSYCHOEDUKACJA**

Wynik: 73% – korzystny wpływ, 11% – niekorzystny wpływ, 16% – neutralny

Większość respondentów (73%: 75% kobiet oraz 63% mężczyzn) uważa, że warsztaty w szkołach dla uczniów (dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych – psychoedukacja) ma korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 38% jest przekonana, że jest to czynnik, który na dane zjawisko działa silnie pozytywnie, z kolei 35% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (60%), pedagog szkolny (43%), nauczyciel (41%), student (40%, student na kierunku lekarski: 100%, pielęgniarstwo: 40%, pedagogika: 33%). W każdym województwie przeświadczenie o korzystnym wpływie warsztatów w szkołach dla uczniów (dotyczących problemu samookaleczeń i myśli samobójczych – psychoedukacja) jest porównywalne (między 35-43%).

Przeciwnego zdania jest 11% respondentów (10% kobiet oraz 16% mężczyzn). Ich zdaniem warsztaty w szkołach dla uczniów (dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych – psychoedukacja) powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 6% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 5% po prostu „negatywne”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujące następujące aktywności zawodowe: psycholog (17%), pedagog szkolny (14%).

16% (14,5% kobiet oraz 21% mężczyzn) badanych uważa, że warsztaty w szkołach dla uczniów (dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych – psychoedukacja) mają neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Ich zdaniem dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

- **WIEDZA I UMIEJĘTNOŚCI NAUCZYCIELI W ZAKRESIE ZROZUMIENIA I WSPARCIA UCZNIÓW W KRYZYSIE EMOCJONALNYM**

Wynik: 76,8% – korzystny wpływ, 11,6% – niekorzystny wpływ, 11,6% – neutralny

Większość respondentów (76,8%: 78% kobiet oraz 72% mężczyzn) uważa, że wiedza i umiejętności nauczycieli w zakresie zrozumienia i wsparcia uczniów w kryzysie emocjonalnym ma korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 44% jest przekonana, że jest to czynnik, który na dane zjawisko działa silnie pozytywnie, z kolei 33% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (60%), pedagog szkolny (57%), psycholog (50%), nauczyciel (47%), lekarz i student (po 43%, studenci na kierunku lekarski: 100%, pedagogika: 67%, pielęgniarstwo: 42%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania należy stwierdzić, że są one porównywalne. Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje wiedzę i umiejętności nauczycieli w zakresie zrozumienia i wsparcia uczniów w kryzysie emocjonalnym jako czynnik wywołujący korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków. Procent odpowiedzi jest porównywalny (42-50%)

Przeciwnego zdania jest 11,6% respondentów (11% kobiet oraz 17% mężczyzn). Ich zdaniem wiedza i umiejętności nauczycieli w zakresie zrozumienia i wsparcia uczniów w kryzysie emocjonalnym powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 5,5% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 6,1% po prostu „negatywne”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujące następujące aktywności zawodowe: psycholog (17%), pedagog szkolny (14%).

11,6% (12% kobiet oraz 11% mężczyzn) badanych uważa, że wiedza i umiejętności nauczycieli w zakresie zrozumienia i wsparcia uczniów w kryzysie emocjonalnym ma neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Najczęściej studenci (13%, na kierunku pielęgniarstwo: 13%), nauczyciele (12%), pielęgniarki i psychologowie (po 11%) mają podejście neutralne w danym temacie. Ich zdaniem dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

- **PSYCHOEDUKACJA RODZICÓW W ZAKRESIE PROBLEMU SAMOOKALECZEŃ I MYŚLI SAMOBÓJCZYCH NASTOLATKÓW**

Wynik: 77% – korzystny wpływ, 11% – niekorzystny wpływ, 12% – neutralny

Większość respondentów (77%: 78% kobiet oraz 70% mężczyzn) uważa, że psychoedukacja rodziców w zakresie problemu samookaleczeń i myśli samobójczych nastolatków ma korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków – 49% jest przekonana, że jest to czynnik, który na dane zjawisko działa silnie pozytywnie, z kolei 28% po prostu „pozytywnie”. Najsilniej są o tym przekonani respondenci, którzy reprezentują następujące aktywności zawodowe: pedagog szkolny (71%), psychoterapeuta (60%), psycholog i nauczyciel (po 56%), lekarz (54%), pielęgniarka (47,5%), student (46%, na kierunku lekarskim: 100%, pedagogika: 6%, pielęgniarstwo: 45,5%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania należy stwierdzić, że są one porównywalne. Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje psychoedukację rodziców w zakresie problemu samookaleczeń i myśli samobójczych nastolatków jako czynnik wywołujący korzystny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków. Procent odpowiedzi jest porównywalny (45-57%).

Przeciwnego zdania jest 11% respondentów (10% kobiet oraz 17% mężczyzn). Ich zdaniem psychoedukacja rodziców w zakresie problemu samookaleczeń i myśli samobójczych nastolatków powodują niekorzystne zmiany w zjawisku samobójstw wśród nastolatków: 7% badanych uważa, że są one silnie negatywne, 4% po prostu „negatywne”. Badani najsilniej przekonani o negatywnym wpływie danego czynnika to osoby reprezentujące następujące aktywności zawodowe: psycholog (17%), pedagog szkolny (14%), lekarz (7%).

12% (11% kobiet oraz 13% mężczyzn) badanych uważa, że psychoedukacja rodziców w zakresie problemu samookaleczeń i myśli samobójczych nastolatków ma neutralny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków, co oznacza, że dany czynnik nie jest ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny. Najczęściej studenci (14%, na kierunku pielęgniarstwo: 14%), psychologowie, nauczyciele i pielęgniarki (po 11%) mają podejście neutralne w danym temacie. Ich zdaniem dany czynnik nie przynosi znaczących skutków poprawy ani pogorszenia w zjawisku samobójstw wśród nastolatków.

16.22. Pytanie 22. Według Pana / Pani jak silna jest relacja między samobójstwami młodzieży a problemami społecznymi?

1. Bardzo słaba 2. Słaba 3. Lekka 4. Silna 5. Bardzo silna

Samobójstwa są złożonym zjawiskiem, często odzwierciedlającym głębokie problemy społeczne. Wszystkie problemy społeczne uwzględnione w ankiecie zostały uznane jako silnie oddziałujące na zjawisko samobójstw wśród młodzieży: nadużywanie środków psychoaktywnych (90%), cyberprzemoc, przede wszystkim: zastraszanie, nękanie, wykluczenie za pomocą mediów społecznościowych (90%), wykluczenie społeczne (90%), przemoc psychiczna / fizyczna wobec nastolatka (89%), nadużywanie alkoholu (89%), presja rówieśnicza (89%), dyskryminacja (89%). Najmniejsza relacja była postrzegana w ramach problemu społecznego dotyczącego ubóstwa – braku środków do życia (62%).

• UBÓSTWO – BRAK ŚRODKÓW DO ŻYCIA

Wynik: 62% – silna relacja, 26% – lekka relacja, 12% – słaba relacja

Większość respondentów (62%: 63% kobiet oraz 54% mężczyzn) uważa, że ubóstwo – brak środków do życia ma silną relację ze zjawiskiem samobójstw młodzieży – 23% jest przekonana, że jest to bardzo silne powiązanie, z kolei 38% po prostu „silne”. Respondenci przekonani o bardzo silnej zależności ubóstwa – braku środków do życia z samobójstwami młodzieży najczęściej reprezentują następujące aktywności zawodowe: Psycholog (39%), pedagog szkolny (29%), student (27%, na kierunku pedagogika: 67%, pielęgniarstwo: 26%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania należy stwierdzić, że są one porównywalne (18-25% odpowiedzi). Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje silną relację między ubóstwem-brakiem środków do życia a samobójstwami młodzieży. Najczęściej odpowiedzi padała w województwach: lubuskie (50%), lubelskie (37%), zachodniopomorskie (32%), opolskie (29%), dolnośląskie (25%), podlaskie (24%), mazowieckie (23%), warmińsko-mazurskie (21,5%), małopolskie (18%), śląskie (8%). Pozostałe województwa nie miały wśród respondentów przedstawiciela, który widziałby powiązanie danego problemu społecznego z samobójstwami młodzieży.

Co czwarty badany (26%: 26% kobiet oraz 27% mężczyzn) uważa, że relacja między ubóstwem – brakiem środków do życia, a zjawiskiem samobójstw u młodzieży jest lekka. Takie zdanie reprezentuje porównywalny procent respondentów biorąc pod uwagę ich aktywność zawodową (20-32%), czy wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy/nauki badanego (20-31%).

12% badanych nie widzi zbyt dużej zależności między ubóstwem-brakiem środków do życia a samobójstwami młodzieży – 3% jest przekonana, że jest to bardzo słabe powiązanie, z kolei 9% po prostu „słabe”. Blisko dwa razy częściej taka odpowiedź pada u mężczyzn (11% kobiet oraz 19% mężczyzn).

• PRZEMOC PSYCHICZNA/FIZYCZNA WOBEC NASTOLATKA

Wynik: 89% – silna relacja, 6% – lekka relacja, 5% – słaba relacja

Większość respondentów (89%: 89% kobiet oraz 86% mężczyzn) uważa, że przemoc psychiczna/fizyczna wobec nastolatka ma silną relację ze zjawiskiem samobójstw młodzieży – 66% jest przekonana, że jest to bardzo silne powiązanie, z kolei 23% po prostu „silne”. Respondenci przekonani o bardzo silnej zależności przemocy psychicznej/fizycznej wobec nastolatka z samobójstwami młodzieży najczęściej reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (100%), pedagog szkolny (86%), psycholog (78%), pielęgniarki (66%), nauczyciel (65%), student (64%, na kierunku lekarski: 100%, pedagogika: 67%, pielęgniarstwo: 65%), lekarz (61%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania respondentów należy stwierdzić, że są one porównywalne (62-78%). Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje silną relację między przemocą psychiczną/fizyczną wobec nastolatka a samobójstwami młodzieży.

6% (6% kobiet oraz 7% mężczyzn) badanych uważa, że relacja między przemocą psychiczną/fizyczną wobec nastolatka, a zjawiskiem samobójstw u młodzieży jest lekka. Najczęściej odpowiedź taka została udzielona przez respondentów z aktywnością zawodową: student (7%, na kierunku pedagogika: 33%, pielęgniarstwo: 7%), pielęgniarka (7%). Najrzadziej z kolei (żaden z respondentów) psycholog, psychoterapeuta, pedagog szkolny. Odpowiedź „lekka” padła w porównywalnym procencie zarówno w małych (też wieś) jak i dużych miastach – 4,5-8,6%.

5% (5% kobiet oraz 8% mężczyzn) badanych nie widzi zbyt dużej zależności między przemocą psychiczną/fizyczną wobec nastolatka a samobójstwami młodzieży – 3% jest przekonana, że jest to bardzo słabe powiązanie, z kolei 2% po prostu „słabe”.

• **NADUŻYWANIE ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH**

Wynik: 90% – silna relacja, 5% – lekka relacja, 5% – słaba relacja

Większość respondentów (90%: 91% kobiet oraz 89% mężczyzn) uważa, że nadużywanie środków psychotropowych ma silną relację ze zjawiskiem samobójstw młodzieży – 68% jest przekonana, że jest to bardzo silne powiązanie, z kolei 22% po prostu „silne”. Respondenci przekonani o bardzo silnej zależności nadużywania środków psychotropowych z samobójstwami młodzieży najczęściej reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (100%), pedagog szkolny (86%), psycholog (72%), lekarz (71%), pielęgniarki (68%), nauczyciel (68%), student (67%, na kierunku lekarski: 100%, pedagogika: 67%, pielęgniarstwo: 67%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania respondentów należy stwierdzić, że są one porównywalne (67-72%). Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje silną relację między nadużywaniem środków psychotropowych a samobójstwami młodzieży.

5% (5% kobiet oraz 4% mężczyzn) badanych uważa, że relacja między nadużywaniem środków psychotropowych, a zjawiskiem samobójstw u młodzieży jest lekka. Odpowiedź „lekka” padła najczęściej przez respondentów zamieszkujących wieś (10%).

5% (5% kobiet oraz 7% mężczyzn) badanych nie widzi zbyt dużej zależności między nadużywaniem środków psychotropowych, a samobójstwami młodzieży – 3% jest przekonana, że jest to bardzo słabe powiązanie, z kolei 2% po prostu „słabe”.

• **NADUŻYWANIE ALKOHOLU**

Wynik: 89% – silna relacja, 6% – lekka relacja, 5% – słaba relacja

Większość respondentów (89%: 89% kobiet oraz 86% mężczyzn) uważa, że nadużywanie alkoholu ma silną relację ze zjawiskiem samobójstw młodzieży – 61% jest przekonana, że jest to bardzo silne powiązanie, z kolei 28% po prostu „silne”. Respondenci przekonani o bardzo silnej zależności nadużywania alkoholu z samobójstwami młodzieży najczęściej reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (100%), pedagog szkolny (86%), student (63%, na kierunku lekarski: 100%, pedagogika: 67%, pielęgniarstwo: 62%), psycholog (61%), pielęgniarki (61%), nauczyciel (55%), lekarz (39%). Analizując wyniki badań pod względem

miejsca zamieszkania respondentów należy stwierdzić, że są one porównywalne (56-64%). Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje silną relację między nadużywaniem alkoholu a samobójstwami młodzieży.

6% (7% kobiet oraz 4% mężczyzn) badanych uważa, że relacja między nadużywaniem alkoholu, a zjawiskiem samobójstw u młodzieży jest lekka.

5% (5% kobiet oraz 7% mężczyzn) badanych nie widzi zbyt dużej zależności między nadużywaniem alkoholu a samobójstwami młodzieży – 3% jest przekonana, że jest to bardzo słabe powiązanie, z kolei 2% po prostu „słabe”.

- **CYBERPRZEMOC, PRZEDĘ WSZYSTKIM: ZASTRASZANIE, NĘKANIE, WYKLUCZENIE ZA POMOCĄ MEDIÓW SPOŁECZNOŚCIOWYCH**

Wynik: 90% – silna relacja, 4% – lekka relacja, 6% – słaba relacja

Większość respondentów (90%: 91% kobiet oraz 86% mężczyzn) uważa, że cyberprzemoc (przede wszystkim: zastraszanie, nękanie, wykluczenie za pomocą mediów społecznościowych) ma silną relację ze zjawiskiem samobójstw młodzieży – 73% jest przekonana, że jest to bardzo silne powiązanie, z kolei 17% po prostu „silne”. Respondenci przekonani o bardzo silnej zależności cyberprzemocy z samobójstwami młodzieży najczęściej reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (100%), pedagog szkolny (100%), lekarz (79%), psycholog (78%), nauczyciel (77%), pielęgniarka (72%), student (70,5%, na kierunku lekarski: 100%, pedagogika: 100%, pielęgniarstwo: 70%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania respondentów należy stwierdzić, że są one porównywalne (70-80%). Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje silną relację między cyberprzemocą a samobójstwami młodzieży.

4% (4% kobiet oraz 4% mężczyzn) badanych uważa, że relacja między cyberprzemocą (przede wszystkim: zastraszanie, nękanie, wykluczenie za pomocą mediów społecznościowych), a zjawiskiem samobójstw u młodzieży jest lekka.

6% badanych nie widzi zbyt dużej zależności między cyberprzemocą a samobójstwami młodzieży – 3% jest przekonana, że jest to bardzo słabe powiązanie, z kolei 2% po prostu „słabe”. Dwa razy częściej mężczyźni wskazują na słabą więź danego problemu społecznego z obecnością samobójstw u młodzieży (5% kobiet oraz 10% mężczyzn).

- **WYKLUCZENIE SPOŁECZNE**

Wynik: 90% – silna relacja, 5% – lekka relacja, 5% – słaba relacja

Większość respondentów (90%: 90% kobiet oraz 90% mężczyzn) uważa, że wykluczenie społeczne ma silną relację ze zjawiskiem samobójstw młodzieży – 69% jest przekonana, że jest to bardzo silne powiązanie, z kolei 21% po prostu „silne”. Respondenci przekonani o bardzo silnej zależności wykluczenia społecznego z samobójstwami młodzieży najczęściej reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (100%), pedagog szkolny (100%), lekarz (78%), psycholog (78%), nauczyciel (71%), student (70,5%, na kierunku

lekarski: 100%, pedagogika: 100%, pielęgniarstwo: 68%), pielęgniarka (66%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania respondentów należy stwierdzić, że najczęściej odpowiedź „bardzo silna” relacja była udzielana w dużych miastach (od 251 tys. mieszkańców – 81%, powyżej 500 tys. mieszkańców – 73%), ale również wśród respondentów pochodzących ze wsi (71%). Pozostałe wielkości miast były porównywalne (do 50 tys. mieszkańców – 69%, do 250 tys. mieszkańców – 64%).

5% (5% kobiet oraz 3% mężczyzn) badanych uważa, że relacja między wykluczeniem społecznym, a zjawiskiem samobójstw u młodzieży jest lekka.

5% (5% kobiet oraz 7% mężczyzn) badanych nie widzi zbyt dużej zależności między wykluczeniem społecznym a samobójstwami młodzieży – 3% jest przekonana, że jest to bardzo słabe powiązanie, z kolei 2% po prostu „słabe”.

• PRESJA RÓWIEŚNICZA

Wynik: 89% – silna relacja, 6% – lekka relacja, 5% – słaba relacja

Większość respondentów (89%: 90% kobiet oraz 83% mężczyzn) uważa, że presja rówieśnicza ma silną relację ze zjawiskiem samobójstw młodzieży – 64% jest przekonana, że jest to bardzo silne powiązanie, z kolei 25% po prostu „silne”. Respondenci przekonani o bardzo silnej zależności presji rówieśniczej z samobójstwami młodzieży najczęściej reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (100%), pedagog szkolny (100%), psycholog (78%), student (64,5%, na kierunku pedagogika: 100%, pielęgniarstwo: 64%), nauczyciel (64%), pielęgniarka (62%), lekarz (50%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania respondentów należy stwierdzić, że są one porównywalne (61-66%). Nie ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje silną relację między presją rówieśniczą a samobójstwami młodzieży.

6% (6% kobiet oraz 8% mężczyzn) badanych uważa, że relacja między presją rówieśniczą, a zjawiskiem samobójstw u młodzieży jest lekka.

5% (4% kobiet oraz 9% mężczyzn) badanych nie widzi zbyt dużej zależności między presją rówieśniczą a samobójstwami młodzieży – 3% jest przekonana, że jest to bardzo słabe powiązanie, z kolei 2% po prostu „słabe”.

• DYSKRYMINACJA

Wynik: 89% – silna relacja, 6% – lekka relacja, 5% – słaba relacja

Większość respondentów (89%: 90% kobiet oraz 80% mężczyzn) uważa, że dyskryminacja ma silną relację ze zjawiskiem samobójstw młodzieży – 68% jest przekonana, że jest to bardzo silne powiązanie, z kolei 21% po prostu „silne”. Respondenci przekonani o bardzo silnej zależności dyskryminacji z samobójstwami młodzieży najczęściej reprezentują następujące aktywności zawodowe: psychoterapeuta (100%), pedagog szkolny (100%), psycholog (83%), student (69%, na kierunku pedagogika: 100%, lekarski: 100%, pielęgniarstwo: 68%), nauczyciel (66%), pielęgniarka (65%), lekarz (54%). Analizując wyniki badań pod względem miejsca zamieszkania respondentów należy stwierdzić, że są one porównywalne (64-75%). Nie

ma znaczenia, czy respondent pochodzi z małej miejscowości/wsi, czy też z dużego miasta, każdy w podobnym procencie wskazuje na obecność silnej relacji między dyskryminacją a samobójstwami młodzieży.

6% (6% kobiet oraz 9% mężczyzn) badanych uważa, że relacja między dyskryminacją, a zjawiskiem samobójstw u młodzieży jest lekka.

5% (przy czym mężczyźni blisko trzy razy częściej niż kobiety – 4% kobiet oraz 11% mężczyzn) badanych nie widzi zbyt dużej zależności między dyskryminacją a samobójstwami młodzieży – 3% jest przekonana, że jest to bardzo słabe powiązanie, z kolei 2% po prostu „słabe”.

Rekomendacje zbiorcze:

1. Wyniki z przeprowadzonych badań sugerują, że należy zwiększyć nacisk na promowanie dostępnych materiałów edukacyjnych i informacyjnych niezależnie od wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki osób pracujących z młodzieżą.
2. Podobnie, jeśli chodzi o formy własności miejsca pracy w przypadku przeprowadzonych badań z ww. pytaniami odpowiedzi respondentów nie wykazują istotnych różnic w tym zakresie. Korzystne jednak byłoby zwiększenie przekazu wiedzy i informacji nt. na temat zachowań samobójczych wśród młodzieży wśród wszystkich grup niezależnie od formy własności miejsca pracy.
3. Wyniki sugerują, że należy położyć większy nacisk na promowanie informacji, a przede wszystkim dostępnych materiałów edukacyjnych i informacyjnych niezależnie od wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki osób pracujących z młodzieżą.
4. Wspieranie młodzieży w budowaniu silnych więzi społecznych, poczucia własnej wartości i otwartości na innych wydaje się być kluczowe w ograniczaniu ryzyka zachowań samobójczych. Kształtowanie pozytywnej samooceny i wzmacnianie więzi społecznych to strategie, które mają potencjał ograniczenia ryzyka zachowań samobójczych.
5. Respondenci różnych zawodów zwracają uwagę na znaczenie budowania poczucia własnej wartości i integracji społecznej, choć ich priorytety mogą się różnić w zależności od doświadczenia zawodowego i obszaru działania. W związku z tym działania prewencyjne powinny być ukierunkowane na wzmacnianie relacji społecznych, rozwijanie umiejętności interpersonalnych i promowanie pozytywnej samooceny wśród młodzieży.

Rozdział 17

Identyfikacja wzorców i trendów, ocena poziomu wiedzy, rozumienie perspektyw społecznych, weryfikacja skuteczności dotychczasowych działań edukacyjnych, identyfikacja priorytetów działań prewencyjnych

17.1. Wstęp

Problem samobójstw i prób samobójczych stanowi narastający problem psychologiczny, społeczny i zdrowotny, stając się ogromnym wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie.

Często są skutkiem złożonych problemów emocjonalnych, psychologicznych, ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) każdego roku ponad 700 000 osób odbiera sobie życie, a liczba prób samobójczych jest wielokrotnie wyższa. W Polsce problem ten także jest zauważalny – dane GUS oraz Komendy Głównej Policji wskazują, że co roku umiera w ten sposób około 5-6 tysięcy osób.

Samobójstwa są szczególnym wyzwaniem u młodzieży i młodych dorosłych. W Polsce, jak i na świecie, samobójstwa stanowią drugą, a w niektórych krajach nawet pierwszą, przyczynę zgonów w grupach wiekowych 15-29 lat. Problem ten wymaga wielopłaszczyznowego podejścia, obejmującego działania w sferze społecznej, technologicznej i edukacyjnej.

Cel raportu

Celem raportu jest analiza skuteczności różnorodnych metod prewencji samobójstw wdrażanych od 2010 roku. Skupiono się na ocenie działań w trzech głównych obszarach:

- Metody tradycyjne i społeczne – linie wsparcia, kampanie społeczne, programy wsparcia dla pracowników.
- Innowacyjne metody technologiczne – aplikacje mobilne, sztuczna inteligencja w mediach społecznościowych, platformy telemedyczne.
- Metody edukacyjne – programy dla szkół i uczelni wyższych, kampanie informacyjne.

17.2. Metodologia

Zakres czasowy

Raport obejmuje dane i inicjatywy wprowadzone w latach 2010-2023. W tym okresie widoczny jest wzrost liczby innowacyjnych metod wspierających zdrowie psychiczne, co jest związane z rozwojem technologii i wzrastającą świadomością społeczną.

Źródła danych

Do przygotowania raportu wykorzystano różnorodne źródła danych, m.in.:

- Dane statystyczne: WHO (*World Health Organization* – Światowa Organizacja Zdrowia), GUS (główny Urząd Statystyczny), raporty instytucji zajmujących się zdrowiem psychicznym.
- Przegląd literatury: artykuły naukowe, raporty i badania oceniające efektywność poszczególnych metod.
- Raporty z działań lokalnych i międzynarodowych: Przykłady wdrożeń i analiz programów w Europie, Ameryce Północnej i innych regionach.

Kryteria oceny skuteczności metod

Przy ocenie skuteczności poszczególnych metod prewencji wzięto pod uwagę:

- Redukcję liczby samobójstw: analizę wskaźników samobójstw wśród osób korzystających z danej metody.
- Poprawę zdrowia psychicznego: mierzona poziomem lęku, depresji, stresu oraz satysfakcją z życia uczestników programów.
- Dostępność i efektywność pomocy: czy metody docierają do szerokiego grona osób, zwłaszcza tych z grup ryzyka.

17.3. Przegląd metod prewencji samobójstw

17.3.1 Metody tradycyjne i oparte na interwencjach społecznych

1. Telefoniczne linie wsparcia i interwencje kryzysowe

- Linie wsparcia, takie jak Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży (116 111) w Polsce, pełnią istotną rolę jako pierwsze źródło pomocy w sytuacjach kryzysowych. Linie te umożliwiają anonimowy kontakt i natychmiastowe wsparcie psychologiczne.
- Przykład badań: Analizy wykazują, że szybka pomoc może być kluczowa w momencie kryzysu. Badanie przeprowadzone przez Instytut Psychiatrii w Londynie wykazało, że linie wsparcia obniżają ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych o 20-30% w grupie osób korzystających z tej pomocy.

2. Kampanie społeczne i programy wsparcia

- Kampanie takie jak polska „Życie warto jest rozmowy” czy międzynarodowa „Suicide Prevention Awareness” mają na celu uświadamianie społeczeństwu zagrożeń związanych z problemami zdrowia psychicznego. Tego typu kampanie pomagają zmniejszyć napiętnowanie osób borykających się z depresją i myślami samobójczymi.
- Wyniki badań: Badania przeprowadzone przez WHO pokazują, że kampanie społeczne w krajach o wysokim wskaźniku samobójstw przyczyniają się do poprawy postaw społecznych i ułatwiają dostęp do pomocy.

3. Szkolenia i edukacja specjalistów

- Programy szkoleniowe dla lekarzy, nauczycieli i innych osób pracujących z młodzieżą umożliwiają wczesne rozpoznawanie symptomów depresji i myśli samobójczych. W Polsce podobne programy organizowane są np. przez Fundację Itaka.
- Efektywność: W badaniach wykazano, że edukacja specjalistów wpływa na większą gotowość do udzielania wsparcia, co przyczynia się do zwiększenia liczby osób szukających pomocy.

17.3.2 Metody technologiczne

1. Aplikacje mobilne wspierające zdrowie psychiczne

- Popularność aplikacji takich jak Headspace, Calm czy Woebot sprawiła, że użytkownicy mogą samodzielnie monitorować nastrój i korzystać z narzędzi wspierających redukcję stresu. Aplikacje te mogą poprawiać dobrostan psychiczny użytkowników i stanowić wsparcie terapeutyczne.
- Przykład badań: Badanie przeprowadzone przez Uniwersytet Stanforda na użytkownikach aplikacji Calm wykazało zmniejszenie poziomu lęku i stresu o 25% po trzech miesiącach użytkowania.

2. Sztuczna inteligencja (AI) w monitorowaniu zachowań w mediach społecznościowych

- Platformy takie jak Facebook i Instagram wdrożyły narzędzia monitorujące treści użytkowników pod kątem wyrazów sugerujących kryzys psychiczny lub myśli samobójcze. W sytuacjach kryzysowych użytkownicy otrzymują sugestie kontaktu z linią wsparcia lub specjalistą.
- Efektywność: Dane Facebooka wskazują na wzrost o 40% liczby użytkowników korzystających z pomocy po skierowaniu ich do odpowiednich zasobów przez algorytm AI.

3. Telemedycyna i platformy terapeutyczne online

- Rozwój platform takich jak Talkspace i BetterHelp pozwala na dostęp do psychoterapii online. W Polsce podobne wsparcie oferują platformy typu Zdrowa Głowa czy HaloDoktor.

- Korzyści: Dzięki telemedycynie osoby mieszkające w obszarach wiejskich mogą skorzystać z pomocy, co znacząco zwiększa dostępność terapii w trudno dostępnych lokalizacjach.

17.3.3 Innowacyjne podejścia edukacyjne i społecznościowe

1. Programy edukacyjne w szkołach i na uczelniach

- W ramach programów edukacyjnych, takich jak Youth Aware of Mental Health (YAM) wprowadzanych w Europie, młodzież zdobywa wiedzę na temat zdrowia psychicznego i uczy się rozpoznawania oznak kryzysu u siebie i innych.
- Wyniki badań: Według badań przeprowadzonych na Uniwersytecie w Uppsali, YAM zmniejsza ryzyko samobójstw o około 25% w populacji uczniów objętych programem.

2. Grupy wsparcia i społecznościowe inicjatywy terapeutyczne

- Grupy wsparcia online i programy partnerskie (takie jak „Buddy Program”) umożliwiają podtrzymywanie więzi społecznych i redukcję poczucia osamotnienia w trudnych sytuacjach.
- Efektywność: Badanie przeprowadzone w Norwegii wskazuje, że osoby uczestniczące w takich grupach rzadziej wykazują symptomy depresji i mają wyższą satysfakcję z życia.

17.4. Analiza skuteczności metod prewencyjnych

17.4.1 Redukcja liczby samobójstw

- Analizy pokazują, że linie wsparcia i telemedycyna mogą znacząco zmniejszyć liczbę samobójstw. W krajach skandynawskich, gdzie telemedycyna jest powszechnie dostępna, wskaźnik samobójstw jest niższy niż w państwach, gdzie dostępność tej formy wsparcia jest ograniczona.
- Przykłady lokalnych programów: Program YAM w Szwecji oraz szkolenia dla nauczycieli w Japonii przyczyniły się do zmniejszenia wskaźnika samobójstw w szkołach.

17.4.2 Poprawa zdrowia psychicznego

- Korzystanie z aplikacji mobilnych oraz udział w grupach wsparcia znacząco poprawiają wyniki zdrowia psychicznego. W Polsce, według badań Fundacji Itaka, osoby korzystające z aplikacji Calm i Woebot odnotowują o 30% mniejszy poziom stresu.

17.5. Wnioski i rekomendacje

1. Zwiększenie wsparcia dla programów edukacyjnych – Dofinansowanie programów edukacyjnych oraz włączenie treści dotyczących zdrowia psychicznego do obowiązkowej edukacji szkolnej.
2. Rozwój technologii wspierających zdrowie psychiczne – Zwiększenie dostępności aplikacji mobilnych i telemedycyny oraz zapewnienie ich finansowania dla osób z grup ryzyka.
3. Zwiększenie współpracy międzynarodowej – Promowanie sprawdzonych metod prewencyjnych w różnych krajach.

17.6. Bibliografia

1. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (2019). *Suicide in the World: Global Health Estimates*. Światowa Organizacja Zdrowia. Pobrane z: <https://www.who.int/publications>
2. Główny Urząd Statystyczny (GUS). (2022). *Zdrowie i ochrona zdrowia*. Polska: Główny Urząd Statystyczny. Pobrane z: <https://stat.gov.pl>
3. Komenda Główna Policji. (2023). *Statystyki dotyczące samobójstw w Polsce*. Warszawa: Policja.pl. Pobrane z: <https://statystyki.policja.pl>
4. Stanford University. (2021). *Study on the effectiveness of Calm and Headspace on mental health indicators*. Pobrane z: <https://stanfordhealthcare.org>
5. Fundacja Itaka. (2022). *Raport na temat linii wsparcia dla dzieci i młodzieży w Polsce*. Polska: Fundacja Itaka. Pobrane z: <https://www.itaka.org.pl>
6. Youth Aware of Mental Health (YAM). (2020). *Youth Aware of Mental Health: Evaluation report on the reduction of suicide rates in schools*. Uniwersytet w Uppsali. Pobrane z: <https://yamprogram.com>
7. National Institute of Mental Health (NIMH). (2021). *Digital Health and Suicide Prevention: An overview of mobile apps and AI in prevention*. Pobrane z: <https://www.nimh.nih.gov>
8. Mental Health Foundation. (2018). *Impact of social media monitoring on suicide prevention*. Mental Health Foundation Report, UK. Pobrane z: <https://mentalhealth.org.uk>
9. Norwegian Institute of Public Health. (2020). *Effectiveness of support groups in preventing suicide and reducing loneliness*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health.
10. International Association for Suicide Prevention (IASP). (2021). *World Suicide Prevention Day Campaign Outcomes*

17.7. Ocena i analiza działań podejmowanych przez służbę zdrowia w obszarze prewencji samobójstw (Dane od 2010 roku)

17.7.1. Wprowadzenie

Samobójstwa stanowią globalne wyzwanie dla sektora zdrowia publicznego i są jedną z głównych przyczyn śmierci wśród młodszych grup wiekowych. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – *World Health Organization*) każdego roku około 700 000 osób na świecie odbiera sobie życie, a liczba prób samobójczych jest znacznie wyższa. W Polsce problem samobójstw jest zauważalny i stanowi ważny obszar działań dla służby zdrowia. Celem tego raportu jest ocena i analiza skuteczności działań prewencyjnych podejmowanych przez służbę zdrowia na podstawie danych z lat 2010-2020.

17.7.2. Dane statystyczne dotyczące samobójstw (od 2010 roku)

Analiza danych z Głównego Urzędu Statystycznego pokazuje, że liczba samobójstw w Polsce od 2010 roku charakteryzuje się nieznacznymi wahaniami, choć w niektórych latach zauważalny jest wyraźny wzrost. W 2010 roku odnotowano **4 235** samobójstw, z czego większość przypadków dotyczyła mężczyzn (80%), co wskazuje na silny związek płci z ryzykiem samobójczym. W 2020 roku liczba przypadków zmniejszyła się do **4 046**, jednakże liczba prób samobójczych uległa wzrostowi, szczególnie w grupie wiekowej 15-24 lata.

Rozkład demograficzny:

- **Mężczyźni:** Stanowią przeważającą większość przypadków samobójstw w każdej grupie wiekowej.
- **Młodzież (15–24 lata):** Wzrost liczby prób samobójczych od 2016 roku, szczególnie wśród kobiet.
- **Osoby starsze (60+):** W tej grupie także odnotowuje się wzrost zachowań suicydalnych, głównie wśród mężczyzn.

17.7.3. Analiza działań prewencyjnych podejmowanych przez służbę zdrowia

17.7.3.1 Programy profilaktyczne i kampanie społeczne

Ochrona Zdrowia w Polsce wdrożyła szereg programów i kampanii społecznych mających na celu podniesienie świadomości oraz zmniejszenie liczby samobójstw. Kluczowym działaniem była kampania „Życie warte jest rozmowy” zainicjowana w 2014 roku, której celem była edukacja społeczeństwa na temat objawów depresji, dostępnych form wsparcia i sposobów radzenia sobie z kryzysem. Kampania była skierowana do ogółu społeczeństwa, ale szczególny nacisk położono na grupy wysokiego ryzyka, w tym młodzież i osoby starsze.

W ramach kampanii realizowano również szkolenia dla pracowników służby zdrowia, w tym lekarzy i pielęgniarek, w zakresie rozpoznawania objawów depresji i zagrożenia

samobójczego. Kampanie społeczne wpłynęły na wzrost świadomości oraz na gotowość ludzi do korzystania z pomocy psychologicznej.

17.7.3.2 Wdrożenie i dostępność wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego

Od 2015 roku służba zdrowia zwiększyła dostępność wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego, szczególnie w formie poradni zdrowia psychicznego i telefonów zaufania. W 2018 roku powstał program „Wsparcie na telefon”, który umożliwia bezpłatny kontakt telefoniczny z wykwalifikowanymi psychologami przez całą dobę. Program ten spotkał się z dużym zainteresowaniem, a liczba osób korzystających z tej formy pomocy wzrosła o 35% od momentu jego wprowadzenia.

Ważnym krokiem było wprowadzenie psychologów do szkół, co przyczyniło się do lepszego rozpoznawania problemów psychicznych wśród młodzieży i udzielania wsparcia już na wczesnym etapie. Mimo tych działań dostępność specjalistów, takich jak psychiatrzy dziecięcy, wciąż pozostaje ograniczona, co jest jednym z głównych wyzwań.

17.7.4. Ocena skuteczności działań

Działania prewencyjne podjęte przez służbę zdrowia w Polsce przyniosły umiarkowane efekty. Dane pokazują, że kampanie społeczne zwiększyły świadomość społeczeństwa na temat problemu samobójstw i pomogły zmniejszyć stygmatyzację korzystania z pomocy psychologicznej. Wprowadzenie telefonów zaufania i poradni zdrowia psychicznego przyczyniło się do wzrostu liczby osób korzystających z profesjonalnego wsparcia.

Jednakże liczba samobójstw, szczególnie w grupach młodzieżowych, nadal pozostaje na niepokojąco wysokim poziomie. Należy zauważyć, że działania te były skuteczne w zwiększeniu dostępu do wsparcia psychologicznego, jednak w dalszym ciągu brakuje kompleksowej strategii przeciwdziałania samobójstwom w szkołach oraz szybszego dostępu do specjalistycznej pomocy psychiatrycznej.

17.7.5. Rekomendacje

Na podstawie analizy danych i oceny skuteczności działań prewencyjnych zaleca się:

- **Zwiększenie dostępu do opieki psychiatrycznej i psychologicznej:** Wprowadzenie większej liczby poradni zdrowia psychicznego oraz zwiększenie liczby psychologów i psychiatrów dziecięcych.
- **Intensyfikacja działań w szkołach:** Zwiększenie liczby psychologów szkolnych, wdrożenie programów wsparcia emocjonalnego oraz szkoleń dla nauczycieli, aby umieli rozpoznawać wczesne objawy kryzysów psychicznych.
- **Kontynuacja kampanii społecznych:** Regularne prowadzenie kampanii informacyjnych i edukacyjnych oraz kampanii skierowanych do grup ryzyka, aby zwiększyć ich świadomość na temat dostępnych form pomocy.

- **Rozwój programów wsparcia dla rodzin:** Przeprowadzenie szkoleń dla rodziców i opiekunów w zakresie rozpoznawania objawów depresji i zachowań samobójczych u młodzieży oraz wprowadzenie wsparcia emocjonalnego dla rodzin osób w kryzysie.

17.7.6. Podsumowanie

Wprowadzenie programów prewencyjnych przez służbę zdrowia w Polsce od 2010 roku przyczyniło się do wzrostu świadomości społecznej na temat problemu samobójstw oraz zwiększenia dostępu do wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego. Pomimo tych działań problem nadal wymaga zintegrowanych działań i wdrożenia strategii skierowanej na konkretnie określone grupy ryzyka. Kompleksowa strategia prewencji samobójstw powinna obejmować większą współpracę różnych instytucji oraz zapewnienie dostępu do specjalistycznej pomocy na poziomie lokalnym, aby efektywnie zapobiegać zachowaniom samobójczym.

17.7.7. Bibliografia

1. Główny Urząd Statystyczny (GUS). (2021). *Statystyka samobójstw i zamachów samobójczych w Polsce 2010-2020*. Warszawa: GUS.
2. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. World Health Organization. Dostępne na: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
3. Ministerstwo Zdrowia. (2018). *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
4. Czerska, J., & Ratajczyk, J. (2020). *Psychologiczne aspekty prewencji samobójstw w Polsce*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
5. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. (2021). *Raport na temat zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży w Polsce*. Warszawa: PTS.
6. Białek, K. (2019). „Skuteczność programów prewencji samobójstw w Polsce – analiza wyników badań”. *Psychiatria Polska*, 53(2), 112-126.
7. Fundacja ITAKA – Centrum Poszukiwań Ludzi Zaginionych. (2020). *Raport na temat prewencji samobójstw i wsparcia kryzysowego w Polsce*. Warszawa: Fundacja ITAKA.
8. Instytut Psychiatrii i Neurologii. (2020). *Ocena dostępności świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych w Polsce*. Warszawa: IPiN.
9. Kotowska, A., & Marzec, M. (2018). *Samobójstwo w Polsce – aspekt społeczno-kulturowy i psychologiczny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
10. Kampania „Życie warte jest rozmowy”. (2014). Materiały kampanii informacyjnej. Dostępne na: <https://www.zwjto.org.pl>

17.8. Podsumowanie raportu

Na podstawie wyników przeprowadzonego badania ankietowego można wysnuć szereg wniosków:

1. Zdania respondentów dotyczące pozytywnej roli Internetu w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych u młodzieży są podzielone, większość respondentów nie dostrzega pozytywnej roli Internetu. Nie mniej jednak w optymistyczny sposób w tej materii wypowiedziała się blisko 1/3 ankietowanych, podobnie 1/3 nie ma zdania na ten temat. Biorąc pod uwagę wypowiedzi związane z negatywną rolą Internetu w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych u młodzieży zdecydowana większość badanych dostrzega tę rolę jako pejoratywną. Przekonani co do braku aspektu negatywnego w omawianej kwestii stanowią mniejszość w badanej grupie. Natomiast neutralność w wypowiedzi zadeklarowała ponad 1/4 respondentów. W związku z powyższym należałoby nagłośnić kampanię pozytywną dotyczącą roli Internetu w działaniach prewencyjnych np. poprzez wskazanie sprawdzonych fachowych stron dotyczących problemu samobójstw wśród młodych ludzi np. fundacji zajmujących się tą profilaktyką, stron ochrony zdrowia, poradni psychologicznych, telefonów zaufania itp. Ponadto należy także uwrażliwiać młodzież, iż Internet może także zawierać nieodpowiednie treści związane z problematyką okaleczeń czy samobójstw. Główne zadanie powinno sprowadzać się do edukowania, iż bezpośredni kontakt interpersonalny z np. bliską osobą, terapeutą, psychologiem, pedagogiem jest bezpieczniejszym, alternatywnym rozwiązaniem wobec internetowych poszukiwań.
2. Biorąc pod uwagę rozkład uzyskanych odpowiedzi co do pozytywnej roli telewizji oraz filmów w kształtowaniu myśli i zamiarów samobójczych młodzieży, gdzie większość ankietowanych nie ma zdania na ten temat, mniejszość respondentów dostrzega pozytywną rolę a ponad 1/3 badanych stwierdza, iż nie jest to rola pozytywna, należałoby zawnieioskować o przeprowadzanie kampanii edukacyjnych społeczeństwo w zakresie prób samobójczych i samobójstw młodego pokolenia wraz ze wskazaniem przyczyn tego niepokojącego zjawiska oraz ze wskazaniem działań prewencyjnych oraz pomocowych. Potwierdzeniem tej tezy są wypowiedzi ponad 40% ankietowanych co do negatywnej roli telewizji oraz filmów w tym zakresie. Zatem istnieje pilna potrzeba zwrócenia uwagi w przekazie telewizyjnym na problematykę suicydalną młodego pokolenia w kontekście funkcjonowania w rodzinie na tle przemian cywilizacyjnych.
3. Wobec uzyskanych danych w kwestii obecności tematyki zachowań autodestruktywnych u młodzieży w szkoleniach rad pedagogicznych istnieje potrzeba informowania rodziców o szkoleniach kadry nauczycielskiej w tej tematyce. Duża liczba osób, które nie mają zdania może dowodzić, iż nie ma informacji na ten temat. Być może tego typu szkolenia odbywają się na radach pedagogicznych. Respondentami były osoby od studentów poprzez różne profesje m. in. pielęgniarka czy lekarz, którzy nie pracują szkołach, a wielu z nich zapewne są rodzicami.
4. Zagadnienie związane z zajęciami w szkole dla młodzieży dotyczących problemu samookaleczeń i myśli samobójczych pokazuje, iż w opinii ankietowanych nie ma jednoznaczności. Rozkład odpowiedzi wskazuje ambiwalentność: tj. ponad 1/3 twierdzi,

- iz tego typu zajęcia są, a 1/3 twierdzi, iż nie ma, zaś około 1/3 respondentów nie ma zdania na ten temat. Gdyby w tej kwestii przepływ informacji na linii szkoła-rodzice był klarowny uzyskano by bardziej jednoznaczne odpowiedzi. Patrząc z punktu widzenia dobra młodzieży, po pierwsze należy prowadzić tego typu szkolenia w sposób transparentny dla społeczności i po drugie informować rodziców o tego typu działaniach.
5. Odpowiedzi na pytanie czy w szkołach prowadzone są warsztaty dla rodziców dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych, w ocenie respondentów ukazuje smutny obraz, ponieważ blisko połowa z nich uznała, iż tego typu szkoleń nie ma dla rodziców. Zakładając, iż właśnie w domu rodzinnym odbywa się proces socjalizacji pierwotnej, należy zintensyfikować działa edukacyjne rodziców w problematyce samookaleczeń i myśli samobójczych młodzieży. Tutaj należy postulować o ścisłą współpracę pomiędzy szkołą a rodzicami w dobrze pojętym interesie każdej ze stron mając na uwadze przede wszystkim dobro dzieci i młodzieży.
 6. Kwestia dotycząca dostępności pomocy psychologiczno-pedagogicznej w sytuacji kryzysu psychicznego dziecka na terenie szkoły, w opinii badanych jest dobrym prognostykiem, z uwagi na fakt, iż ponad 61% zgadza się z opinią, że pomoc ta funkcjonuje. Można zatem uznać, iż forma tejże pomocy jest najbardziej popularna i nagłośniona.
 7. Sprawa przekazu przez szkołę informacji dotyczących infolinii i pomocowych stron internetowych dzieciom i rodzicom, w opinii ponad połowy respondentów oceniona została pozytywnie. Stan wiedzy respondentów być może wynika z pozytywnego doświadczenia w tej kwestii. Jednak biorąc pod uwagę wahanie blisko ¼ ankietowanych oraz ¼ negujących taki przekaz, należałoby uwzględnić w kampanii promocyjnej rangę tego typu przekazu ze strony szkoły.
 8. Wyniki badań wskazują, że brak zrozumienia i akceptacji nastolatków, a także kryzys rozwojowy – poszukiwanie tożsamości mają najbardziej negatywny wpływ na zjawisko samobójstw wśród nastolatków. Sugeruje się podjąć działania ukierunkowane przede wszystkim na empatię (zrozumienie emocji), słuchanie (bez oceniania i przerywania), budowanie bezwarunkowej akceptacji (docenianie starań bez względu na efekt, unikanie porównań) przede wszystkim ze strony rodziców i nauczycieli.
 9. Na zjawisko samobójstw wśród nastolatków pozytywny wpływ ma wiele czynników. Najważniejsze z nich to dobre relacje z rówieśnikami, a także dobre relacje w rodzinie. Sugeruje się podjęcie działań na rzecz tworzenia okazji do spotkań z rówieśnikami oraz rodziną. Ułatwieniem kontaktu z rówieśnikami będzie m.in. zapraszanie ich do domu, czy umawianie się na wspólne wyjścia, by aktywnie spędzić czas. Również uczestnictwo w zajęciach pozalekcyjnych będzie działało pozytywnie na nastolatków bowiem jest to okazja do poszerzenia grona swoich znajomych. Częste spotkania w rodzinie z kolei pozwalają na modelowanie zachowań, dawanie dobrego przykładu, by innych traktować z szacunkiem i empatią. Również obserwacja w sposób spokojny i rzeczowy rozwiązanych konfliktów w rodzinie pozwoli im naśladować właściwe postawy w trudnych sytuacjach.

10. Nie mniejszą rolę odgrywają również dobre relacje z nauczycielami. Sugeruje się, by nauczyciele mający ogromny wpływ na wychowanie młodych ludzi zwrócili uwagę na styl komunikacji, wzajemne zaufanie. Młodzież docenia nauczycieli, którzy są otwarci na rozmowy, słuchanie – autorytarne podejście do ucznia nie pozwoli zbudować pozytywnych więzi, z kolei traktowanie młodzieży poważnie (bez przesadnego dystansu) będzie sprzyjać współpracy i wzajemnemu zrozumieniu.
11. Badania pokazują, że korzystnie na redukcję zjawiska samobójstw wśród nastolatków wpływa edukacja, zwłaszcza rodziców, nauczycieli, jak i dzieci. Zwrócono szczególną rolę na psychoedukację rodziców w zakresie problemu samookaleczeń i myśli samobójczych nastolatków, podniesienie wiedzy i umiejętności nauczycieli w zakresie zrozumienia i wsparcia uczniów w kryzysie emocjonalnym, a także warsztaty w szkołach dla uczniów dotyczące problemu samookaleczeń i myśli samobójczych (psychoedukacja).
12. Wyniki badań ankietowych wskazują, że łatwy dostęp do służby zdrowia i profilaktyki zdrowia psychicznego jest ważnym czynnikiem mającym pozytywny wpływ na redukcję zjawiska samobójstw wśród nastolatków. Niezbędnym jest więc zapewnienie łatwej i wczesnej interwencji przy zaburzeniach psychicznych nastolatków. Szybkie rozpoznanie problemu może zapobiec ich eskalacji. Zaleca się wzmocnienie dostępu specjalistów tj. psychiatrą dziecięcy, psycholog szkolny, a także skrócić czas oczekiwania na wizyty u specjalistów. Zaleca się tworzenie nowych poradni specjalistycznych i inwestowanie w nowoczesny sprzęt diagnostyczny. Zaleca się zwiększenie liczby psychologów i pedagogów zatrudnionych w szkołach. Ważnym jest również podjęcie działań w zakresie walki ze stygmatyzacją problemów psychicznych.
13. Przynależność nastolatków do wspólnot/klubów zainteresowań pozytywnie wpływa na redukcję zjawiska samobójstw wśród nastolatków. Zaleca się promowanie uczestnictwa w zdrowych grupach rówieśniczych opartych na wzajemnych zainteresowaniach np. drużyna sportowa, klub artystyczny, koło naukowe, a także wspólnot, które działają na rzecz społeczności np. organizacje społeczne. Taka aktywność uczy komunikacji, asertywności i radzenia sobie z presją grupową. Dodatkowo spotkania w zdrowych grupach rówieśniczych pozwalają budować zdrowe relacje, chronią młodzież przed izolacją.
14. Wyniki w szkole – oceny są ważnym czynnikiem przy zjawisku samobójstw wśród nastolatków. Pozytywne wyniki w szkole są źródłem motywacji do dalszej pracy, a także zwiększają pewność siebie. Wpływają również na wzmocnienie uznania otoczenia, a więc również rodziców i nauczycieli, których relacja dla młodego człowieka jest ważna. Zaleca się budowanie zdrowego podejścia wśród nastolatków do nauki poprzez między innymi: pomoc w radzeniu sobie ze stresem (zwłaszcza w środowisku rodzinnym), indywidualne podejście do potrzeb ucznia (zwłaszcza ze strony nauczyciela), tworzenie kół naukowych (motywujących do osiągania lepszych wyników). Ważnym elementem jest również edukowanie ucznia w zakresie samodyscypliny i zarządzania czasem. Zaleca

się stosowanie ocen opisowych, bowiem oceny przedstawione w liczbowej skali prowadzą do porównań i rywalizacji, co nie sprzyja współpracy i wzajemnemu wsparciu.

15. Zaleca się stosowanie profilaktyki uzależnień. Badania wykazały ogromną relację między samobójstwami a uzależnieniami (tj. środki psychoaktywne, alkohol). Wczesne edukowanie nastolatków na temat skutków używania substancji psychoaktywnych oraz alkoholu pozwoli podjąć świadome decyzje, a także rozpoznać ryzykowne sytuacje.
16. Zaleca się również ograniczenie dostępu do gier komputerowych oraz mediów społecznościowych. Edukowanie młodzieży w zakresie skutków zachowań uzależniających np. od gier komputerowych, mediów społecznościowych, a także w zakresie bezpieczeństwa w sieci (cyber zagrożeń). Kolejnym działaniem w zakresie profilaktyki uzależnień powinno być promowanie aktywności fizycznej, zdrowego stylu życia oraz rozwój zainteresowań.

Rozdział 18

Opracowanie zaleceń dotyczących strategii komunikacji i edukacji dla różnych grup demograficznych

18.1. Rekomendacje

18.1.1. Promowanie świadomości i dostępności materiałów edukacyjnych

- W grupach mniej korzystających z dodatkowych materiałów, takich jak studenci, pielęgniarki czy osoby pracujące w sektorze prywatnym, należy wzmocnić promocję materiałów edukacyjnych dotyczących zachowań samobójczych.
- Wyniki z przeprowadzonych badań sugerują, że należy zwiększyć nacisk na promowanie dostępnych materiałów edukacyjnych i informacyjnych niezależnie od wielkości miejscowości, w której znajduje się miejsce pracy lub nauki osób pracujących z młodzieżą. Należy przy tym uwzględnić specyfikę lokalną – większe wsparcie edukacyjne może być potrzebne w małych miejscowościach i wsiach, gdzie zainteresowanie szkoleniami jest większe, ale dostęp do nich może być ograniczony.

18.1.2. Dostosowanie szkoleń do potrzeb zawodowych

- Pedagodzy, psychologowie i pracownicy sektora edukacji są bardziej otwarci na uczestnictwo w szkoleniach. Organizatorzy powinni priorytetowo adresować do nich programy edukacyjne.
- Dla grup zawodowych, takich jak psychoterapeuci i lekarze, należy rozważyć programy szkoleniowe ukierunkowane na specyficzne potrzeby związane z ich pracą.
- Wyniki badań wskazują, że to psychoterapeuci, pedagodzy szkolni oraz psychologowie mają najczęstszy kontakt z osobą nieletnią z doświadczeniem próby samobójczej. W związku z powyższym zaleca się zwiększenie nacisku na częste „odświeżanie” przez daną grupę zawodową specjalistycznej wiedzy, umiejętności interpersonalnych oraz odpowiedniego podejścia do osób nieletnich z próbą samobójczą. Działanie to pomoże w budowaniu właściwej relacji terapeutycznej, a także odpowiedniego wsparcia osób nieletnich przed powtórą próbą samobójczą.
- Należy zwrócić uwagę na umiejętność szczegółowo przeprowadzonego wywiadu (dotyczącego przyczyn próby samobójczej, zachowań autodestrukcyjnych i obecnych

myśli samobójczych) oraz identyfikacji czynników ryzyka (np. depresja, nadużycia, izolacja społeczna, destrukcyjne środowisko rodzinne) czy też czynników ochronnych (np. wsparcie rodziny, zainteresowania).

- Należy wzmocnić umiejętności danych grup zawodowych w zakresie współpracy z rodziną osoby nieletniej z doświadczeniem próby samobójczej (np. pedagodzy szkolni prowadzący edukację rodziców – m.in. w zakresie wsparcie dziecka, rozpoznania przyczyn jego zachowania).
- Wyniki badań wskazują, że również inne zawody mają styczność z nieletnimi z doświadczeniem próby samobójczej. W związku z powyższym zaleca się również podjęcie współpracy międzysektorowej. Zaleca się, by psychoterapeuci, pedagodzy szkolni oraz psychologowie podjęli współpracę z innymi specjalistami, w celu wzmocnienia koordynacji wsparcia.
- Działania wzmacniające umiejętności specjalistów tj. psychoterapeutów, pedagogów szkolnych, psychologów, czy też współpraca międzysektorowa w zakresie zapobiegania próbom samobójczym powinny być priorytetowym działaniem przede wszystkim w dużych i średnich miastach w całej Polsce, a szczególnie w województwach: lubuskie, pomorskie, świętokrzyskie

18.1.3. Wsparcie młodszych grup wiekowych

- Młodsze osoby (do 35 roku życia) rzadziej korzystają z materiałów edukacyjnych. Należy zwiększyć ich zaangażowanie poprzez nowoczesne formy edukacji, takie jak webinary, aplikacje edukacyjne i platformy online.

18.1.4. Wzmacnianie relacji społecznych

- Wspieranie młodzieży w budowaniu silnych więzi społecznych, poczucia własnej
- wartości i otwartości na innych wydaje się być kluczowe w ograniczaniu ryzyka
- zachowań samobójczych. Kształtowanie pozytywnej samooceny i wzmacnianie więzi społecznych to strategie, które mają potencjał ograniczenia ryzyka zachowań samobójczych.
- Budowanie relacji i struktur społecznych (wspólnot, klubów zainteresowań) i dobrych relacji w rodzinie oraz w szkole jest czynnikiem chroniącym. Należy promować te wartości zarówno w edukacji formalnej, jak i w działaniach społecznych.
- Działania prewencyjne powinny być ukierunkowane na rozwijanie umiejętności interpersonalnych i promowanie pozytywnej samooceny wśród młodzieży.

18.1.5. Włączenie studentów i osób z krótkim stażem pracy

- Studenci i osoby rozpoczynające karierę zawodową powinni mieć zapewniony łatwy dostęp do materiałów i szkoleń dotyczących prewencji zachowań samobójczych, ponieważ ich świadomość problemu jest mniejsza.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dotyczącej uczestnictwa w kursach, szkoleniach czy cyklach wykładów na temat samobójstw wśród młodzieży oraz oceny materiałów edukacyjnych rekomenduje się następujące kierunki działań:

1. Zwiększenie dostępności i promocji szkoleń – zdecydowana większość respondentów nie uczestniczyła w takich formach edukacji. Warto rozważyć zwiększenie dostępności i promocji programów szkoleniowych, szczególnie wśród zawodów medycznych i opiekuńczych, gdzie uczestnictwo było najniższe.
2. Specjalistyczne szkolenia dla profesjonalistów – szkolenia powinny być dostosowane do specyficznych potrzeb różnych grup zawodowych np. lekarze i pielęgniarki, którzy rzadziej uczestniczyli w takich szkoleniach, mogliby skorzystać z kursów w zakresie identyfikacji i interwencji w sytuacjach kryzysowych u młodzieży.
3. Ulepszenie jakości materiałów szkoleniowych – należy przeprowadzić przegląd istniejących materiałów i dostosować je tak, aby lepiej odpowiadały na realne potrzeby uczestników szkoleń, z naciskiem na praktyczne umiejętności rozpoznawania i reagowania na zachowania samobójcze.
4. Zwiększenie świadomości na temat problemu – przeprowadzenie kampanii informacyjnych i edukacyjnych wśród profesjonalistów
5. Regularne przeglądy i aktualizacje programów szkoleniowych – programy szkoleniowe powinny być regularnie przeglądane i aktualizowane, aby odpowiadały na najnowsze badania i praktyki w zakresie zdrowia psychicznego młodzieży oraz metod zapobiegania samobójstwom.
6. Włączenie tematyki zdrowia psychicznego do programów edukacyjnych – integracja tematyki zdrowia psychicznego i rozpoznawania zachowań samobójczych w programy edukacyjne dla przyszłych pedagogów, psychologów, lekarzy i pielęgniarek może znacząco zwiększyć poziom wiedzy i przygotowanie zawodowe w tym obszarze.

18.2. Zalecenia dotyczące strategii komunikacji i edukacji w zakresie pomocy specjalistycznej dla młodzieży w kryzysie samobójczym oraz wsparcia dorosłych:

Na podstawie dostępnej literatury oraz wyników ankiety można zalecić:

18.2.1. Działania wspierające rodzinę

Z wyników przeprowadzonych badań wynika, że środowisko rodzinne stanowi kluczowy element wsparcia dla nastolatków. Respondenci wskazali na wyższą skłonność do

zaangażowania rodziny w proces pomocy, co sugeruje istotną rolę rodziny w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych młodzieży. W szczególności, działania wspierające rodzinę powinny być ukierunkowane na obszary wiejskie i małe miasta, w których dostęp do profesjonalnej pomocy może być ograniczony. Ponadto, istotnym czynnikiem w procesie wsparcia jest stwarzanie okazji do wspólnego spędzania czasu, co stanowi ważny element wspierający młodzież w kryzysie emocjonalnym. Zauważalna jest również silna aprobata tej metody wśród osób z dłuższym stażem zawodowym.

Zalecenia

- Zwiększenie zaangażowania rodziny w proces wsparcia nastolatków poprzez organizowanie działań wspierających więzi rodzinne, np. warsztatów, wydarzeń społecznych i rekreacyjnych, które umożliwiają wspólne spędzanie czasu.
- Skupienie się na mniejszych miejscowościach, gdzie dostęp do usług specjalistycznych jest ograniczony, a rodziny mogą pełnić kluczową rolę w procesie wsparcia.
- Wspieranie komunikacji między rodzicami a dziećmi poprzez warsztaty edukacyjne dla rodziców na temat rozpoznawania pierwszych objawów kryzysu samobójczego i metod wsparcia emocjonalnego.
- Tworzenie lokalnych grup wsparcia w małych miejscowościach, aby dzielić się doświadczeniami i wzajemnie motywować do podejmowania działań pomocowych.
- Kanały komunikacji
 - Spotkania i warsztaty lokalne: regularne spotkania w szkołach, domach kultury, ośrodkach zdrowia i innych dostępnych miejscach.
 - Grupy wsparcia online: tworzenie zamkniętych grup na Facebooku lub innych platformach, gdzie rodziny mogą wymieniać się doświadczeniami i poradami.
 - Ulotki: drukowanie materiałów informacyjnych dostępnych w lokalnych instytucjach (np. szkołach, przychodniach, ośrodkach kultury), które zawierają informacje o dostępnych formach pomocy.

18.2.2 Edukacja mężczyzn w obszarze troski o zdrowie psychiczne

Badania wykazują konieczność budowania świadomości wśród mężczyzn na temat korzyści płynących z uczestnictwa nastolatków w psychoterapii. Wyniki jednoznacznie wskazują, że mężczyźni wyrażają większą nieufność wobec tej formy wsparcia, co może prowadzić do ograniczenia możliwości korzystania przez młodzież z tej istotnej metody pomocy. Opór wobec psychoterapii w tej grupie może wynikać z głęboko zakorzenionych norm kulturowych, które w tradycyjnych rolach mężczyzn często wymagają samodzielnego stawiania czoła trudnościom emocjonalnym. Zatem kluczowe jest podejmowanie działań edukacyjnych i destygmatyzujących tę formę wsparcia wśród mężczyzn.

Zalecenia

- Zwiększenie świadomości mężczyzn na temat roli wsparcia psychologicznego w radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi, szczególnie w kontekście pomocy młodzieży.
- Organizowanie kampanii edukacyjnych, które podkreślają, że korzystanie z psychoterapii nie jest oznaką słabości, ale odwagi i dbałości o dobrostan emocjonalny.
- Włączenie mężczyzn w dyskusje na temat emocji i sposobów ich wyrażania, szczególnie w kontekście wychowania dzieci i młodzieży w kryzysie.
- **Kanały komunikacji:**
 - Spotkania i warsztaty z mężczyznami: organizowanie wydarzeń, które ukierunkowane są na specyficzne potrzeby tej grupy, np. spotkania w klubach sportowych, męskich grupach wsparcia.
 - Media społecznościowe: tworzenie kampanii w mediach społecznościowych, takich jak Instagram i Facebook, z wykorzystaniem tzw. influencerów, którzy angażują mężczyzn w tematykę wsparcia psychologicznego.
 - Podcasty i webinary: produkowanie podcastów i webinarów, które poruszają temat męskości, emocji i psychoterapii, z udziałem ekspertów oraz osób z doświadczeniem w tym zakresie.

18.2.3. Działania psychoedukacyjne kierowane do osób starszych (rozwijanie ich kompetencji w zakresie wspierania młodzieży)

Młodzież, w porównaniu do osób w wieku dojrzałym (65+), wykazuje większą gotowość do korzystania ze wsparcia ze strony rodziców i pedagogów. Zjawisko to może być wynikiem różnic pokoleniowych oraz odmiennych doświadczeń życiowych obu grup. W związku z tym warto podjąć działania psychoedukacyjne skierowane do osób starszych, mające na celu rozwijanie ich kompetencji w zakresie wspierania młodzieży. Odpowiednia edukacja seniorów może przyczynić się do wzrostu ich otwartości na rozmawianie o kryzysach emocjonalnych młodzieży oraz pomoc w dzieleniu się własnymi doświadczeniami z rodzicami i pedagogami, co stanowi istotny element w zapobieganiu pogłębianiu się kryzysów emocjonalnych.

Zalecenia

- Prowadzenie kampanii edukacyjnych skierowanych do osób starszych, mających na celu zwiększenie ich świadomości na temat kryzysów samobójczych wśród młodzieży i roli, jaką mogą odegrać w ich zapobieganiu.
- Zachęcanie starszych osób do otwartości w kwestii rozmowy z młodzieżą o emocjach i kryzysach.
- Zwiększenie współpracy pomiędzy pedagogami, psychologami a seniorami w zakresie wspierania młodzieży w kryzysie.

- **Kanały komunikacji:**

- Spotkania międzypokoleniowe: organizowanie spotkań, które umożliwiają wymianę doświadczeń między pokoleniami (np. seniorzy w roli mentorów młodszych osób) lub wolontariat.
- Broszury i materiały edukacyjne: dostarczanie materiałów edukacyjnych o kryzysach emocjonalnych młodzieży oraz sposobach ich rozwiązywania, które będą dostępne w lokalnych domach kultury, bibliotekach czy przychodniach.
- Spotkania edukacyjne: edukacja seniorów w zakresie wsparcia rodziców i młodzieży w obszarze troski o zdrowie psychiczne.

18.2.4. Zwiększenie dostępności do pomocy psychologicznej oraz świadomości o możliwościach wsparcia

Z przeprowadzonych badań wynika, że zarówno dostępność, jak i świadomość istnienia możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej w lokalnym środowisku mają znaczący wpływ na decyzję o podjęciu tej formy wsparcia. Wiedza o dostępnych opcjach terapeutycznych znacząco zwiększa skłonność do skorzystania z profesjonalnej pomocy, co jest kluczowe w procesie wychodzenia z kryzysu samobójczego. W związku z tym, konieczne jest podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności usług psychologicznych oraz budowanie społecznej świadomości na temat możliwości skorzystania z takiego wsparcia.

Zalecenia

- Rozbudowa infrastruktury zdrowia psychicznego w małych miejscowościach, w tym rozszerzenie dostępności do psychoterapeutów, psychologów i innych specjalistów.
- Kampanie informacyjne, które podkreślają dostępność pomocy w lokalnych społecznościach, np. w przychodniach, ośrodkach zdrowia, szkołach.
- Ułatwienie młodzieży i dorosłym dostępu do telefonów zaufania, infolinii, aplikacji mobilnych i platform online, które umożliwiają szybkie skontaktowanie się z specjalistami.
- **Kanały komunikacji:**
 - Lokalne media i plakaty: plakaty, ulotki, ogłoszenia w lokalnych gazetach i stacjach radiowych, które informują o dostępnych formach pomocy.
 - Internet: stworzenie strony internetowej i aplikacji mobilnych, które zawierają informacje o dostępnych specjalistach i formach wsparcia psychologicznego.
 - Debaty: poświęcone reformie zdrowia psychicznego zwiększającej dostępność do specjalistów.

1.2.5. Kreatywne podejście do edukacji o rozpoznawaniu kryzysu samobójczego i wsparcia rówieśniczego

Badania ujawniają, że większość respondentów nie ma jasnych pomysłów na kreatywne i efektywne przekazywanie wiedzy oraz budowanie świadomości na temat możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej, które umożliwiłyby rozpoznawanie zachowań poprzedzających samobójstwo. Respondenci, którzy wskazali konkretne rozwiązania, sugerują przede wszystkim organizowanie szkoleń, warsztatów i lekcji w szkołach, które mogłyby zwiększyć wiedzę na temat kryzysów emocjonalnych wśród młodzieży. Zauważalna jest również potrzeba pracy nad rozwojem modelu wsparcia rówieśniczego, który, mimo że pojawił się rzadko w odpowiedziach, stanowi istotny element w procesie rozpoznawania kryzysów samobójczych oraz udzielania pomocy psychologicznej. W związku z tym, konieczne jest większe zaangażowanie w rozwój programów wsparcia rówieśniczego jako skutecznej metody w rozpoznawaniu i reagowaniu na kryzysy emocjonalne wśród młodzieży.

Zalecenia

- Prowadzenie programów edukacyjnych w szkołach na temat rozpoznawania objawów kryzysu samobójczego oraz metod udzielania wsparcia, w tym wsparcia rówieśniczego.
- Tworzenie programów szkoleń i warsztatów dla młodzieży, nauczycieli, rodziców i specjalistów, które pomogą w rozpoznawaniu kryzysów emocjonalnych u młodych ludzi.
- Zwiększenie zaangażowania młodzieży w kampanie edukacyjne dotyczące wsparcia rówieśniczego, np. poprzez angażowanie ich w organizowanie wydarzeń edukacyjnych w szkołach.
- **Kanały komunikacji**
 - Szkolenia i warsztaty: organizowanie szkoleń dla nauczycieli, rodziców oraz młodzieży, które będą miały formę interaktywnych warsztatów.
 - Media społecznościowe: promowanie inicjatyw młodzieżowych w zakresie wsparcia rówieśniczego w mediach społecznościowych (np. Tik Tok, Instagram), które mogą przyciągnąć młodsze osoby.
 - Programy telewizyjne i spoty reklamowe: produkowanie materiałów wideo, które będą dotyczyły tematów związanych z pomocą rówieśniczą i emocjonalną młodzieży.

Autorzy raportu

Zespół Doradczy powołany do realizacji projektu przez Rektora Szkoły Głównej Mikołaja Kopernika a Warszawie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Anna Antosik-Wójcińska – Przewodnicząca Zespołu
- 2) prof. dr hab. Adam Kobayashi
- 3) prof. dr hab. Jolanta Łodzińska
- 4) prof. dr hab. n. med. Andrzej Rynkiewicz
- 5) dr n. med. Monika Dominiak
- 6) dr Marcin Zarzecki
- 7) dr Mariusz Kuryłowicz
- 8) dr Robert Czerniak
- 9) dr Michał Leśniak
- 10) dr Jakub Morze
- 11) dr Anna Płatek
- 12) dr Jarosław Rychlik
- 13) mgr Partyk Kaleta
- 14) mgr Edyta Hołodniuk – obsługa administracyjna Projektu
- 15) mgr Patryk Wesołowski
- 16) mgr Ewa Ostrouch
- 17) mgr Sylwia Majewska
- 18) mgr Eliza Masny