

Analiza opinii młodzieży na temat profilaktyki samobójstw

Analysis of adolescents' opinions on suicide prevention

Aleksandra Kielan¹, Ilona Cieślak², Joanna Skonieczna¹,
Dominik Olejniczak¹, Karolina Jabłkowska-Górecka¹,
Mariusz Panczyk², Joanna Gotlib², Bożena Walewska-Zielecka¹

¹ Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Summary

Aim. The aim of the study is to investigate the views of adolescents aged 16–19, attending public high schools in Warsaw, on effectiveness of suicide prevention.

Material and method. The studied population covered adolescents aged 16–19 back in 2015 ($M = 17.29$; $SD = 0.94$). The respondents attended eight public high schools in Warsaw in eight different districts. The study group was representative. 1,439 respondents participated in the study – 821 girls (57.1%) and 592 boys (41.1%). PAPI method was used in the conducted study. The questionnaire consisted of 34 questions.

Results. In most cases respondents did not know whether there was an organized system of suicide prevention in Poland (42.0%), however, a large proportion of the respondents (39.7%) was aware of nonexistence of such a system in Poland. The respondents considered the activity of a school (46.7%), the Church (38.3%) and the police (55.9%) in the field of suicide prevention ineffective, the activity of health care institutions (47.7%) and the media (46.6%) hardly effective, while the family was considered effective (70.9%). Persons who perceive significant role of the Church in suicide prevention at the same time indicate considerable share of the family and a much lesser role of the remaining institutions.

Conclusions. 1) More than 1/3 of studied adolescents realize that there is no integrated system of suicide prevention; 2) The family, according to high school students, plays the greatest role in preventing self-destructive behaviors; 3) There is a need of greater involvement of schools, the Church, the police, health care institutions and the media in education and raising adolescents' awareness in the field of self-destructive behaviors.'

Słowa kluczowe: młodzież, zachowania samobójcze, profilaktyka

Key words: adolescents, suicidal behaviors, prevention

Wstęp

Duża skala zjawiska samobójstw oraz fakt, że można im zapobiegać, daje podstawę do podjęcia działań mających na celu pomoc ludziom doświadczającym sytuacji kryzysowej. Próba samobójcza może być formą poszukiwania pomocy, a nie wyrazem pragnienia śmierci. Konkretnie działania powinny być dostosowane do motywów decyzji o próbie samobójczej, jak również do kondycji biologicznej, psychicznej, społecznej, kulturowej, ekonomicznej i przestrzennej osoby, która znalazła się grupie osób zagrożonych podjęciem próby samobójczej [1]. Według Światowej Organizacji Zdrowia opracowanie i implementacja Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom stanowi podstawową interwencję o udowodnionej efektywności [2]. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakładał, że do 2015 roku w Polsce zostanie opracowany i wdrożony Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom [3, 4]. Do chwili obecnej cel ten nie został osiągnięty. W Polsce dotychczas prowadzone były trzy lokalne programy zapobiegania samobójstwom:

1. Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży w Łodzi (prowadzony w latach 2006–2008).
2. Warszawski Program Edukacyjno-Profilaktyczny w zakresie zachowań autoagresywnych wśród młodzieży (realizowany w latach 2007–2009).
3. Zapobieganie Depresji i Samobójstwom w powiecie tatrzańskim na lata 2009–2013 [5].

Przy tworzeniu programu profilaktycznego należy zwrócić szczególną uwagę na dobór grupy docelowej. Pierwszym etapem powinno być przeprowadzenie badania oraz wywiadu środowiskowego, które pozwolą na zaprojektowanie działań dostosowanych do odbiorców [6]. Istnieje konieczność opracowania i implementacji w Polsce Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom, który będzie oparty na realnych potrzebach polskiego społeczeństwa.

Celem niniejszej pracy jest poznanie opinii młodzieży w wieku 16–19 lat, uczęszczającej do warszawskich publicznych liceów ogólnokształcących, na temat efektywności profilaktyki samobójstw¹.

Material

Populacja badana obejmowała młodzież w wieku 16–19 lat ($M = 17,29$; $SD = 0,94$), która uczęszczała do warszawskich publicznych liceów ogólnokształcących. Próba badana była reprezentatywna dla Warszawy. W badaniu wzięło udział 1439 respondentów – 821 kobiet (57,1%) i 592 mężczyzn (41,1%). Wśród respondentów 145 osób (10,1%) było w wieku 19 lat, 436 osób (30,3%) w wieku 18 lat, 491 osób (34,1%) w wieku 17 lat, 327 osób (22,7%) w wieku 16 lat, a 40 osób (2,8%) nie podało takiej informacji. Ponad 70% respondentów zamieszkiwało Warszawę, 19,5% – miasto inne

¹ Artykuł prezentuje drugą część wyników badania opisanego w artykule Kielan i wsp., *Analiza opinii młodzieży na temat czynników ryzyka popełnienia samobójstwa*. *Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST* Nr 86: 1–9.

niż Warszawa, 109 (7,6%) wsie, a 31 respondentów (2,1%) nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące miejsca zamieszkania. Respondenci uczęszczali do liceów znajdujących się na Żoliborzu (28,8%), Targówku (18,8%), w Wilanowie (18,4%), Wawrze (15,4%), Rembertowie (8,5%), Ursusie (5,1%) oraz na Pradze Północ (5,0%).

Metoda

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od lutego do grudnia 2015 roku. Na podstawie danych dostępnych na stronie internetowej Biura Edukacji Miasta Stołecznego Warszawy utworzono operat losowania, który obejmował wszystkie warszawskie publiczne licea ogólnokształcące (91 jednostek) pogrupowane według dzielnicy, w której się znajdują. Jednostki zakwalifikowane do próby badawczej zostały dobrane metodą doboru losowego warstwowego. Pierwszym etapem doboru próby było wylosowanie dzielnic zakwalifikowanych do udziału w badaniu. Wylosowano siedem dzielnic Warszawy: Pragę Północ, Rembertów, Targówek, Ursus, Wawer, Wilanów, Żoliborz. Następny etap polegał na wylosowaniu jednego liceum z każdej dzielnicy. W przypadku gdy dyrekcja liceum nie wyraziła zgody na przeprowadzenie badania, z operatu była losowana kolejna jednostka w danej dzielnicy. Losowanie w obrębie określonej warstwy odbywało się za pomocą metody doboru losowego prostego.

Kwestionariusz wypełniany był przez uczniów liceów, którzy mieli zgodę rodziców na udział w badaniu. Badanie było koordynowane i osobiście przeprowadzane przez autora niniejszej pracy przy współpracy z pedagogiem i psychologiem szkolnym. Miało ono charakter dobrowolny i anonimowy. Konkretny plan przeprowadzenia badania w danym liceum był wyznaczany przez dyrekcję placówki. W poszczególnych klasach odbywało się ono podczas godzin lekcyjnych. Badanie zostało przeprowadzone metodą PAPI (*Paper and Pen Personal Interview*), z użyciem kwestionariusza autorstwa H. Malickiej-Gorzelańczyk, dostosowanego i wykorzystanego na potrzeby badania za zgodą autorki narzędzia. Kwestionariusz składał się z czterech części: pytań dotyczących skali problemu, uwarunkowań, profilaktyki zachowań samobójczych oraz pytań metryczkowych, i łącznie zawierał 34 pytania w formie zamkniętej, półotwartej i otwartej. Badanie trwało około 20 minut.

Zebrane dane zostały zanalizowane z wykorzystaniem programu statystycznego IBM SPSS Statistics 23. Do weryfikacji hipotez dla zmiennych wyrażonych na skali nominalnej użyto nieparametrycznego testu χ^2 Pearsona (uwzględniono warunek Cochran'a) [7]. W przypadku skali porządkowej w zależności od liczby porównywanych grup zastosowano nieparametryczny test U Manna–Whitneya (2 grupy) lub ANOVA Kruskala–Wallisa (> 2 grupy) z testem post-hoc Dunna. Siłę zależności w zależności od użytego testu – ustalono za pomocą współczynnika V Craméra, korelacji dwuseryjnej Glassa (r) lub eta-kwadrat (η^2) [8]. Do oceny współzależności między opiniami na temat roli różnych instytucji państwowych, Kościoła oraz rodziny w zapobieganiu samobójstwom użyto eksploracyjnej analizy czynnikowej [9]. Dla wszystkich analiz wartość $p < 0,05$ przyjęto za istotną statystycznie.

Wyniki

Uczniowie uczęszczający do liceum w Wawrze (46,2%), Wilanowie (45,3%), Ursusie (44,3%) i Rembertowie (42,6%) istotnie częściej wykazali niewiedzę na temat istnienia w Polsce zorganizowanego systemu zapobiegania samobójstwom. Respondenci, których liceum znajdowało się na Pradze Północ (45,8%), Targówku (45,5%) i Żoliborzu (46,1%), najczęściej byli zdania, że taki system nie istnieje ($\chi^2(12, N = 1430) = 43,678; p < 0,001$); (Cramér's $V = 0,124$) (tab. 1).

Tabela 1. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoim zdaniem istnieje w Polsce zorganizowany system zapobiegania samobójstwom?” w zależności od dzielnicy, w której znajduje się liceum respondentów

Czy Twoim zdaniem istnieje w Polsce zorganizowany system zapobiegania samobójstwom?	Dzielnica (n / %)							
	Wawer	Wilanów	Ursus	Praga Północ	Targówek	Rembertów	Żoliborz	Ogółem
Tak	38/17,0%	64/24,0%	17/24,3%	9/12,5%	27/10,2%	32/26,2%	75/18,2%	262/18,3%
Nie	82/36,8%	82/30,7%	22/31,4%	33/45,8%	120/45,5%	38/31,2%	190/46,1%	567/39,7%
Nie wiem	103/46,2%	121/45,3%	31/44,3%	30/41,7%	117/44,3%	52/42,6%	147/35,7%	601/42,0%
Ogółem	223/100,0%	267/100,0%	70/100,0%	72/100,0%	264/100,0%	122/100,0%	412/100,0%	1430/100,0%
p*	< 0,001							

* Wynik istotności testu χ^2 . Źródło: opracowanie własne.

Bez względu na płeć respondenci uważali, że szkoła jest nieskuteczna w zakresie zapobiegania samobójstwom (46,7%). Zarówno dziewczęta, jak i chłopcy w porównywalnym stopniu postrzegają rolę szkoły jako instytucji zdolnej wpływać na zapobieganie samobójstwom ($Z = 0,126; p = 0,889; r = 0,003$) (tab. 2).

Tabela 2. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Jak szkoła wpływa na zapobieganie samobójstwom?” w zależności od płci respondentów

Jak szkoła wpływa na zapobieganie samobójstwom?	Płeć (n / %)		
	K	M	Ogółem
Skutecznie	59 / 7,1%	57 / 9,6%	116 / 8,2%
Mało skutecznie	337 / 40,8%	207 / 35,0%	544 / 38,3%
Nieskutecznie	384 / 46,4%	278 / 47,0%	662 / 46,7%
Ogółem	780 / 100,0%	542 / 100,0%	1322 / 100,0%
p*	0,899		

* Wynik istotności testu U Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Uczniowie uczęszczający do liceów znajdujących się w Wawrze (36,0%), Wilanowie (35,7%), Ursusie (41,1%), na Targówku (41,3%), w Rembertowie (33,3%) i na

Żoliborzu (44,8%) uważali, że Kościół nie przyczynia się do zapobiegania samobójstwom. Połowa badanych uczniów z liceum na Pradze Północ uważała, że Kościół skutecznie wpływa na profilaktykę zachowań samobójczych. Opinia ta jest w znacznie mniejszym stopniu reprezentowana wśród uczniów z pozostałych dzielnic Warszawy ($H = 50,822$; $p = 0,000$; $\eta^2 H = 0,036$) (tab. 3). Wartości prawdopodobieństwa dla testu post-hoc Dunna wskazały, że najwyższą średnią rang odnotowano dla odpowiedzi respondentów z Pragi Północ ($R = 888,01$) (największa dominacja odpowiedzi „skuteczne”), a najniższą dla respondentów z Ursusa ($R = 579,98$) (największa dominacja odpowiedzi „nieskuteczne”).

Tabela 3. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Jak Kościół wpływa na zapobieganie samobójstwom?” w zależności od dzielnicy, w której znajduje się liceum respondentów

Jak Kościół wpływa na zapobieganie samobójstwom?	Dzielnica (n / %)							
	Wawer	Wilanów	Ursus	Praga Północ	Targówek	Rembertów	Żoliborz	Ogółem
Skutecznie	55/24,8%	54/20,5%	9/12,3%	36/50,0%	38/14,7%	26/21,2%	66/16,3%	284/20,1%
Mało skutecznie	65/29,3%	82/31,2%	25/34,3%	15/20,8%	85/32,8%	40/32,5%	116/28,7%	428/30,2%
Nieskutecznie	80/36,0%	94/35,7%	30/41,1%	10/13,9%	107/41,3%	41/33,3%	181/44,8%	543/38,3%
Ogółem	200/100,0%	230/100,0%	64/100,0%	61/100,0%	230/100,0%	107/100,0%	363/100,0%	1255/100,0%
p*	0,000							

* Wynik istotności testu ANOVA rang Kruskala–Wallisa. Źródło: opracowanie własne.

Badani, którzy nie mieli rodzeństwa (42,2%), mieli jednego brata/jedną siostrę (37,7%) lub dwójkę rodzeństwa (37,8%) uważali, że działania Kościoła zapobiegające samobójstwom są nieskuteczne. Respondenci posiadający troje i więcej rodzeństwa postrzegali działalność Kościoła jako skuteczną w badanym aspekcie (33,3%). Uczniowie posiadający troje lub więcej rodzeństwa częściej postrzegają Kościół jako instytucję skutecznie wpływającą na zapobieganie samobójstwom w porównaniu z opiniami uczniów z mniejszą liczbą rodzeństwa lub jedynaków ($H = 10,671$; $p = 0,014$; $\eta^2 H = 0,006$) (tab. 4). Wartości prawdopodobieństwa dla testu post-hoc Dunna wskazały, że najwyższą średnią rang odnotowano dla odpowiedzi respondentów posiadających troje rodzeństwa lub więcej ($R = 704,66$) (największa dominacja odpowiedzi „skuteczne”), a najniższą dla respondentów bez rodzeństwa ($R = 583,01$) (największa dominacja odpowiedzi „nieskuteczne”).

Tabela 4. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Jak Kościół wpływa na zapobieganie samobójstwom?” w zależności od tego, czy badany ma rodzeństwo

Jak Kościół wpływa na zapobieganie samobójstwom?	Rodzeństwo (n / %)				Ogółem
	Tak, jednego brata/jedną siostrą	Tak, dwoje rodzeństwa	Tak, troje lub więcej rodzeństwa	Nie mam rodzeństwa	
Skutecznie	146 / 19,8%	46 / 19,1%	42 / 33,3%	48 / 16,0%	282 / 20,1%
Mało skutecznie	229 / 31,1%	76 / 31,5%	32 / 25,4%	88 / 29,2%	425 / 30,3%
Nieskutecznie	278 / 37,7%	91 / 37,8%	42 / 33,3%	127 / 42,2%	538 / 38,3%
Ogółem	653 / 100,0%	213 / 100,0%	116 / 100,0%	263 / 100,0%	1245 / 100,0%
p*	0,014				

* Wynik istotności testu ANOVA rang Kruskala–Wallisa. Źródło: opracowanie własne.

Bez względu na płeć respondenci najczęściej twierdzili, że działania mające na celu zapobieganie samobójstwom prowadzone przez Kościół są nieskuteczne (38,3%). Chłopcy częściej postrzegają Kościół jako instytucję skutecznie wpływającą na zapobieganie samobójstwom w porównaniu z opinią wyrażaną w tym zakresie przez dziewczęta ($Z = 3,810$; $p = 0,000$; $r = 0,108$) (tab. 5).

Tabela 5. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Jak Kościół wpływa na zapobieganie samobójstwom?” w zależności od płci respondentów

Jak Kościół wpływa na zapobieganie samobójstwom?	Płeć (n / %)		
	K	M	Ogółem
Skutecznie	134 / 16,3%	148 / 25,3%	282 / 20,0%
Mało skutecznie	253 / 30,7%	173 / 29,6%	426 / 30,3%
Nieskutecznie	338 / 41,0%	202 / 34,6%	540 / 38,3%
Ogółem	725 / 100,0%	523 / 100,0%	1248 / 100,0%
p*	0,000		

* Wynik istotności testu U Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Bez względu na płeć respondenci uważali, że rodzina jest skuteczna w zakresie zapobiegania samobójstwom (70,9%). Opinie badanych odnośnie roli rodziny w zapobieganiu samobójstwom nie różniły się istotnie między grupą dziewcząt i chłopców ($Z = 0,393$; $p = 0,694$; $r = 0,011$) (tab. 6).

Tabela 6. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Jak rodzina wpływa na zapobieganie samobójstwom?” w zależności od płci respondentów

Jak rodzina wpływa na zapobieganie samobójstwom?	Płeć (n / %)		
	K	M	Ogółem
Skutecznie	571 / 70,7%	417 / 71,3%	988 / 70,9%
Mało skutecznie	185 / 22,9%	119 / 20,3%	304 / 21,8%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Nieskutecznie	26 / 3,2%	25 / 4,3%	51 / 3,7%
Ogółem	782 / 100,0%	561 / 100,0%	1343 / 100,0%
p*	0,694		

* Wynik istotności testu *U* Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Bez względu na płeć respondenci uważali, że jednostki opieki zdrowotnej są mało skuteczne (47,7%) ($U = 220\ 027,0$; $Z = 2,943$; $p = 0,003$) (tab. 7), a policja (55,9%) ($U = 231\ 850,5$; $Z = 1,626$; $p = 0,104$) jest nieskuteczna w zakresie zapobiegania samobójstwom (tab. 8). Dziewczęta postrzegały media jako mało skuteczne (46,6%), natomiast chłopcy jako nieskuteczne w tym zakresie (56,1%) ($U = 201\ 930,5$; $Z = 5,845$; $p = 0,000$) (tab. 9).

Tabela 7. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Jak jednostki opieki zdrowotnej wpływają na zapobieganie samobójstwom?” w zależności od płci respondentów

Jak jednostki opieki zdrowotnej wpływają na zapobieganie samobójstwom?	Płeć (n / %)		
	K	M	Ogółem
Skutecznie	243 / 32,1%	144 / 27,1%	387 / 30,0%
Mało skutecznie	368 / 48,5%	247 / 46,4%	615 / 47,7%
Nieskutecznie	147 / 19,4%	141 / 26,5%	288 / 22,3%
Ogółem	758 / 100,0%	532 / 100,0%	1290 / 100,0%
p*	0,003		

* Wynik istotności testu *U* Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Jak policja wpływa na zapobieganie samobójstwom?” w zależności od płci respondentów

Jak policja wpływa na zapobieganie samobójstwom?	Płeć (n / %)		
	K	M	Ogółem
Skutecznie	60 / 7,9%	52 / 9,8%	112 / 8,7%
Mało skutecznie	288 / 38,1%	167 / 31,6%	455 / 35,4%
Nieskutecznie	408 / 54,0%	310 / 58,6%	718 / 55,9%
Ogółem	756 / 100,0%	529 / 100,0%	1285 / 100,0%
p*	0,104		

* Wynik istotności testu *U* Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9. Rozkład częstości odpowiedzi na pytanie: „Jak media wpływają na zapobieganie samobójstwom?” w zależności od płci respondentów

Jak media wpływają na zapobieganie samobójstwom?	Płeć (n / %)		
	K	M	Ogółem
Skutecznie	112 / 14,6%	37 / 6,9%	149 / 11,5%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Mało skutecznie	356 / 46,6%	197 / 37,0%	553 / 42,6%
Nieskutecznie	297 / 38,8%	299 / 56,1%	596 / 45,9%
Ogółem	765 / 100,0%	533 / 100,0%	1298 / 100,0%
p*	0,000		

* Wynik istotności testu *U* Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Opinia respondentów na temat znaczenia poszczególnych instytucji rozkłada się na dwa czynniki. Osoby, które upatrują znaczącej roli Kościoła, jednocześnie wskazują na znaczący udział rodziny w zapobieganiu samobójstwom, a w dużo mniejszym stopniu innych z wymienionych instytucji. Natomiast osobny czynnik stanowią opinie, które upatrują znaczącej roli policji, mediów, szkoły oraz jednostek opieki zdrowotnej (tab. 10).

Tabela 10. Analiza współzależności dla opinii respondentów na temat wpływu instytucji na zapobieganie samobójstwom

Jak poszczególne jednostki wpływają na zapobieganie samobójstwom?	Czynnik 1	Czynnik 2
Szkoła	0,618	0,115
Kościół	-0,045	0,832
Rodzina	0,293	0,669
Jednostki opieki zdrowotnej	0,606	0,275
Policja	0,717	0,082
Media	0,631	-0,114

* Ładunki czynnikowe po rotacji ortogonalnej metodą Varimax. Źródło: opracowanie własne.

Omówienie wyników

Największa część respondentów badania własnego (42,0%) ujawniła, że nie wie, czy w Polsce istnieje zorganizowany system zapobiegania samobójstwom, 39,8% ogółu stwierdziło, że takiego systemu nie ma, a 18,2% – że taki system funkcjonuje. W badaniu Malickiej-Gorzelańczyk więcej respondentów było zdania, że takiego systemu nie ma (42,6%), 30,7% badanych przyznało, że nie ma wiedzy na ten temat, a 26,7%, uważało, że taki system istnieje [10]. W ciągu ostatnich lat nie uległa poprawie profilaktyka samobójstw prowadzona w Polsce. Pomimo iż statystyki wskazują na rosnącą liczbę takich zdarzeń, zagadnienie to nie stanowi priorytetu w polityce zdrowotnej i społecznej Polski. Zarówno współczesna młodzież, jak i ta ankietowana w latach 1992–1993 przez Malicką-Gorzelańczyk trafnie oceniła, że Polska nie posiada systemu zapobiegania samobójstwom. Bardzo duża część młodzieży podała, że nie wie, czy taki system istnieje.

Szkoła jest odpowiedzialna za edukację i socjalizację dzieci i młodzieży, przez co dysponuje wieloma narzędziami, które mogą przyczynić się do pozytywnych

zmian w zachowaniach zdrowotnych uczniów [11]. Jak wynika z raportu Światowej Organizacji Zdrowia, opartego na systemie dowodów naukowych (*Health Evidence Network*), który zawiera analizę dostępnych strategii profilaktyki samobójstw, szkolne programy prewencyjne, koncentrujące się na zmianie zachowań i strategiach radzenia sobie z problemami, należą do działań o udowodnionej wysokiej skuteczności [12]. Przykładem skutecznego, szeroko prowadzonego szkolnego programu zapobiegania samobójstwom jest projekt *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) – przeprowadzony na grupie nastolatków w 11 krajach europejskich, odznaczał się wysoką efektywnością (odnotowano 50% spadek wskaźnika podejmowanych prób samobójczych wśród młodzieży biorącej w nim udział, w porównaniu z grupą kontrolną nieuczestniczącą w programie) [13]. W badaniu własnym działania szkoły w zakresie profilaktyki samobójstw okazały się dla uczniów nieskuteczne (46,6%) bądź mało skuteczne (38,4%). Respondenci Malickiej-Gorzelańczyk również uważali działania prowadzone przez szkołę za mało skuteczne (37,8%) i nieskuteczne (34,7%) [10]. Pomimo naukowo udowodnionej skuteczności szkoły w zakresie zapobiegania samobójstwom instytucja ta jest postrzegana przez badanych uczniów jako niespełniająca przypisywanej jej roli. Obecny stan może być spowodowany negatywnymi doświadczeniami młodzieży licealnej związanymi z programami, w których brała udział lub z ich brakiem. Możliwości szkolnych programów profilaktycznych nie były i nie są odpowiednio wykorzystywane w Polsce.

Kościół odgrywa ważną rolę zarówno w prewencji, jak i postwencji zachowań samobójczych. Życie religijne toczy się najczęściej w społeczeństwie ludzi o podobnych poglądach, którzy wspierają się w razie wystąpienia problemów duchowych. Czynniki społeczne (wzajemna troska członków zgromadzenia), etyczne rozważania (człowiek nie ma prawa odbierać sobie życia) oraz strach przed gniewem Bożym stanowią ochronę skutki religijności. Współczynniki dokonanych samobójstw są niższe w krajach uważanych za bardzo religijne niż w krajach, gdzie nastąpiła sekularyzacja [1]. Z przeprowadzonego badania własnego wynika, że istotnie statystycznie największa część uczniów postrzegala działania profilaktyczne Kościoła w badanym zakresie za nieskuteczne (38,3%) lub mało skuteczne (30,2%). Pozytywną opinię na temat działalności profilaktycznej Kościoła mieli uczniowie z Pragi Północ (50%), jak również osoby posiadające troje rodzeństwa lub więcej (33,9%), co może sugerować, że wśród nich odsetek osób wierzących, przypisujących wysoką wartość Kościołowi, jest wyższy niż w ogólnej próbie. W badaniu Malickiej-Gorzelańczyk większość młodzieży także uważała, że działania prowadzone przez Kościół w celu zapobiegania samobójstwom są nieskuteczne (29,7%) lub mało skuteczne (29,7%) [10]. Można przypuszczać, że respondenci nie uważają Kościoła za instytucję, na której spoczywa odpowiedzialność za prowadzenie działań profilaktycznych mających na celu poprawę kondycji psychicznej młodzieży. Dane wskazują, że między rokiem 1992 a 2015 ocena prewencyjnej roli Kościoła wśród młodzieży uległa pogorszeniu.

Badanie własne wykazało również, że osoby, które postrzegały Kościół jako jednostkę skuteczną w zapobieganiu samobójstwom, również wysoko oceniały w tym zakresie rolę rodziny. Chłopcy częściej postrzegają Kościół jako instytucję skutecznie wpływającą na zapobieganie samobójstwom w porównaniu z opinią wyrażaną przez

dziewczęta. Zależność ta może być związana z różnicami występującymi między płciami w zakresie religijności [14], ale również może być to związane z nieuwzględnieniem w badaniu zmiennej dotyczącej wyznawanej przez respondentów wiary.

Rodzina, dom jest dla dziecka miejscem, w którym powinno się czuć bezpiecznie, z którego czerpie pozytywne wartości i w którym przygotowuje się do przyszłego, dorosłego życia. Istotne jest, aby dorośli, którzy tworzą rodzinę, byli świadomi, jak ważną funkcję pełnią. Warto zwracać uwagę młodych ludzi na autorytety moralne, właściwe wartości oraz dbać o ich prawidłowy rozwój psychiczny i społeczny. W niesieniu pomocy osobom z tendencjami samobójczymi znacząca może być rola rodziców, o ile świadomie obserwując i znając problemy swoich dzieci, zgłoszą się w odpowiednim momencie o pomoc do profesjonalistów [15]. W badaniu własnym ponad $\frac{2}{3}$ respondentów (70,9%) przyznało, że postrzega rodzinę jako skuteczną w zakresie zapobiegania samobójstwom. W badaniu Malickiej-Gorzelańczyk młodzież (51,5%) również zwróciła uwagę na ważną rolę rodziny w profilaktyce zachowań autodestrukcyjnych [10]. Porównanie tych wyników wskazuje, że rodzina umocniła swoją pozycję jako najskuteczniejsza jednostka zapobiegająca zachowaniom suicydalnym. Potwierdzeniem tych wyników jest uplasowanie się rodziny wysoko w rankingu podmiotów zapobiegających samobójstwom o udowodnionej skuteczności [2].

W przypadku profilaktyki presuicydalnej system opieki zdrowotnej oferuje społeczeństwu pomoc zarówno lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jak i pielęgniarki środowiskowej, którzy są pierwszymi osobami, do których zgłasza się osoba z problemami somatycznymi i psychicznymi. W Polsce jest mała świadomość, że opieka psychiatryczna nie wymaga skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, więc do psychiatry można udać się od razu w momencie zaobserwowania u siebie lub u osoby bliskiej niepokojących objawów. Badanie własne wykazało, że młodzież (47,7%) uznaje jednostki opieki zdrowotnej za mało skuteczne w zapobieganiu samobójstwom. W badaniu Malickiej-Gorzelańczyk respondenci (38,9%) również ocenili je jako mało skuteczne [10]. Młodzież może wiązać pomoc medyczną jedynie z zaistnieniem już sytuacji suicydalnej, a nie ma wiedzy na ten temat lub nie ocenia dobrze działań profilaktycznych, które mogą być prowadzone przez personel medyczny. Tymczasem wsparcie lekarza rodzinnego zostało umieszczone w strategii prewencji samobójstw o udowodnionej skuteczności [2].

Z ustawy o policji wynika, że do jej zadań należy m.in. ochrona zdrowia i życia ludzi, inicjowanie i organizowanie działań mających na celu zapobieganie przestępstwom i zjawiskom kryminogennym oraz współdziałanie w tym zakresie z organami państwowymi, samorządowymi i organizacjami pozarządowymi [16]. Do zadań Biura Prewencji Komendy Głównej Policji należy inicjowanie i wdrażanie systemowych działań policyjnych w zakresie zapobiegania przestępstwom i wykroczeniom, w tym czynom karalnym popełnianym przez nieletnich oraz zjawiskom patologii społecznej. W celu prowadzenia efektywnych działań w tym zakresie Biuro Prewencji Komendy Głównej Policji powinno realizować programy edukacyjne na temat zagrożeń w szkołach oraz działania terapeutyczno-wychowawcze w szkołach i poradniach, tworzyć i wspierać działalność ośrodków rekreacyjno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży, prowadzić działania informacyjno-edukacyjne o zagrożeniach i ich unikaniu skiero-

wane do dorosłych, dzieci i młodzieży, integrować środowiska w celu poprawy bezpieczeństwa [15]. W badaniu własnym ponad połowa respondentów (55,9%) uważała, że policja nie jest jednostką, która może zapobiegać samobójstwom.

Ponad 23 lata temu opinia młodzieży na ten temat różniła się między płciami – dziewczęta postrzegały policję jako mało skuteczną, natomiast chłopcy jako nieskuteczną w prewencji zachowań suicydalnych. Różnica ta była motywowana przekonaniem dziewcząt, że omawiana instytucja jest zobligowana do zapobiegania wszelkim przejawom negatywnych zachowań, w tym zachowaniom autodestrukcyjnym [10]. Obecnie wizerunek społeczny policji, kreowany w dużej części przez media, jest negatywny. Jak wynika z badania Fila osoby, które miały bezpośredni kontakt z funkcjonariuszami policji, oceniają ich działania pozytywnie, podczas gdy osoby, które nie posiadają takiego doświadczenia i siłą rzeczy opierają się na panujących stereotypach, negatywnie odnoszą się do pracy policjantów [17].

Różne środki masowego przekazu odgrywają istotną rolę we współczesnym społeczeństwie, dostarczając informacji w bardzo szerokim zakresie. Mają wpływ na postawy, przekonania i zachowania społeczeństwa. Informowanie o samobójstwie przez środki masowego przekazu w sposób odpowiedzialny, niewzbudzający sensacji w wielu przypadkach może zapobiec zachowaniom autodestrukcyjnym [18]. Młodzi ludzie nie doceniają roli mediów w zakresie prewencji samobójstw – dziewczęta postrzegały je jako mało skuteczne (46,6%), a chłopcy jako nieskuteczne (56,1%). Taką samą tendencję zaobserwowano w badaniu Malickiej-Gorzelańczyk – 42,3% dziewcząt uznało media za mało skuteczną, a 40,0% chłopców za nieskuteczną formę niesienia pomocy osobom z tendencjami samobójczymi [10]. Opinia młodzieży może być związana z tym, że niewłaściwe przekazanie informacji na temat samobójstw, obliczone na wzbudzenie sensacji, może wywołać negatywny skutek i doprowadzić do powstania Efektu Wertera². Edukowanie społeczeństwa w zakresie dostępnych form pomocy w sytuacji wystąpienia kryzysu psychicznego oraz informowanie o sygnałach ostrzegających o zamiarach samobójczych to tematy, które media w Polsce powinny częściej podejmować [18].

Wnioski

1. Ponad 1/3 badanej młodzieży zdaje sobie sprawę, że w Polsce nie istnieje zintegrowany system zapobiegania samobójstwom.
2. Najważniejszą rolę w prewencji zachowań autodestrukcyjnych, w opinii licealistów, odgrywa rodzina.
3. Istnieje potrzeba większego zaangażowania szkół, Kościoła, policji, jednostek służby zdrowia oraz mediów w edukację i uświadamianie młodzieży w kwestii profilaktyki zachowań autodestrukcyjnych.

² Efekt Wertera, inaczej samobójstwa naśladowcze (imitacyjne) – jedno samobójstwo wywiera wpływ na podjęcie prób samobójczych przez inne osoby [1].

Piśmiennictwo

1. Hołyst B. *Suicydologia*. Warszawa: Lexis Nexis; 2012.
2. Scott A, Guo B. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* WHO; 2012.
3. Ministerstwo Zdrowia. *Narodowy program Ochrony Zdrowia Psychicznego*. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku. Warszawa; 2011.
4. Najwyższa Izba Kontroli. *Realizacja Zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. 2016.
5. *Problematyka samobójstw w II dekadzie XXI wieku*. Medycyna Praktyczna – Psychiatria 2015; Wydanie specjalne 1.
6. Kaczor P. *Zasady tworzenia programów profilaktycznych*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012; 18(47): 1.
7. Yates D, Moore D, McCabe G. *The practice of statistics*, 1st ed. New York: W.H. Freeman; 1999. S. 734.
8. Nakagawa S, Cuthill IC. *Effect size, confidence interval and statistical significance: A practical guide for biologists*. Biol. Rev. Camb. Philos. Soc. 2007; 82(4): 591–605.
9. Thompson B. *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*. Washington: American Psychological Association; 2004.
10. Malicka-Gorzelańczyk H. *Opinie młodzieży o samobójstwie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego; 2000.
11. Miller DN, Eckert TL, Mazza JJ. *Suicide Prevention Programs in the Schools: A review and public health perspective*. School Psychology Review 2009; 38(2): 168–188.
12. Światowa Organizacja Zdrowia. *Public health action for the prevention of suicide*. 2012.
13. Brent DA, Brown CH. *Effectiveness of school-based suicide prevention programmes*. Lancet 2015; 385(9977): 1489–1491.
14. Walesa Cz. *Różnice w zakresie religijności kobiet i mężczyzn*. Horyzonty Psychologii 2014; 4: 45–66.
15. Bąbik A, Olejniczak D. *Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce*. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka 2014; 13(2): 99–121.
16. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji. Dz. U. z 2017 r., poz. 2067.
17. Fil K. *Wizerunek policji w opinii mieszkańców Lublina*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio K. 2004.
18. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów*. Genewa–Warszawa. 2003.

Źródło finansowania: Minigrant studencki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Adres: Aleksandra Kielan
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Wydział Nauki o Zdrowiu
Zakład Zdrowia Publicznego
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a

Otrzymano: 1.11.2017

Zrecenzowano: 18.12.2017

Otrzymano po poprawie: 23.12.2017

Przyjęto do druku: 3.01.2018