

Wstępnie przygotowany projekt programu.

RAMOWY PROGRAM ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM W POLSCE NA LATA 2012-2015

Włodzimierz A. Brodniak

OPRACOWANO W RAMACH REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII, WARSZAWA 2012

1. Wstęp

Zachowania samobójcze są na świecie uznane za jeden z ważnych problemów społecznych i zdrowotnych. Potwierdzeniem rangi tego problemu, może być ustanowienie w 1999 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wielkiego międzynarodowego programu SUPRE - suicide prevention, który nazwano Światową Inicjatywą dla Zapobiegania Samobójstwom (WHO Worldwide Initiative for the Prevention of Suicide). Doświadczenia niektórych krajów (Szwecja, Finlandia, Norwegia, Dania, Wielka Brytania) dowodzą, że wczesne wykrywanie, efektywne leczenie i zapobieganie chorobowym zaburzeniom nastroju może wydatnie przyczynić się nie tylko do zwiększenia długości życia chorych, ale również do wydatnego zmniejszenia współczynników samobójstw w populacji ogólnej.

W strategii WHO „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w 21 wieku” sformułowano cel (6.2) zmniejszenia „co najmniej o jedną trzecią współczynników samobójstw, przede wszystkim w krajach i grupach o wysokich współczynnikach”. Cel ten w wielu krajach realizowany jest w formie krajowych programów zapobiegania samobójstwom. Z raportu opublikowanego w 2001 roku przez Europejskie Biuro WHO wynika, że programy są realizowane w 18 (z 48 które dostarczyły informacji) europejskich krajach, w 6 krajach mają one status ustaw uchwalonych przez parlament. Wśród tych 18 krajów była większość krajów Unii Europejskiej i wszystkie kraje kandydujące do Unii poza Polską i Słowacją. W 2002 roku taki program wprowadzono w Anglii, w 2005 roku w Irlandii, a w 2008 roku w Szkocji.

W Polsce program zapobiegania samobójstwom jest opracowywany w 2011 roku, a jego wprowadzanie w życie planuje się w latach 2012-2015.

2. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Według szacunkowych danych WHO każdego roku w pierwszej dekadzie XXI wieku na świecie ponad milion, a w Europie około 150 tysięcy osób odbiera sobie życie w wyniku zamachu samobójczego. Według wielu badań i szacunków liczba prób samobójczych jest co najmniej dziesięć razy, a w zależności od kraju, regionu czy grupy etnicznej może być nawet dwadzieścia i więcej razy większa od liczby samobójstw zakończonych zgonem. W latach 2003-2008 dla badanych blisko 100 krajów świata przeciętny współczynnik samobójstw wynosił 14 na 100 tys. ludności, w tym 23 dla mężczyzn i 6,5 dla kobiet [1].

W Polsce w latach 2000-2010 notuje się wzrost liczby i współczynnika samobójstw, z wyjątkiem lat 2006-2008. W tym okresie nastąpiło zwiększenie współczynnika o 7,5%, a w 2009 roku, aż o 14%. W 2009 roku 6474 osoby popełniło samobójstwo zakończone zgonem, a w 2010 zanotowano 6342 zgony samobójcze, czyli tylko trochę niższe od rekordowego 2009 roku.

Koszty społeczne i ekonomiczne utraty życia rocznie przez ponad 6 tysięcy obywateli są trudne do oszacowania, ale na pewno idące w dziesiątki milionów złotych

Nie ma rutynowo zbieranych danych o liczbie prób samobójczych, ale jak już zaznaczono jest ich co najmniej od 10 do 15 razy więcej niż samobójstw zakończonych zgonem, czyli w Polsce szacunkowo jest to od 60 do 90 tysięcy prób samobójczych rocznie.

Należy także wziąć pod uwagę koszty leczenia w oddziałach toksykologicznych i intensywnej terapii, koszty rehabilitacji i pomocy psychiatryczno-psychologicznej. Te wskazane powyżej fakty podkreślają wagę problemu samobójstw w Polsce.

b. Epidemiologia

Polska ze współczynnikiem 16,9 przypadków na 100 tys. ludności (30 dla mężczyzn i 4,8 dla kobiet) w 2009 roku należy do grupy państw o relatywnie wysokim współczynniku samobójstw w porównaniu do innych krajów europejskich [2]. W Regionie Europejskim

WHO Polska lokuje się na 16 miejscu. Na świecie jest w pierwszej dwudziestce państw o najwyższych współczynnikach samobójstw. Patrz: Tabela 1.

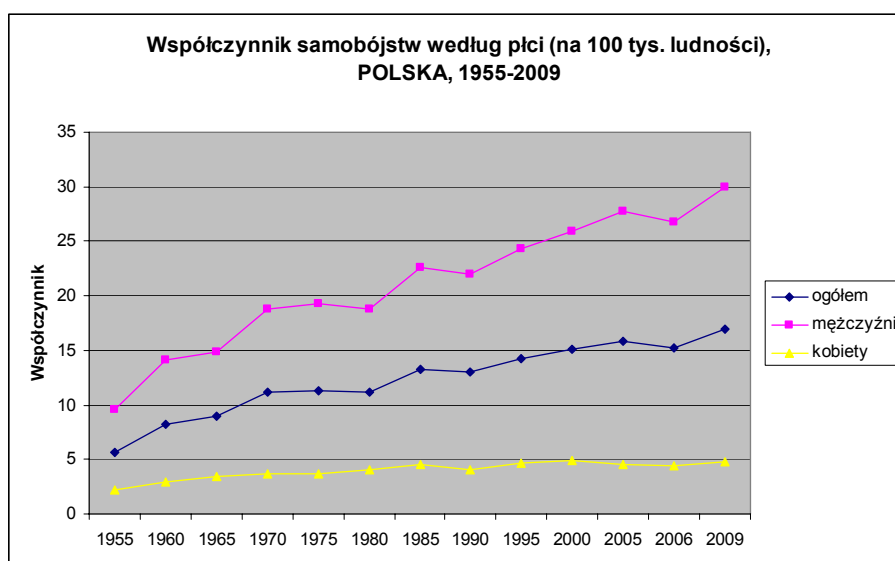
Tabela 1. Kraje o najwyższych współczynnikach samobójstw według wielkości współczynników ogółem. – Najnowsze dostępne w bazie WHO dane

	<i>KRAJ</i>	<i>Rok</i>	<i>Mężczyźni</i>	<i>Kobiety</i>	<i>Ogółem</i>
1	Białoruś	2003	63,3	10,3	35,1
2	Litwa	2007	53,9	9,8	30,4
3	Rosja	2006	53,9	9,5	30,1
4	Kazachstan	2007	46,2	9,0	26,9
5	Węgry	2006	42,3	11,2	25,7
6	Japonia	2008	35,1	13,8	24,0
7	Ukraina	2005	40,9	7,0	22,9
8	Korea Płd	2006	29,6	14,1	21,9
9	Sri Lanka	1996	-	-	21,6
10	Słowenia	2007	33,7	9,7	21,5
11	Łotwa	2007	34,1	7,7	19,9
12	Serbia	2006	28,4	11,1	19,5
13	Finlandia	2007	28,9	9,0	18,8
14	Belgia	1999	27,2	9,5	18,2
15	Estonia	2008	30,6	7,3	18,1
16	Chorwacja	2006	26,9	9,7	18,0
17	Szwajcaria	2007	24,8	11,4	18,0
18	Francja	2006	25,5	9,0	17,0
19	Polska	2009	30,0	4,8	16,9

Inna kolejność występuje w zależności od płci. W przypadku **mężczyzn** Polska zajmuje 11 pozycję na świecie, a w przypadku **kobiet** lokuje się dopiero w czwartej dziesiątce krajów (na 38 miejscu) na świecie.

Od 1951 r. dane na temat samobójstw są w Polsce rutynowo rejestrowane przez GUS na podstawie aktów zgonów. Poniżej prezentujemy dwa wykresy .

Rycina 1



Rycina 2

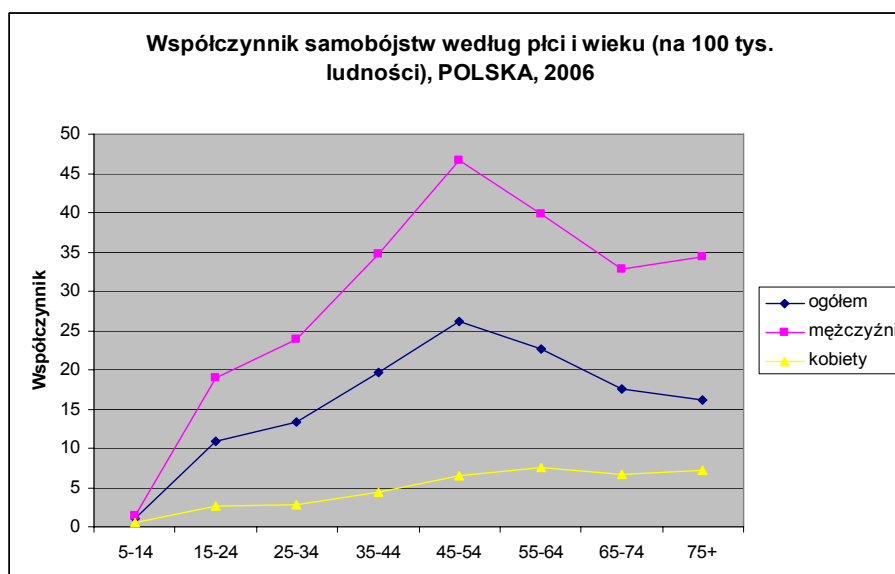


Tabela 2.**SAMOBÓJSTWA WEDŁUG PŁCI W POLSCE 1990-2010**

Lata	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	liczby bezwzględne			współczynnik na 100 tys.		
1990	4970	4091	879	13,0	23,0	4,4
1991	5316	4448	868	13,9	24,0	4,4
1992	5713	4732	981	15,0	25,5	5,0
1993	5624	4641	983	14,7	24,9	5,0
1994	5519	4628	891	14,4	24,9	4,5
1995	5499	4562	937	14,4	24,5	4,8
1996	5446	4537	909	14,2	24,4	4,6
1997	5025	4221	804	13,1	22,7	4,1
1998	5072	4307	765	13,2	23,2	3,9
1999	5778	4894	884	15,1	26,4	4,5
2000	5841	4869	972	15,3	26,3	4,9
2001	5855	5005	850	15,3	27,0	4,3
2002	5924	4932	992	15,5	26,6	5,0
2003	5834	4946	888	15,3	26,7	4,5
2004	6071	5162	909	15,9	27,9	4,6
2005	6043	5136	907	15,8	27,8	4,6
2006	5805	4947	858	15,2	26,8	4,4
2007	5282	4470	812	13,9	24,3	4,1
2008	5681	4869	812	14,9	26,4	4,1
2009	6474	5530	944	16,9	30,0	4,8
2010	6342	5506	836	16,6	29,9	4,2

***źródło: dane GUS na podstawie kart zgonów**

W Polsce w latach 1990-2009 współczynnik samobójstw zwiększył się o ponad 23 procent (z 13 do 16,9 na 100 tys. mieszkańców). Niepokojący jest znaczny wzrost liczby samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Jeszcze większy wzrost nastąpił wśród chłopców i szczególnie wśród młodych mężczyzn. W grupie wieku do 19 lat wzrost ten wyniósł 27%, a w grupie wieku 20-24 lata o ponad 33%. W liczbach bezwzględnych oznacza to wzrost liczby samobójstw w grupie do 19 lat z 232 do 294 przypadków, a w grupie 20-24 lata z 320 do 426 przypadków. Należy zaznaczyć, że w przeliczeniu na współczynniki na 100 tys. młodzieży w danej grupie wieku, to z uwagi, że zmniejszyła się od początku lat dziewięćdziesiątych znacznie liczba urodzeń, ten wzrost jest znacznie większy.

W latach 2001 - 2005 liczba samobójstw i współczynniki powoli rosły od 15,3 do 15,9 na 100 tys. mieszkańców. W latach 2006-2008 obserwowano wahania trendów na poziomie 14-15

przypadków na 100 tys. mieszkańców. W 2009 roku nastąpił znaczny wzrost do 16,9 (o 14%). W liczbach bezwzględnych 6 474 osoby zakończyły życie w wyniku zamachu samobójczego, co oznacza najwyższy pułap w dotychczasowej historii statystyki samobójstw w Polsce. W 2010 współczynnik lekko się obniżył do wartości 16,6, w tym jest bardzo wysoki dla mężczyzn 29,9 i relatywnie niski - 4,2 dla kobiet

Istotnym elementem analizy problemu zgonów samobójczych jest ich udział wśród ogólnej liczby zgonów. W roku 2008 w Polsce zanotowano ogółem 379 399 zgonów, w tym w 172 945 przypadkach przyczyną były choroby układu krążenia (zawały serca i udary mózgu), w 93 060 przypadkach nowotwory złośliwe, a w 25 553 przypadkach zgony w wyniku urazów i zatruc (wypadki komunikacyjne, inne śmiertelne wypadki w wyniku urazów i zatruc, zabójstwa oraz samobójstwa). Wśród ponad 25 tysięcy zgonów z tzw. przyczyn zewnętrznych (urazy i zatrucia) zanotowano 5681 przypadków samobójstw, które stanowiły ponad 22 procent wszystkich zgonów z przyczyn zewnętrznych, a prawie 1,5 procent wśród wszystkich zgonów. Generalnie w ostatnich dwóch dekadach samobójstwa obejmowały od 1,4 do 1,7 procent wszystkich zgonów, ze średnią trochę powyżej 1,5 procent. Ich udział wśród ogółu zgonów jest zbliżony do zgonów w wyniku chorób metabolicznych i przemiany materii- na przykład cukrzycy, albo z powodu wypadków komunikacyjnych. W ostatnich latach więcej osób umiera w wyniku samobójstwa niż w wyniku wypadków drogowych. Samobójstwo zajmuje siódmą pozycję pod względem częstości przyczynę zgonu w Polsce, a wśród dzieci i młodzieży w wieku do 19 lat lokuje się na drugiej pozycji.

Dla Polski ma miejsce także charakterystyczne zjawisko, nienotowane w innych krajach, występowania znacznej różnicy w granicach od 20 do nawet blisko 50 procent (w ostatnich latach) - większych współczynników samobójstw na wsi niż w miastach. Ta postępująca różnica między obszarami wiejskimi, a miejskimi w statystykach GUS jest obserwowana od 1979 roku. Patrz: tabela 3

**Tabela 3. Samobójstwa według podziału na miasto-wieś w Polsce w latach 1970-2009.
Współczynnik na 100 tys. ludności**

Rok	Ogółem	Miasto	Wieś
1970	11,2	12,4	10,0
1979	12,7	12,1	13,5
1980	12,6	12,1	13,3
1981	9,0	8,9	9,3
1985	13,2	12,8	13,8
1990	13,0	11,4	15,7
1991	13,9	12,2	16,7
1995	14,2	12,4	17,2
1996	14,1	12,2	17,2
1997	13,0	11,3	15,8
1998	13,1	11,6	15,5
1999	14,9	13,3	17,5
2000	15,1	13,9	17,1
2001	15,3	14,4	16,8
2002	15,5	14,3	17,3
2003	15,4	13,9	17,5
2004	15,9	14,5	18,0
2005	15,8	14,3	18,3
2006	15,2	13,4	18,1
2007	13,9	12,0	16,7
2008	14,9	12,7	18,4
2009	16,9	14,3	20,8

Analiza samobójstw według wieku wskazuje, że samobójstwa dzieci do 9 lat zdarzają się sporadycznie (0-3 rocznie). W grupie wieku 10-14 lat liczba roczna samobójstw wśród dzieci w okresie ostatnich 20 lat nie przekraczała 50. W grupie młodzieży w wieku 15-19 lat liczba i współczynnik samobójstw gwałtownie rosną do wielkości przeciętnie rocznie od 250 do 294 przypadków, co w latach 2004-2009 daje współczynnik w granicach od 8,8 do 10,3 na 100 tys. młodzieży. Należy zaznaczyć, że w tych trzech grupach wiekowych zgonów samobójczych jest co najmniej trzy, cztery razy więcej wśród chłopców niż wśród dziewczynek, a w starszych grupach wieku ta różnica jest jeszcze większa ponad 6 do 1.

W całym przedstawionym okresie wielkość współczynników samobójstw była zróżnicowana ze względu na płeć. Mężczyźni popełniali w Polsce w ostatniej dekadzie przeciętnie sześć razy częściej samobójstwa niż kobiety. W okresie od 2001 do 2009 r. dla mężczyzn współczynniki te wynosiły od 25,9 do 30 przypadków na 100 tys., a wśród kobiet od 4,4 do 4,9. Należy zaznaczyć, że we wszystkich krajach na świecie - z wyjątkiem Chin, gdzie kobiety nieco częściej popełniają samobójstwa, mężczyźni znacznie częściej dokonują zamachów samobójczych zakończonych zgonem. - przeciętnie w skali całego świata w proporcji 3,5 do 1.

Ta prawidłowość dotyczy zamachów samobójczych zakończonych śmiercią. W przypadku prób samobójczych proporcja jest odwrotna i kobiety częściej podejmują próby odebrania sobie życia szczególnie w młodszych grupach wieku. Według badań WHO w latach 1989-1992 w 16 miastach i regionach Europy kobiety przeciętnie o 38% częściej niż mężczyźni podejmowały próby samobójcze, natomiast według innych szacunków i wyników badań na świecie, **kobiety przeciętnie prawie dwukrotnie częściej niż mężczyźni podejmują próby samobójcze.**

Liczba prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież jest znacznie większa i trudna do oszacowania. Ponieważ w młodszych grupach wieku, według ekspertów z wielu krajów, próby samobójcze zdarzają się znacznie częściej niż średnio w całej populacji to można wstępnie oszacować, że ich liczba jest w granicach 15 - 20 razy większą niż liczba samobójstw zakończonych zgonem. W Polsce oznaczałoby to podejmowanie rocznie prób samobójczych przez przeciętnie od 4,5 do 6 tysięcy dzieci i młodzieży w grupie wieku do 19 lat.

W całej populacji można ostrożnie szacować, że w Polsce rocznie od przynajmniej 60 do 90 tysięcy osób podejmuje próby pozbawienia się życia, w tym znacznie częściej kobiety i osoby w młodszych grupach wieku.

Liczne badania wykazują, że u ponad połowy osób, które dokonały skutecznego zamachu samobójczego, występowały zaburzenia depresyjne o różnorodnym nasileniu i przyczynach, przy czym szczególne miejsce przypada nawracającym zaburzeniom afektywnym. Miejsce chorób afektywnych wynika, nie tylko z ciężkiego i często długotrwałego przebiegu choroby, z jej wysokich kosztów i następstw ekonomiczno-społecznych, ale również z istotnej roli w kształtowaniu współczynników samobójstw dokonanych oraz prób samobójczych.

Także nadużywanie alkoholu i uzależnienie od alkoholu są powszechnie uznane za jeden z czynników zwiększających znacznie ryzyko podjęcia próby samobójczej lub skutecznego popełnienia samobójstwa. Badania nad samobójstwami w populacjach generalnych w wielu krajach wykazują, że od 15 do 27% ich ofiar stanowią osoby nadużywające alkoholu. Ryzyko samobójstwa u osób uzależnionych w okresie całego ich życia można szacować w granicach od 2,5% do o 3,5%. Samobójstwa rzadko występują w pierwszych latach nadużywania alkoholu. Najczęściej są dokonywane przez osoby z okresem uzależnienia trwającym średnio od 18 do 20 lat. Dla kobiet ten okres nadużywania alkoholu jest krótszy. Wiadomo również, że mniej więcej połowa samobójstw mężczyzn w Polsce ma miejsce po spożyciu alkoholu lub u osób z historią nadmiernego picia. W polskich badaniach (13-letnia katamneza) nad umieralnością pacjentów (mężczyzn) lecznictwa odwykowego w grupie ustalonych przyczyn zgonów dokładnie 10% stanowiły samobójstwa, a obserwowana liczba zgonów samobójczych była 7,5 razy wyższa od oczekiwanej. Szacuje się, że 30 procent zmienności współczynników samobójstw można wyjaśnić zmianami w konsumpcji alkoholu per capita. W wielu badaniach ustalono, że wśród osób uzależnionych od alkoholu, które dokonały samobójstwa, w granicach od 47 do 64% występowały zespoły depresyjne [3,4].

W pierwszej dekadzie XXI wieku obserwuje się znaczny spadek liczby samobójstw, w prawie wszystkich krajach Europy środkowej i wschodniej, które przechodziły transformację społeczno-ekonomiczną i miały szczególnie wysokie współczynniki samobójstw. Silny trend spadkowy występuje w Estonii, na Węgrzech, Rosji, Litwie, Łotwie, Słowenii i Ukrainie. Również w krajach Europy Zachodniej i Południowej obserwuje się zmniejszające się liczby i współczynniki samobójstw. Należą do nich między innymi Finlandia, Szwecja, Dania, Norwegia, Wielka Brytania, Izrael i Malta. Może to mieć związek z podejmowanymi i realizowanymi w tych wszystkich krajach programami i strategiami na rzecz zapobiegania samobójstwom, w tym także udziałem w programach międzynarodowych.

c. Czynniki chroniące i czynniki ryzyka zachowań samobójczych

Na podstawie przeglądu literatury można wskazać następujące grupy i czynniki ryzyka popełnienia samobójstwa według podziału na:[5]:

1. Czynniki pierwszorzędowe

- Obecność zaburzeń psychicznych, przede wszystkim depresyjnych, schizofrenii paranoidalnej, uzależnień, szczególnie od alkoholu i zaburzeń osobowości
- Wcześniejsze próby samobójcze

- Obecność uporczywych myśli samobójczych
- Konkretny plany i działania np., gromadzenie leków, broni, środków toksycznych i innych materiałów w celu odebrania sobie życia
- Próby samobójcze i samobójstwa dokonane w rodzinie i wśród bliskich osób, co wskazuje na uwarunkowania genetyczne i podatność (skłonności suicydalne) i występowanie w suicydogennych rodzinach określonego wzoru naśladowania i reagowania na sytuacje trudne i stresowe

2. Czynniki drugorzędowe

- Traumatyczne wydarzenia i doświadczenia w dzieciństwie – przemoc, upokorzenia, utrata rodzica lub obu rodziców, molestowanie seksualne itp.
- Przewlekła zła sytuacja życiowa w wymiarze rodzinnym i socjalno-bytowym – deprivacja potrzeb ograniczająca szanse wyboru i rozwoju
- Ostre stresory psychospołeczne związane z negatywnymi wydarzeniami życiowymi (stressful life events) – rodzinnymi i osobistymi np. niepowodzenia szkolne, uczuciowe, problemy i konflikty w kontaktach interpersonalnych, przeżycie katastrofy komunikacyjnej, naturalnej, budowlanej czy pożaru, utrata bliskiej osoby, rozwód rodziców, bezrobocie w rodzinie, szczególnie ojca, duże straty finansowe, bycie ofiarą ataku terrorystycznego, bycie zakładnikiem (ofiary porwań) czy obecność przewlekłej, ciężkiej, a szczególnie nieuleczalnej choroby

3. Czynniki trzeciorzędowe

- Cechy społeczno-demograficzne – wiek, płeć, stan cywilny czyli większe ryzyko w grupie wieku 45-54 lat, sześciokrotnie częściej mężczyźni niż kobiety oraz osoby rozwiedzione, wdowcy i wdowy, a także trochę większe ryzyko wśród osób w stanie wolnym.
- Przynależność do mniejszości etnicznych i seksualnych
- Status emigranta szczególnie w pierwszym i drugim pokoleniu

Analizując przyczyny samobójstw dzieci i młodzieży wyróżnia się kilka istotnych grup czynników ryzyka i czynników chroniących.

1. Czynniki rodzinne i ważne wydarzenia życiowe

Czynniki chroniące	Czynniki ryzyka
Pozytywne relacje z rodziną Wsparcie ze strony rodziny	Destrukcyjne relacje rodzinne i traumatyczne doświadczenia życiowe w rodzinie związane np. psychopatologią rodziców, alkoholizmem, przemocą w rodzinie, awanturami, itd.

2. Czynniki poznawcze i osobowościowe

Czynniki chroniące	Czynniki ryzyka
Dobre umiejętności społeczne, wiara w siebie i swoje osiągnięcia, korzystanie z pomocy w trudnych sytuacjach, otwartość na nowe doświadczenia i szukanie rozwiązań	Niestabilny nastrój, zachowania agresywne, antyspołeczne, duża impulsywność, lęk, słaba umiejętność radzenia sobie z trudnościami, tendencja do życia w iluzji, itd.

3. Czynniki społeczno-kulturowe

Czynniki chroniące	Czynniki ryzyka
Zaangażowanie w życie szkoły i otoczenie społeczne, np. udział w zajęciach sportowych, klubach, udział w życiu religijnym. Dobre kontakty społeczne z rówieśnikami, nauczycielami i innymi wychowawcami	Niski status socjoekonomiczny rodziny, niski poziom wykształcenia lub bezrobocie rodziców. Niski poziom wsparcia społecznego

4. Czynniki związane ze zdrowiem psychicznym

Czynniki chroniące	Czynniki ryzyka
Wysoki poziom odporności psychicznej Dobre radzenie sobie ze stresem	Występowanie zaburzeń psychicznych takich jak depresja, zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia jedzenia, wcześniejsze próby samobójcze

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W latach 2005-2009 prowadzono szkolenia w zakresie problematyki samobójstw i zapobiegania dla pedagogów szkolnych, psychologów szkolnych i nauczycieli ze szkół ponadpodstawowych i ośrodków opiekuńczych w Warszawie i Łodzi realizowane przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne za środki publiczne z puli Ministerstwa Zdrowia dla organizacji pozarządowych uzyskane w wyniku konkursu ofert. Działania, głównie edukacyjne są bardzo rozproszone i na niewielką skalę, w tym szkolenia lekarzy z tematyki suicydologicznej. Są odrębne programy zapobiegania samobójstwom, też w ograniczonej skali realizowane przez psychologów w wojsku, policji i w więzieniach. Brak jakiegokolwiek koordynacji tych działań poza sporadycznymi konferencjami naukowymi, gdzie w ramach sesji suicydologicznych są czasami psychologowie z wojska, policji czy służby więziennej.

Występują bardzo rozproszone lokalne programy, w których są także działania w zakresie zapobiegania samobójstwom, jak np. w województwie pomorskim, małopolskim (ciekawym i skutecznym programem zapobiegania depresjom i samobójstwom w powiecie tatrzańskim) i łódzkim. Nie ma w Polsce odrębnego programu zapobiegania samobójstwom na szczeblu regionalnym i krajowym.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Po pierwsze, wzrost liczby i współczynników samobójstw, szczególnie na wsi. Po drugie, brak takiego programu ogólnopolskiego i regionalnego poza nielicznymi, nie skoordynowanymi i rozproszonymi na niewielką skalę działaniami, głównie edukacyjnymi i w zakresie interwencji kryzysowych oraz nielicznymi programami lokalnymi. Po trzecie, duże krajowe programy zapobiegania samobójstwom już są realizowane od lat dziewięćdziesiątych w wielu krajach europejskich i w USA, a ich skuteczność została potwierdzona przez znaczne spadki współczynników samobójstw od 30 do nawet 50 procent w okresie od 5 do 15 lat od momentu wprowadzenia tych programów i strategii w poszczególnych krajach

3. CELE PROGRAMU

Przedstawione wcześniej dane statystyczne i wybrane informacje o działaniach podejmowanych w wielu krajach mających na celu zmniejszenie ryzyka popełnienia samobójstwa wyraźnie wskazują na potrzebę i konieczność opracowania i realizacji w Polsce specjalnego programu zapobiegania samobójstwom. Niepokojąca jest narastająca liczba zamachów samobójczych, zwłaszcza wśród dzieci i osób młodych, osób w podeszłym wieku, mężczyzn zwłaszcza w grupie osób bezrobotnych, popełnianych pod wpływem alkoholu, w grupie osób w stanie depresji różnego pochodzenia, a przede wszystkim w układzie terytorialnym w rejonach wiejskich, gdzie notuje się ostatnio nawet o blisko 50 procent wyższe współczynniki samobójstw.

ZAŁOŻENIA PROGRAMU

Program zapobiegania samobójstwom w Polsce, nawiązując do doświadczeń w krajach realizujących takie programy od wielu lat, powinien uwzględniać przede wszystkim szczegółowe cele wymienione w tym Programie i ich realizację przez wdrożenie zespołu działań edukacyjnych, pomocowych, terapeutycznych i interwencyjnych.

Samobójstwo jako takie nie jest chorobą, nie musi też być przejawem choroby, lecz zaburzenia psychiczne są głównym czynnikiem związanym z samobójstwami [6].

Samobójstwo uważa się obecnie za zjawisko wielowymiarowe, będące wynikiem złożonej interakcji czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, socjologicznych i środowiskowych.

Dlatego samobójstwo, chociaż jest także problemem zdrowotnym, to w znacznym zakresie jest problemem społecznym, psychologicznym i szerzej socjoekonomicznym.

Suicydologia nauka zajmująca się badaniem zachowań samobójczych, ich uwarunkowaniami i metodami zapobiegania jest dziedziną interdyscyplinarną w wymiarze teoretycznym, metodologicznym i praktycznym [7].

Koszty samobójstw szacuje się najczęściej za pomocą wskaźnika liczby lat życia o obniżonej sprawności (DALY- disability adjusted life years). Według tego wskaźnika na samobójstwa przypada 1,8% ogólnego kosztu chorób na świecie, w granicach od 2,3% w krajach wysokorozwiniętych do 1,7% w krajach o niskich dochodach. W przypadku Polski można ostrożnie szacować koszty samobójstw na około 2% kosztów wszystkich chorób.

Według danych Ministerstwa Zdrowia na podstawie szacunków firm farmaceutycznych metodą utraconej produktywności obliczono, że jedno samobójstwo osoby w wieku 25 lat kosztuje państwo ponad 597 tysięcy złotych (dane z 2010 roku). W ostatnich latach rocznie ponad 6 tysięcy osób popełniło samobójstwa zakończone zgonem. Liczenie kosztów śmierci wydaje się bezduszne, ale niestety jest jednym z ważnych czynników finansowania programów profilaktycznych. Uwzględniając różnice wieku, gdyż koszty są mniejsze w przypadku samobójców w starszych grupach wieku, można przy uśrednieniu kosztu jednej śmierci samobójczej do wysokości około 300 tysięcy złotych szacować roczne straty państwa z tego powodu na około 2 miliardy złotych, Należy także doliczyć koszty leczenia osób po próbach samobójczych, szczególnie zatruciach na oddziałach toksykologicznych i koszty pomocy psychologicznej i socjalnej. Szacunkowo w Polsce rocznie co najmniej 60 tysięcy osób podejmuje próby samobójcze (nie prowadzi się takiej statystyki, poza wycinkowymi danymi), ale według badań tylko około 25 procent tych zdarzeń wymaga interwencji medycznej w zależności od stopnia zagrożenia życia i zdrowia w wyniku próby samobójczej. Przy założeniu, że około 15 tysięcy osób korzysta z opieki zdrowotnej rocznie w wyniku zamachu na swoje życia można doliczyć co najmniej kilkadziesiąt milionów złotych do kosztów wszystkich samobójstw w Polsce.



W wyniku analizy problemu sformułowano cel główny oraz cele szczegółowe nawiązujące do przyczyn głównego problemu. Wśród celów nie uwzględniono takich przyczyn problemu samobójstw jak wzrost bezrobocia, spożycia alkoholu czy zaburzeń depresyjnych, które wykraczają poza mandat tego programu.

Cel główny

W okresie do 2020 roku zmniejszenie liczby i współczynnika samobójstw dokonanych w Polsce o co najmniej 20 procent, w tym szczególnie na wsi.

Cele szczegółowe

1. Uruchomienie informatora w internecie o telefonach zaufania, portalach pomocowych, o ośrodkach interwencji kryzysowej, poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach

ostrych zatruć, poradniach psychologiczno-pedagogicznych i innych placówkach pomocy w całym kraju.

2. Wprowadzenie ogólnopolskiego, całodobowo działającego telefonu zaufania i pomocowego portalu internetowego.
3. Wprowadzenie systemu kształcenia podyplomowego lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie rozpoznawania i leczenia zaburzeń afektywnych (depresyjnych), diagnozowania zagrożeń suicydalnych (myśli i plany samobójcze) i udzielania pomocy osobom w kryzysach suicydalnych i współpracy między różnymi placówkami specjalistycznymi i pomocowymi.
4. Przeszkolenie wszystkich pedagogów szkolnych oraz pedagogów i psychologów z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w całym kraju oraz duchownych z parafii na rejonach wiejskich w zakresie rozpoznawania osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi i pomocy osobom w kryzysie suicydalnym.
5. Zwiększenie dostępności do ośrodków interwencji kryzysowych przez zwiększenie ich liczby. Zalecane jeden ośrodek interwencji kryzysowej na każdy powiat. Każdy z tych ośrodków wśród swoich zadań powinien mieć jasno określoną pomoc dla osób w kryzysie suicydalnym i przeszkolonych kilku pracowników w tym zakresie.

4. ADRESACI PROGRAMU

a. Oszacowania populacji

Podstawowymi adresatami programu zapobiegania samobójstwom są osoby, które mogą zidentyfikować w swej pracy zawodowej i zdiagnozować wśród grup ryzyka osoby w kryzysie suicydalnym i udzielić im pomocy. Do tych grup zawodowych w pierwszym rzędzie należą lekarze pierwszego kontaktu, psychiatrzy i pediatrzy, nauczyciele, pedagodzy szkolni, psycholodzy, duchowni, pracownicy służb ratunkowych, w tym także policja i pracownicy pomocy społecznej. W sensie instytucjonalnym obejmuje to podstawową opiekę zdrowotną, psychiatryczną opiekę zdrowotną, szkoły wszystkich typów, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki interwencji kryzysowej, parafie (ze względu na wysokie współczynniki samobójstw w rejonach wiejskich) i wszelkie placówki pomocy społecznej.

Adresatami tego programu nie są osoby i pacjenci o tendencjach samobójczych, w stanach zagrożenia suicydalnego, gdyż nie ma jednorodnej grupy osób i pacjentów o

skłonnościach samobójczych. Można tylko wskazać na bardzo szerokie grupy ryzyka, w tym nie tylko z zaburzeniami psychicznymi czy przewlekłymi chorobami somatycznymi wśród których tylko niewielki odsetek na przykład z rozpoznaniem depresji, uzależnienia od alkoholu czy schizofrenii może być w kryzysie suicydalnym, którzy przejawiają zachowania samobójcze w postaci uporczywych myśli samobójczych czy już po próbach samobójczych. Do takich grup podwyższonego ryzyka należą także bezrobotni, uratowani w wyniku katastrof naturalnych, komunikacyjnych, pożarów, zamachów terrorystycznych czy udziału w konfliktach zbrojnych i wszystkich w stanie kryzysu psychicznego w wyniku wielu różnych przyczyn osobistych, rodzinnych, i wielu innych negatywnych zdarzeń życiowych. Podstawowymi działaniami zapobiegawczymi w tym przypadku jest identyfikacja osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi i udzielenie adekwatnej pomocy w różnych formach łącznie z terapią psychologiczną i/lub psychiatryczną przez adresatów tego programu wymienionych powyżej.

- b. Tryb zapraszania do programu. Do programu lekarze będą zapraszani w ramach dokształcania podyplomowego, które jest jednym z obowiązków lekarzy, aby podnosili swoje kwalifikacje. Nauczyciele, pedagodzy szkolni, psychologowie również są zobligowani do podnoszenia i doskonalenia swoich kwalifikacji zawodowych. Te uwagi dotyczą także pracowników ośrodków interwencji kryzysowych i w innym moralno-teologicznym wymiarze duchownych. Zapraszanie do programu będzie miało charakter informacji i propozycji szkoleń i kursów pod hasłem zapobiegania samobójstwom w ich środowiskach pracy i zamieszkania, gdzie wypełniają swoje role zawodowe i społeczne.

5. ORGANIZACJA ZADAŃ PROGRAMU

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Cele programu powinny być realizowane poprzez następujące działania:

Na szczeblu ogólnopolskim

1. Uruchomienie informatora w internecie o telefonach zaufania, portalach pomocowych, o ośrodkach interwencji kryzysowej, poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach ostrych zatruć, poradniach psychologiczno-pedagogicznych i innych placówkach pomocy w całym kraju. Planowana realizacja w 2013 roku i systematyczna aktualizacja danych informatora w internecie w kolejnych latach
2. Wprowadzenie ogólnopolskiego, całodobowo działającego telefonu zaufania i pomocowego portalu internetowego. Realizacja w 2013 roku i w ramach Programu ocena skuteczności w aspekcie ilościowym i jakościowym funkcjonowania telefonu zaufania i portalu internetowego w latach 2013-2015. (Patrz: ewaluacja i monitorowanie)

Na szczeblu regionalnym – wojewódzkim

3. Wprowadzenie systemu kształcenia podyplomowego lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie rozpoznawania i leczenia zaburzeń afektywnych (depresyjnych), diagnozowania zagrożeń suicydalnych (myśli i plany samobójcze) i udzielania pomocy osobom w kryzysach suicydalnych i współpracy między różnymi placówkami specjalistycznymi i pomocowymi. Opracowanie materiałów szkoleniowych w formie 30 godzinnego modułu edukacyjnego korzystając w części dotyczącej diagnozowania depresji z Programu Zapobiegania Depresji. Wprowadzenie szkoleń w 2013 roku i ich realizacja w kolejnych latach. W ramach Programu Zapobiegania Samobójstwom ich ocena skuteczności w latach 2013-2015, ale ich kontynuacja w następnych latach już nie w ramach tego Programu.
4. Przeszkolenie wszystkich pedagogów szkolnych oraz pedagogów i psychologów z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w całym kraju. w zakresie rozpoznawania uczniów zagrożonych zachowaniami samobójczymi i pomocy uczniom w kryzysie suicydalnym.. Przeszkolenie księży z wiejskich parafii kościoła rzymsko-katolickiego i duchownych innych wyznań. Opracowanie materiałów szkoleniowych w formie 30 godzinnego modułu edukacyjnego w znacznym zakresie zbliżonego do tego przygotowanego dla lekarzy i wprowadzenie szkoleń w 2013 roku i ich realizacja w ramach Programu do 2015 roku oraz kontynuacja w następnych latach już nie w ramach tego Programu [8]
5. Zwiększenie dostępności do ośrodków interwencji kryzysowych przez zwiększenie ich liczby (jeden na każdy powiat).z rozszerzeniem zadań na osoby w kryzysie suicydalnym. Realizacja tego zadania w latach 2013-2015. W Polsce jest 379 powiatów, w tym 314 ziemskich i 65 grodzkich (miejskich). W każdym powiecie powinien być przynajmniej 1 ośrodek interwencji kryzysowej w ramach istniejących struktur opieki zdrowotnej lub pomocy społecznej.

6. Jednym z zadań już nie w ramach Ramowego Ogólnopolskiego Programu Zapobiegania Samobójstwom powinno być na podstawie jego wytycznych i zaleceń opracowanie i wdrożenie do realizacji wojewódzkich programów zapobiegania samobójstwom w ramach programów ochrony zdrowia psychicznego. Opracowanie programów do grudnia 2012 roku i systematyczne wykonywanie przyjętych w programach zadań w latach 2013-2015 oraz ich ewaluacja w kolejnych latach przez ośrodek koordynujący realizację całego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w tym także zespół ludzi odpowiedzialny za realizację Programu Zapobiegania Samobójstwom.
 - a. Informator w internecie. Szczegółowe działania organizacyjne w przypadku uruchomienia informatora w internecie są związane z powołaniem zespołu specjalistów od technicznego opracowania witryny internetowej, jej grafiki, parametrów funkcjonowania i użytkowania, pozycjonowania, opracowania banku danych i źródeł informacji, działań promocyjnych oraz metod aktualizacji i zbierania danych.
 - b. Telefon zaufania i pomocowy portal internetowy. Podstawowe działania organizacyjne, to znalezienie odpowiedniego lokalu i jego techniczne wyposażenie i także przez powołanie odpowiedniego zespołu specjalistów we współpracy z firmami telekomunikacyjnymi uzyskanie najlepiej bezpłatnego lub niskopłatnego numeru telefonu z kilkoma wejściami, aby dyżurować mogło przynajmniej kilka osób i opracowanie techniczne witryny internetowej z kontaktem mailowym i innymi formami kontaktu na przykład przez portale społecznościowe. i inne formy komunikacji, w tym przez tablety, komórki, smartfony itp. W portalu pomocowym, również powinno dyżurować całodobowo jednocześnie przynajmniej kilka osób, a także należy w nim umieścić link do informatora i podstawowe informacje na temat problematyki samobójstw, jak to przykładowo robią na świecie różne stowarzyszenia i organizacje pozarządowe oraz rządowe.
 - c. Program szkoleń dla lekarzy może być organizowany przez okręgowe izby lekarskie, uniwersytety medyczne i inne firmy zajmujące się edukacją medyczną, w tym firmy farmaceutyczne. W każdym województwie będzie to zależne od lokalnych możliwości i działających tam instytucji edukacyjnych.
 - d. Program szkoleń dla nauczycieli, pedagogów szkolnych, psychologów, pracowników ośrodków interwencji kryzysowych, a także duchownych może być organizowany

przez wydziały oświaty urzędów miejskich i wojewódzkich, lokalne uczelnie i ośrodki szkolenia nauczycieli. Szczegółowe programy szkoleń i instytucje, które je będą realizować powinny być opracowane w ramach wojewódzkich programów zapobiegania samobójstwom w ramach zespołów realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, które mają być tworzone przy urzędach marszałkowskich

- e. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników programu. Najważniejszymi uczestnikami programu są pracownicy ogólnopolskiego telefonu zaufania, pomocowego portalu internetowego oraz wykładowcy szkoleń i kursów o tematyce zapobiegania samobójstwom w kontekście teoretycznym i praktycznym. Dlatego głównymi realizatorami tego programu będą psychiatrzy z doświadczeniami leczenia depresji, psychologowie kliniczni zatrudnieni w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej i ośrodkach interwencji kryzysowej, pedagodzy i psychologowie ze specjalnością interwencji kryzysowych i po doświadczeniach pracy zawodowej z osobami w kryzysach suicydalnych i po próbach samobójczych.
- f. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu – nie dotyczy
- g. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych - ma związek z programem zapobiegania depresji (koszty leczenia depresji). Programu zapobiegania samobójstwom bezpośrednio nie dotyczy.
- h. Sposób zakończenia udziału w programie – programy edukacyjne mogą być w kolejnych latach kontynuowane, tak jak funkcjonowanie informatora internetowego, telefonu zaufania i pomocowej witryny internetowej, ale ten program dotyczy tylko lat 2013-2015 i jego dalsza kontynuacja zależy od decyzji politycznej na szczeblu rządowym i samorządowym. Udział w tym programie trwa do końca 2015 roku.
- i. Bezpieczeństwo planowanych interwencji – związane jest tylko z leczeniem antydepresantami w ramach programu zapobiegania depresji, ale tego programu bezpośrednio nie dotyczy poza oceną efektywności interwencji kryzysowych.
- j. Kompetencje/ i warunki niezbędne do realizacji programu – patrz: pkt.e. Ponieważ część uczestników programu jest jednocześnie jego realizatorami ich kwalifikacje są opisane w pkt.e
- k. Dowody skuteczności planowanych działań –
Nie ma jednoznacznych wyników badań nad skutecznością różnych form i metod zapobiegania samobójstwom. W pracy Manna i inni [9], która jest wielkim przeglądem i metaanalizą badań od 1966 do 2005 roku nad efektywnością strategii zapobiegania

samobójstwom w różnych krajach podstawowe konkluzje brzmią: edukacja lekarzy nad rozpoznawaniem i leczeniem depresji oraz ograniczenia (restrykcje) w dostępie do śmiertelnych metod odbierania sobie życia (broń, leki, trucizny itp.) są najbardziej skutecznymi metodami zapobiegania samobójstwom. Inne rodzaje interwencji wymagają dalszych badań ich skuteczności, ponieważ jest za mało wystarczających dowodów ich efektywności. Można wskazać na pośrednie dowody skuteczności programów zapobiegania samobójstwom, o których już wspomniano. W Finlandii, Szwecji, Estonii, Norwegii, na Węgrzech i kilku innych krajach wprowadzenie w latach dziewięćdziesiątych różnych programów i strategii zapobiegania samobójstwom było jednym z czynników zmniejszenia w okresie 10-15 lat liczby i współczynników samobójstw w tych krajach o 30 do nawet prawie 50 procent. Także jednym z pośrednich dowodów skuteczności na przykład telefonu zaufania jest historia najstarszego telefonu zaufania dla osób w kryzysie suicydalnym na świecie, który został uruchomiony w 1953 roku przez stowarzyszenie Samarytan w Wielkiej Brytanii, która jest krajem o jednym z niższych współczynników samobójstw w Europie, dwukrotnie niższym niż w Polsce. W okresie od powstania tego telefonu czyli ponad pół wieku notuje się systematyczny spadek współczynników samobójstw w tym kraju.

b. Planowane interwencje

W ramach funkcjonowania całodobowego telefonu zaufania i portalu pomocowego interwencje obejmują doraźną pomoc telefoniczną lub internetową, informację o najbliższych placówkach pomocy psychologicznej i medycznej oraz grupach wsparcia, zawiadomienie służb ratunkowych i placówek pomocowych w celu udzielenie bezpośredniej pomocy osobom w kryzysie suicydalnym.

Ponieważ adresatami tego programu są grupy zawodowe istotne z punktu widzenia identyfikacji i pomocy osobom w kryzysie suicydalnym kluczowym elementem Programu jest ich szkolenie w zakresie kompetencji i umiejętności rozpoznawania i zapobiegania zachowaniom samobójczym pacjentów, uczniów i innych osób w stanach zagrożenia samobójczego.

30 godzinny moduł edukacyjny powinien zawierać następujące tematy: podstawowe objawy depresji i jej leczenia, czynniki ryzyka suicydalnego blisko, średnio i długoterminowe, sygnały ostrzegawcze, ćwiczenia w zakresie zadawania pytań o myśli samobójcze, środowiskowe i sytuacyjne czynniki zagrożeń suicydalnych, w tym sytuacja materialna, zawodowa i rodzinna, ocena dostępu do śmiertelnych środków – broni, leków, trucizn itp.

ocena możliwości i zakresu wsparcia najbliższych osób, ocena możliwości sieci lokalnych ośrodków pomocy społecznej, psychologicznej i psychiatrycznej oraz metody współpracy w ramach działań interwencyjnych i pomocowych.

6. OCENA KOSZTÓW PROGRAMU

- a. Koszt uruchomienia informatora internetowego i jego systematyczna aktualizacja szacunkowy koszt 150 tysięcy złotych w 2013 i aktualizacja 25 tysięcy złotych rocznie. W ramach Programu koszt informatora w latach 2013-2015 wynosi 200 tysięcy złotych.
- b. Koszty wprowadzenia systematycznych szkoleń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach 30 godzinnego modułu suicydologicznego przy założeniu, że koszt szkolenia jednej osoby wynosi przeciętnie 300 złotych.
W okresie 3 lat przy wykorzystaniu finansowania z budżetu państwa i budżetów samorządowych w 16 województwach planuje się przeszkolenie około 9 tysięcy lekarzy rodzinnych i innych lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej.. Całkowity koszt szkoleń – 2,7 miliona w okresie 3 lat – 900 tysięcy złotych rocznie.
- c. W około 600 poradni psychologiczno-pedagogicznych w kraju i szkoleniu 3-4 psychologów i pedagogów z jednej poradni do przeszkolenia byłoby ok. 2000 osób, a koszt wynosiłby ok.600 tysięcy złotych w okresie 3 lat czyli około 200 tysięcy zł. rocznie.
- d. Ponieważ najwyższe współczynniki samobójstw notuje się w rejonach wiejskich proponujemy także przeszkolenie duchownych (księży) z parafii rzymsko-katolickich, których ogółem jest w Polsce ponad 10 tysięcy, ale koncentrujemy się na parafiach wiejskich, dlatego szkoleniem można objąć ok. 3 tysięcy księży, w tym także 100-200 duchownych innych wyznań. Koszt tego szkolenia wynosi w skali Polski 900 tysięcy złotych w okresie 3 lat czyli około 300 tysięcy złotych rocznie.
- e. W ramach Programu Zapobiegania Samobójstwom nie ma kosztów związanych z działaniem i utrzymaniem ośrodków interwencji kryzysowych, tylko koszt przeszkolenia w ramach tego samego 30 godzinnego modułu edukacyjnego z suicydologii dla psychologów i pedagogów, przy założeniu, że z jednego ośrodka

należy przeszkolić od 3 do 5 osób i liczbie 379 powiatów, należy programem szkolenia objąć około 2000 osób czyli w okresie 3 lat koszt wyniósłby około 600 tysięcy złotych - około 200 tysięcy złotych rocznie.

- f. Organizacja (lokal, usługi telekomunikacyjne i komputerowe) i utworzenie ogólnopolskiego całodobowo działającego telefonu zaufania i portalu pomocowego w internecie dla osób w sytuacjach kryzysowych (nie tylko związanych z zagrożeniami suicydalnymi). Szacunkowe koszty osobowe, techniczne i lokalowe około 1,2 miliona rocznie. W okresie 3 lat 3,6 miliona złotych

Całkowity koszt głównie programu edukacyjnego wynosi szacunkowo 8,6 milionów złotych w okresie 3 lat i ok. 2,9 milionów złotych rocznie finansowanych głównie z budżetów samorządowych wojewódzkich i powiatowych.

7. EWALUACJA I MONITOROWANIE EFEKTÓW PROGRAMU

Patrz: cel główny – zmniejszenie do 2020 roku o co najmniej 20 procent współczynnika samobójstw dokonanych w Polsce, w tym przede wszystkim na wsi.

Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

Patrz: cel główny – podstawowym miernikiem efektywności Programu będą zmniejszające się współczynniki samobójstw w Polsce w kolejnych latach realizacji zadań programu od 2013 roku, a głównie w latach 2015-2020.

W ramach mierników efektywności realizacji celów szczegółowych będą nimi:

1. Liczba przeszkolonych lekarzy, psychologów, pedagogów, duchownych oraz innych pracowników służb ratunkowych i pomocowych. Ocena skuteczności tych szkoleń przez liczbę rozpoznań zaburzeń depresyjnych (afektywnych), liczbę poddanych terapii pacjentów z tendencjami suicydalnymi i udanych interwencji zapobiegających zachowaniom samobójczym, czyli ocena ich efektywności.
2. Liczba wejść (ocena ilościowa) do internetowego informatora
3. Liczba rozmów (ocena ilościowa), porad i interwencji w uruchomionym ogólnopolskim, całodobowym telefonie zaufania dla osób w kryzysie suicydalnym, które zapobiegły dokonaniu zamachu samobójczego we współpracy z innymi służbami np. pogotowiem ratunkowym, policją, strażą pożarną itp. Ocena jakościowa, w tym skuteczności tych interwencji.
4. Liczba wejść (ocena ilościowa) i udzielonych porad i interwencji w uruchomionym ogólnopolskim, całodobowym portalu pomocowym dla osób w kryzysie suicydalnym. Ocena jakościowa, w tym skuteczności tych interwencji.
5. Liczba porad i różnych form pomocy dla osób w kryzysie suicydalnym (ocena ilościowa) w ośrodkach interwencji kryzysowych. Ocena jakościowa, w tym skuteczności tych interwencji i różnych form pomocy.

8. Programy regionalne - wojewódzkie

W Ramowym Programie Zapobiegania Samobójstwom, na tym etapie opracowania, przedstawiamy tylko dane GUS, które mogą służyć jako podstawa konstruowania regionalnych programów (Tabela 4). W tabeli zwraca uwagę duże zróżnicowanie regionalne. W województwie dolnośląskim współczynniki samobójstw są dwukrotnie wyższe niż w województwach śląskim, świętokrzyskim czy kujawsko-pomorskim. Do województw o najwyższych współczynnikach samobójstw należą oprócz dolnośląskiego, lubuskie, lubelskie, łódzkie. Najniższe współczynniki samobójstw notuje się w świętokrzyskim, śląskim, kujawsko-pomorskim i podkarpackim.

Istotna dla programów wojewódzkich jest dynamika współczynników samobójstw w poszczególnych województwach (Tabela 4).. Największe wzrosty współczynników samobójstw w tym okresie zanotowano w województwach: łódzkim, lubelskim, podlaskim, zachodniopomorskim, wielkopolskim i w warmińsko-mazurskim. Największe spadki - w województwach: kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i śląskim.

Jeszcze raz należy zaznaczyć, że wszystkie programy regionalne muszą w swoich priorytetach uwzględnić objęcie większą pomocą i zwiększeniem dostępności do placówek pomocy społecznej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej i ośrodków interwencji kryzysowych na terenach wiejskich, gdzie notuje się największe współczynniki samobójstw.

Można podjąć próbę przedstawienia kilku hipotez wyjaśniających te różnice. Pierwsza hipoteza wyjaśniająca terytorialne zróżnicowanie współczynników samobójstw wskazuje, że województwa o najwyższych współczynnikach to są, z jednej strony tereny zachodniej i północnej części Polski do 1945 roku wchodzące w skład Niemiec, które zostały zasiedlone

przez bardzo zróżnicowaną kulturowo ludność i proces integracji na tych ziemiach nie został jeszcze zakończony.

Te tereny posiadają, także większe od przeciętnych w Polsce wskaźniki przestępczości i innych problemów społecznych oraz zdrowotnych, jak np. uzależnień, rozwodów, przemocy rodzinnej i bezrobocia. Z drugiej strony są to dwa województwa wschodnie lubelskie i podlaskie, dla których trudno znaleźć proste hipotezy wyjaśniające. Wyjaśnienie znacznych wzrostów współczynników samobójstw w ostatnich 6 latach w tych województwach wymaga pogłębionej analizy wielu czynników społeczno-ekonomicznych i dodatkowych badań.

Województwa o najniższych współczynnikach samobójstw, to głównie tradycyjne, z mocno zintegrowanymi od setek lat społecznościami lokalnymi, z ludnością o konserwatywnych i tradycyjnych wartościach, o relatywnie wysokim poziomie religijności, gdzie występuje sporo czynników chroniących (protekcyjnych) przed zachowaniami samobójczymi. Ponadto dodatkową hipotezą wyjaśniającą niższe współczynniki samobójstw w tych województwach jest także protekcyjnie działający czynnik dużej emigracji zarobkowej za granicę i duże środki finansowe napływające od członków rodziny z zagranicy, które poprawiają obiektywnie gorszą sytuację ekonomiczną i relatywnie uboższą infrastrukturę cywilizacyjną w stosunku do terenów północnej, zachodniej i południowo-zachodniej części Polski.

Jednym z zadań już nie w ramach Ramowego Ogólnopolskiego Programu Zapobiegania Samobójstwom powinno być na podstawie jego wytycznych i zaleceń opracowanie i wdrożenie do realizacji wojewódzkich programów zapobiegania samobójstwom w ramach programów ochrony zdrowia psychicznego.

Opracowanie programów do grudnia 2012 roku i systematyczne wykonywanie przyjętych w programach zadań w latach 2013-2015 oraz ich ewaluacja w kolejnych latach przez ośrodek koordynujący realizację całego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w tym także zespół ludzi odpowiedzialny za realizację Programu Zapobiegania Samobójstwom.

Tabela 4 Polska - samobójstwa według województw

	2004		2005		2006		2007		2008		2009
	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys. ludności	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys. ludności	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys. ludności	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys. ludności	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys. ludności	Współczynnik na 100 tys. ludności
Polska	6071	15,9	6043	15,8	5805	15,2	5282	13,9	5681	14,9	16,9
Dolnośląskie	577	19,9	531	18,4	532	18,5	461	16,0	512	17,7	23,1
Kujawsko-pomorskie	327	15,8	324	15,7	278	13,5	286	13,9	278	13,5	11,9
Lubelskie	309	14,1	298	13,7	309	14,2	262	12,1	354	16,3	19,4
Lubuskie	184	18,4	158	15,8	176	17,6	179	17,9	170	17	20,9
Łódzkie	433	16,7	447	17,3	469	18,2	437	17,1	463	18,1	22,1
Małopolskie	490	15,0	504	15,4	453	13,9	442	13,5	487	14,9	15,7
Mazowieckie	807	15,7	799	15,5	767	14,9	635	12,3	765	14,8	15,4
Opolskie	155	14,8	141	13,6	152	14,6	129	12,4	129	12,4	16,0
Podkarpackie	307	14,6	296	14,1	311	14,8	246	11,8	295	14,1	14,9
Podlaskie	170	14,2	190	15,8	144	12,0	186	15,6	216	18,1	19,0
Pomorskie	355	16,2	353	16,1	336	15,3	298	13,5	311	14,1	16,9
Śląskie	703	14,9	669	14,3	668	14,3	541	11,6	525	11,3	11,9
Świętokrzyskie	174	13,5	149	11,6	159	12,4	129	10,1	126	9,9	10,1
Warmińsko-mazurskie	246	17,3	274	19,2	247	17,3	221	15,5	231	16,2	19,9
Wielkopolskie	526	15,6	573	17,0	526	15,6	515	15,2	521	15,4	18,4
Zachodniopomorskie	308	18,2	337	19,9	278	16,4	315	18,6	298	17,6	22,3

PRZYPISY

- 1./ Strona internetowa WHO - www.who.int/topics/suicide/en/ - kwiecień 2012 r.
- 2./Wszystkie dane statystyczne dla Polski są cytowane za Głównym Urzędem Statystycznym (GUS) w Warszawie. Są one gromadzone, przetwarzane i publikowane na podstawie kart zgonów i są weryfikowane przez Wojewódzkie Urzędy Statystyczne
- 3./ Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective. Red. Danuta Wasserman, Camilla Wasserman, Oxford University Press, 2009
- 4./ Suicide. An unnecessary death. Red. Danuta Wasserman, Martin Dunitz, London, 2001
- 5./ Prevention and treatment of suicidal behavior. From science to practice, Red: Keith Hawton, Oxford University Press, Oxford, New York, 2005
6. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa-Warszawa, 2003. Wersja polska na stronie internetowej – www.who.int/topics/suicide/en/
- 7.. Brunon Hołyst Suicydologia, Wyd. 2, LexisNexis, Warszawa, 2012
- 8.. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Genewa-Warszawa, 2003. Wersja polska na stronie internetowej – www.who.int/topics/suicide/en/
9. John Mann et al. Suicide prevention strategies. Systematic review. JAMA; 294(16), 2005 s.2064-2074