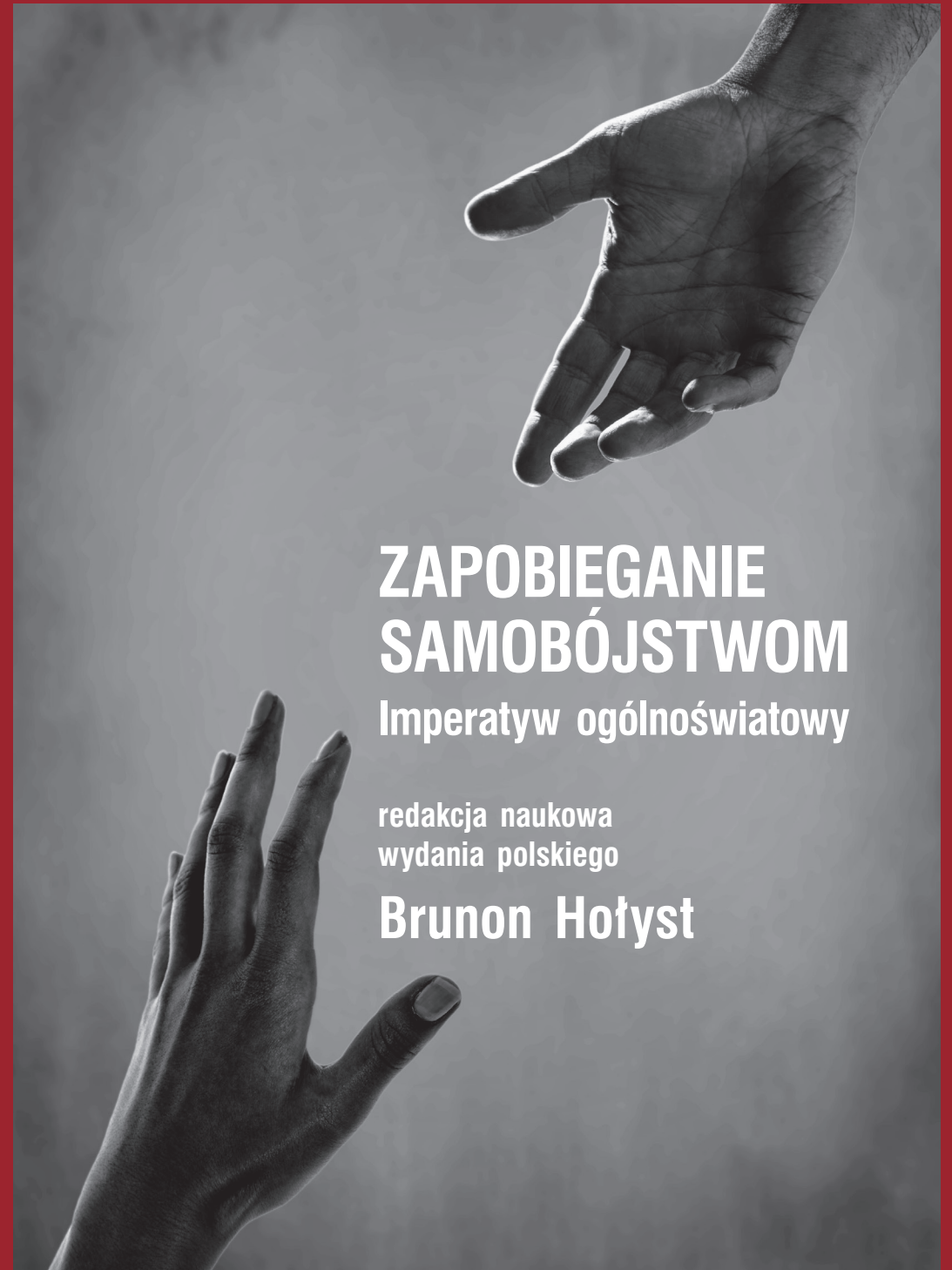


ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM Imperatyw ogólnoswiatowy



# ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM

Imperatyw ogólnoswiatowy

redakcja naukowa  
wydania polskiego

**Brunon Hołyst**



# **ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM**

**Imperatyw ogólnościowych**

redakcja naukowa wydania polskiego

**Brunon Hołyst**



Published by the World Health Organization in 2014 under the title Preventing suicide: a global imperative

© World Health Organization 2014

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wydała zgodę na tłumaczenie i publikację wydania w języku polskim dla Instytutu Psychiatrii i Neurologii, który jest wyłącznie odpowiedzialny za jakość i wierność polskiego tłumaczenia. W przypadku jakiegokolwiek niezgodności pomiędzy wersją angielską a polską oryginalne wydanie angielskie będzie wiążącą i autentyczną wersją.

Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnościatowy

© Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2018

Redakcja naukowa polskiej wersji  
Prof. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst

Współpraca redakcyjna  
Dr Daria Biechowska  
Dr Norbert Malec

Wydawca  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

# SPIS TREŚCI

4	<b>Przedmowa do wydania polskiego – Brunon Holyst</b>
9	<b>Słowo wstępne</b>
11	<b>Wstęp</b>
13	<b>Autorzy i podziękowania</b>
16	<b>Streszczenie</b>
23	<b>Wprowadzenie</b>
29	<b>Sytuacja epidemiologiczna na świecie: samobójstwa i próby samobójcze</b>
30	Umieralność z powodu samobójstwa
42	Próby samobójcze
49	<b>Czynniki ryzyka, czynniki chroniące i związane z nimi interwencje</b>
53	System ochrony zdrowia i czynniki ryzyka związane ze społeczeństwem
60	Czynniki ryzyka związane ze społecznością lokalną i relacjami
67	Indywidualne czynniki ryzyka
74	Co chroni ludzi przed ryzykiem samobójstwa?
77	<b>Obecna sytuacja w dziedzinie zapobiegania samobójstwom</b>
78	Co już wiadomo i co dotychczas osiągnięto
80	Co robią teraz poszczególne kraje w sprawie zapobiegania samobójstwom?
83	Obecna sytuacja prawna samobójstwa na świecie i perspektywy zmian
85	<b>Praca nad kompleksową odpowiedzią kraju w sprawie zapobiegania samobójstwom</b>
90	Jak można stworzyć kompleksową strategię narodową i dlaczego jest przydatna?
99	Jak można śledzić postępy, oceniając skuteczność narodowej strategii zapobiegania samobójstwom?
102	Koszty i opłacalność działań na rzecz zapobiegania samobójstwom
105	<b>Droga do zapobiegania samobójstwom</b>
106	Co można zrobić i kogo należy włączyć w działania?
106	Budowanie drogi naprzód
114	Jak wygląda sukces?
117	<b>Kluczowe wnioski</b>
120	<b>Bibliografia</b>
130	<b>Aneksy</b>
130	Aneks 1. Dane szacunkowe: ogólna liczba i współczynniki samobójstw z podziałem na płeć i wiek w latach 2000 i 2012
147	Aneks 2. Państwa członkowskie WHO podzielone według regionów WHO i przeciętnego dochodu na głowę mieszkańca

# PRZEDMOWA DO WYDANIA POLSKIEGO

Wiele osób zadaje sobie pytanie, czy wobec złożoności form i motywów samounicestwienia należy w ogóle stosować jakąś profilaktykę. Są przecież przypadki samobójstw tak umotywowane, że trudno nie zgodzić się z racjami osoby, która targnęła się na życie. Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa, gdy rozpatruje się poszczególne przypadki – wydaje się jednak oczywista, gdy mówimy o zjawisku społecznym i biologicznym. 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 podstawową potrzebą człowieka jest zachowanie 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 społecznego.

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. Niepełna świadomość lub brak świadomości decyzji wtedy, gdy mamy do czynienia z przestępstwem, jest okolicznością łagodzącą dla sprawcy, a w przypadku

autoagresji musi stać się przedmiotem zainteresowania profilaktycznego. Fryderyk Hölderlin mówił: „Tam, gdzie istnieje niebezpieczeństwo, wyrasta również ratunek”. Wiele badań – jak stwierdzają eksperci Światowej Organizacji Zdrowia – wykazuje, że samobójstwa są często popełniane raczej w wyniku „wołania o pomoc” niż jako zdecydowane pragnienie rozstania się z życiem.

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 żyć.

Fakt, że na świecie rocznie umiera śmiercią samobójczą 800 tys. osób, jest podstawą do wezwania społeczeństwa, aby uczyniło wszystko, by pomóc zagrożonym ludziom. Miliony ludzi potrzebują pomocy w sytuacjach kryzysowych. I nie jest to tylko ich problem. Niepokój tych ludzi udziela się ich rodzinom, otoczeniu, a nawet całemu społeczeństwu. Ze względów ogólnospołecznych nie można więc traktować samobójstwa jako aktu wolnej woli, która powinna być respektowana.

Zapobieganie samobójstwom jest nie tylko kwestią fachowych kwalifikacji osób profesjonalnie zajmujących się tą dziedziną, lecz przede wszystkim zwykłej ludzkiej dobroci. Nad pytaniem, czym jest „dobroć” i jak ją dokładnie określić, myśleli od wieków filozofowie. Na pytanie to próbowali znaleźć odpowiedź również pisarze i poeci. „Dobro rodzi się wtedy, kiedy ludzie zapominają o sobie” – pisał Lew Tołstoj. Znakomite przykłady określenia dobroci znajdujemy w rozważaniach Tadeusza Kotarbińskiego i Władysława Tatarkiewicza. Trudno jednak podać jakąś uniwersalną definicję dobroci. Nieco łatwiej wymienić jej cechy. Jedną z ważniejszych jest ten rodzaj nastawienia do innych, który można nazwać „zasadą otwartej dłoni”. Rzadko uświadamiamy sobie, że to, co traktujemy dziś jako formę obyczajową – podawanie ręki, odwracanie się twarzą do rozmówcy, patrzenie w oczy – wywodzi się z bardzo odległych tradycji symboliki bezpieczeństwa pierwszego kontaktu między obcymi. Otwarta, wyciągnięta dłoń to dłoń nieuzbrojona, to deklaracja przyjaznych zamiarów.

W naszych stosunkach społecznych, szczególnie w sytuacji, gdy czynienie dobra zastępowano deklaracjami bez pokrycia, niezwykle ważne jest przywrócenie znaczenia pierwszego kontaktu. Życzliwe zaangażowanie się w sprawy ludzkie musi być rozumne. Nie chodzi bowiem o to, aby naszą pomocą odbierać innym inicjatywę samodzielnego rozwiązywania problemów, i nie chodzi również o to, aby służyć komuś pomocą w każdej sprawie nawet wtedy, gdy jego ambicje nie mogą być zrealizowane z powodu braku predyspozycji. Jeżeli nasze życie

społeczne ma być oczyszczone z fałszu układów klikowych, wzajemnego popierania się niezależnie od wartości moralnej tych układów, to również pojęcie „dobroć” musi być powiązane wyłącznie z działaniami prawdziwie życzliwymi, rzeczowymi, bezinteresownymi, tolerancyjnymi i sprawiedliwymi.

Czyny kierowane zasadą dobroci dają wielką szansę na porozumienie się ludzi różnych orientacji ideologicznych, poziomów intelektualnych i systemów kulturowych. Porozumienie takie jest warunkiem niezbędnym ładu społecznego i skuteczności współpracy w ramach wspólnoty narodowej, a w konsekwencji również międzynarodowej. Ludzie powinni pamiętać, że żyją nie tylko swoim życiem, lecz także życiem innych. Żeby więc realizować rozsądną dobroć, trzeba uważnie słuchać, próbować zrozumieć sytuację innych, być uważnym wobec tych, którzy potrzebują naszej pomocy. Dobroć jest niezbędna dla wyważenia proporcji między dawaniem i braniem. Funkcją dobroci powinno być tworzenie łańcucha dobrej woli. To, co czynimy dla innych, nie może być obciążone oczekiwaniem rewanżu – okazana dobroć będzie procentować w różnych układach naszych kontaktów społecznych.

Profilaktyka presuicydalna powinna stanowić system działań ciągłych i wielostronnych. Założenia tego programu można przedstawić następująco: pierwszym i niezbędnym ogniwem działania jest stałe pogłębianie wiedzy o procesach motywacyjnych zachowań autodestrukcyjnych. Ważne jest właściwe rozpoznanie określonego przez Erwina Ringela syndromu presuicydalnego, który prowadzi do zaniku mechanizmów obronnych, a w konsekwencji do aktów samobójczych.

Nie można jednak ograniczać się tylko do informacji o stanach i sytuacji osób, które podjęły próby samobójcze lub samobójstwa dokonały – przede wszystkim niezbędne jest diagnozowanie stanów mogących doprowadzić do autodestrukcji. Diagnozy zatem nie mogą dotyczyć tylko jednostek, lecz powinny określać własności układu społeczno-ekonomiczno-politycznego, w którym funkcjonuje społeczeństwo. Co więcej, diagnozy te powinny obejmować wiedzę z zakresu wpływu różnorodnych czynników na samopoczucie i procesy decyzyjne jednostki.

Drugim założeniem jest konieczność prowadzenia wszelkich działań zapobiegawczych równolegle poprzez trzy kanały oddziaływania na trzy systemy zaspokajania potrzeb. Oznacza to praktycznie regulację funkcjonalnego mechanizmu powiązań między potrzebami społecznymi, wzorami zaspokojenia potrzeb i możliwościami ich zaspokojenia. Niezbędne jest wprowadzenie ścisłej dyscypliny w kontroli procesu zmian dokonujących się w społeczeństwie.

Ten rodzaj działania traktuję jako najogólniejszy poziom prewencji. Opiera się ona na założeniu, że każda zmiana jakiegokolwiek elementu rzeczywistości – czy to materialnej, społecznej czy duchowej – musi zostać natychmiast dostrzeżona, a zarazem zabezpieczona przed pojawieniem się zjawisk ujemnych w kontekście, w którym wprowadzony element będzie funkcjonował.

Praktyczne zastosowanie powyższych uwag dotyczyć powinno następujących poziomów działania prewencyjnego:

Poziom I – najogólniejszy – obejmuje oddziaływanie edukacyjne na całe społeczeństwo w kierunku wyrobienia postaw akceptujących życie, postaw ułatwiających rozwiązywanie problemów życiowych i adaptowania się do nowych sytuacji życiowych, postaw antysuicydalnych.

Poziom II – działanie na populację potencjalnie zagrożoną pojawieniem się postaw presuicydalnych. Populację taką można wyselekcjonować na drodze diagnozowania społecznego.

Poziom III – oddziaływanie instytucjonalne i pozainstytucjonalne na osoby, które znalazły się już w sytuacji presuicydalnej. Jest to praca zindywidualizowana, nastawiona na określone jednostki.

Poziom IV – oddziaływanie w sytuacji suicydalnej. Istnieje wiele różnorodnych form oddziaływania terapeutycznego. W szerszym ujęciu, które proponuję, można nazwać je działaniami prewencyjnymi. Nieobojętny jest bowiem sposób – czy to medyczny, czy psychologiczno-socjologiczny – przywracania jednostce, która targnęła się na własne życie, zarówno możliwości, jak i motywacji życia.

Poziom V – oddziaływanie na jednostki w sytuacji postsuicydalnej. Praca psychologiczna i socjologiczna, a często też medyczna z tymi osobami należy do rzadkości, to znaczy ogranicza się do tych przypadków, gdy jednostka wykazuje po odratowaniu odchylenia od przyjętej, zresztą niezbyt precyzyjnie, normy zachowań. Natomiast wówczas gdy odchylenia te nie są wyraźnie zauważalne, jednostka wraca do społeczeństwa i praktycznie nie wiadomo, czy jest przygotowana do kontynuowania życia, czy tylko chwilowo zubożyła, natomiast jej motywacje samobójcze pozostały.

Wszystkie wymienione poziomy prewencji muszą mieć postać dostosowaną do czynników przyczynowych i właściwości osobniczych. Zróżnicowanie form działania musi zatem dotyczyć zarówno pola, w którym powstała motywacja suicydalna, jak i kondycji biologicznej, psychicznej, społecznej, kulturowej, ekonomicznej, przestrzennej osoby, która znalazła się w populacji osób wykazujących tendencje do autodestrukcji.



W Polsce od wielu lat obserwuje się niewystarczający udział przedstawicieli służby zdrowia zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej w działalności profilaktycznej mającej na celu zapobieganie zamachom samobójczym. Należy pamiętać, że wielu potencjalnych samobójców w okresie kilku miesięcy, tygodni czy dni poprzedzających samobójstwo odwiedza swoich lekarzy, nie poruszając z własnej inicjatywy dręczących ich dramatycznych przeżyć. Dlatego pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej mogą odegrać znaczącą rolę w zapobieganiu samobójstwom, pytając swoich pacjentów, a szczególnie tych wykazujących smutek i przygnębienie, o myśli samobójcze, a w przypadku uzyskania potwierdzenia – wdrożyć odpowiednie postępowanie. Pracownik POZ nie powinien się obawiać, że nawiązując do rozmowy o samobójstwie, może zachęcić pacjenta do zamachu na życie, a wręcz przeciwnie – chory będzie wdzięczny za postawione pytanie zmierzające do uratowania mu życia, bo ocena stanu psychicznego i wdrożone odpowiednie postępowanie mogą zapobiec tragedii.

Dużą rolę w zapobieganiu samobójstwom odgrywają pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy mają długotrwałe i bliskie kontakty ze społecznością lokalną i są dobrze odbierani przez mieszkańców. Stanowią oni ważne ogniwo łączące społeczność lokalną ze służbą zdrowia.

W wielu krajach rozwijających się, gdzie opieka w zakresie zdrowia psychicznego nie jest dobrze rozwinięta, placówki podstawowej opieki zdrowotnej są często głównym miejscem świadczenia takiej opieki. Dzięki dobrej znajomości społeczności lokalnej ich pracownicy mogą zapewnić ciągłość opieki. To często od nich zaczyna się kontakt ze służbą zdrowia i świadczenia zdrowotne dla osób w bardzo złym stanie emocjonalnym. Pracownicy służby zdrowia są dostępni, mają odpowiednią wiedzę, a także są zaangażowani w świadczenie opieki.

Publikacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wyraźnie wskazuje, że samobójstwom można zapobiegać. Materiał zgromadzony w tej publikacji został zebrany w 2014 r. i stanowi zachętę do czynności profilaktycznych w poszczególnych krajach świata. Bardzo optymistyczne są wnioski o możliwości obniżenia współczynników samobójstw o 10% do 2020 roku.

Niniejsza publikacja zawiera analizę materiałów źródłowych pozwalających na opracowanie także w Polsce wieloaspektowej strategii skutecznego zapobiegania samobójstwom.

Prezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego  
Prof. zw. dr hab. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst

# SŁOWO WSTĘPNE

Każde samobójstwo jest tragedią. Szacuje się, że co roku ponad 800 tys. osób umiera wskutek samobójstwa i że na każdy taki zgon przypada wiele prób samobójczych. Wpływ samobójstwa na rodziny, przyjaciół i społeczności jest katastrofalny i dalekosiężny, a także utrzymuje się jeszcze długo po odebraniu sobie życia przez bliską osobę.

Niestety, zbyt często nie traktuje się samobójstwa priorytetowo jako jednego z najważniejszych problemów zdrowia publicznego. Mimo postępu badań i coraz większej wiedzy o samobójstwach i próbach samobójczych jest to nadal temat tabu, który wiąże się z taką stygmatyzacją, że ludzie często w ogóle nie szukają pomocy lub są pozostawiani sami sobie. A jeśli już poszukują wsparcia, to wielu systemom i służbom opieki zdrowotnej nie udaje się zdążyć na czas z udzieleniem skutecznej pomocy.

Samobójstwom można jednak zapobiec. Ten raport zachęca do kontynuacji dobrej roboty w krajach, w których podjęto już działalność prewencyjną, a także do umieszczenia prewencji samobójstw wysoko na liście priorytetów – niezależnie od tego, jakie miejsce zajmuje obecnie dany kraj pod względem współczynnika samobójstw lub przeciwdziałania samobójstwom. Dzięki skutecznym – opartym na dowodach naukowych i podejmowanym w porę – interwencjom, leczeniu i wspieraniu można zapobiec zarówno samobójstwom, jak i próbom samobójczym. Problem samobójstw nie obciąża jedynie sektora opieki zdrowotnej; oddziałuje w rozmaity sposób na wiele sektorów i na całe społeczeństwo. Ruszając zatem w drogę ku skutecznemu zapobieganiu samobójstwom, każdy kraj powinien przyjąć podejście wielosektorowe i traktować kwestię samobójstw w sposób kompleksowy, łącząc we wspólnym działaniu różne sektory i różne zainteresowane podmioty najbardziej istotne w danym kontekście.

W przyjętym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) *Planie Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego w latach 2013–2020* państwa członkowskie WHO zobowiązały się do podjęcia działań we wspólnym celu: obniżenia krajowego współczynnika częstości samobójstw o 10% do roku 2020. W Programie Zapewniania Łuk w Ochronie Zdrowia Psychicznego (*Mental Health Gap Action Programme*), rozpoczętym przez WHO w 2008 r., uznano samobójstwo za jeden z priorytetowych stanów chorobowych i przedstawiono oparte na dowodach wskazówki techniczne, jak ulepszyć świadczenie usług w poszczególnych krajach.

W takim właśnie kontekście mam przyjemność przedstawić raport „Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnoświatowy”. Opierając się na wcześniejszych pracach, raport ten wnosi dwa kluczowe elementy, które pozwalają iść naprzód: przedstawia nie tylko globalną bazę wiedzy o samobójstwie i próbach samobójczych, jaką mogliby się kierować rządzący, decydenci i inni interesariusze, lecz także kolejne kroki możliwe do zrealizowania przez poszczególne kraje, z uwzględnieniem ich obecnych zasobów i sytuacji. Ponadto stanowi ważny materiał źródłowy umożliwiający opracowanie kompleksowej, wielosektorowej strategii skutecznego zapobiegania samobójstwom.

Każdy przypadek utraty życia wskutek samobójstwa to o jeden przypadek za dużo. Jedyną drogą jest wspólne działanie, a najwyższy czas, by zacząć działać, jest właśnie teraz. Wzywam wszystkich interesariuszy, by uznali zapobieganie samobójstwom za bezwzględnie, pilną konieczność.

Dr Margaret Chan  
Dyrektor Generalna  
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

# WSTĘP

Samobójstwom można zapobiec. Mimo to co 40 sekund ktoś umiera gdzieś na świecie z powodu samobójstwa, a dużo więcej osób podejmuje próbę samobójczą. We wszystkich regionach świata zdarzają się samobójstwa w każdym wieku, a zwłaszcza wśród ludzi młodych. W grupie wieku 15–29 lat samobójstwo na całym świecie jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów.

Samobójstwo uderza w najsłabsze populacje świata, a rozpowszechnienie samobójstw jest najwyższe w już zmarginalizowanych i dyskryminowanych grupach społeczeństwa. Jest to poważny problem zdrowia publicznego nie tylko w krajach rozwiniętych, choć w rzeczywistości większość samobójstw odnotowuje się w krajach o niskim lub średnim poziomie dochodów, gdzie zasoby i usługi, o ile w ogóle istnieją, często bywają trudno dostępne i ograniczone w zakresie wczesnego rozpoznawania, leczenia i wspierania osób potrzebujących. Ze względu na te uderzające fakty oraz brak interwencji w odpowiednim momencie samobójstwo stanowi na całym świecie problem zdrowia publicznego, którym trzeba się zająć niezwłocznie.

Raport ten jest pierwszą tego rodzaju publikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zebrano tu w przystępnej formie wszystko, co powinno umożliwić podejmowanie natychmiastowych działań. Celem raportu jest upowszechnienie świadomości, jak wielki wpływ na zdrowie publiczne mają samobójstwa i próby samobójcze, a także spowodowanie, by prewencję samobójstw potraktowano jako problem priorytetowy w programach zdrowia publicznego na całym świecie. Raport ma także zachęcać i wspierać poszczególne kraje w dążeniu do opracowania lub rozbudowania kompleksowych strategii zapobiegania samobójstwom w ramach wielosektorowego podejścia do zdrowia publicznego.

Dla narodowej strategii zapobiegania samobójstwom najważniejsza jest rola rządu, umożliwiająca zebranie pod wspólnym kierownictwem wielu różnych zainteresowanych podmiotów, które w innej sytuacji mogłyby ze sobą nie współpracować. Ponadto ze względu na swój unikatowy status rządy państw mogą budować i wzmacniać systemy nadzoru (gromadzenia danych statystycznych), a także dostarczać danych niezbędnych jako podstawa działania i rozpowszechniać je. W tym raporcie zaproponowano praktyczne wskazówki dotyczące strategicznych działań, jakie mogą podjąć rządy, korzystając z posiadanych zasobów oraz istniejących już form działalności na rzecz zapobiegania samobójstwom. Chodzi przede wszystkim o oparte na dowodach naukowych niskonakładowe interwencje, skuteczne nawet przy ograniczonych zasobach.

Niniejsza publikacja nie byłaby możliwa bez istotnego udziału ekspertów i partnerów z całego świata. Chcielibyśmy im podziękować za niezmiernie ważną pracę i wsparcie.

W zamierzeniu autorów ten źródłowy raport pozwoli decydentom i innym interesariuszom uczynić z prewencji samobójstw imperatyw, bezwzględną konieczność. Tylko wtedy każdy kraj będzie mógł w odpowiednim czasie opracować efektywną strategię narodową, zdejmując ciężar cierpienia spowodowanego przez samobójstwa i próby samobójcze z poszczególnych osób, rodzin, społeczności i całego społeczeństwa.

Dr Shekhar Saxena  
Dyrektor  
Departament ds. Zdrowia Psychicznego  
i Nadużywania Substancji Psychoaktywnych  
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

Dr Etienne Krug  
Dyrektor  
Departament ds. Zapobiegania Przemocy  
i Urazom oraz Niepełnosprawności  
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

# AUTORZY I PODZIĘKOWANIA

## KONCEPTUALIZACJA I KIEROWNICTWO

Shekhar Saxena (WHO), Etienne Krug (WHO), Oleg Chestnov (WHO).

## KOORDYNACJA PROJEKTU I REDAKCJA

Alexandra Fleischmann (WHO), Sutapa Howlader (Australia), Lakshmi Vijayakumar (Indie), Alex Butchart (WHO).

## WKŁAD TECHNICZNY I RECENZJE

Członkowie grup roboczych

### Grupa Robocza 1:

*Epidemiologia samobójstw i prób samobójczych*

Michael Phillips (Przewodniczący, Chiny), Vladeta Ajdacic-Gross (Szwajcaria), Vladimir Carli (Szwecja), Paul Corcoran (Irlandia), Alex Crosby (USA), Diego De Leo (Australia), David Gunnell (Wielka Brytania), Thomas Simon (USA).

### Grupa Robocza 2:

*Czynniki ryzyka, czynniki chroniące i związane z nimi interwencje*

Danuta Wasserman (Przewodnicząca, Szwecja), Alan Apter (Izrael), Annette Beautrais (Nowa Zelandia), Vladimir Carli (Szwecja), Gergő Hadlaczky (Szwecja).

### Grupa Robocza 3:

*Obecna sytuacja i praca nad kompleksową odpowiedzią kraju w sprawie zapobiegania samobójstwom*

Alan Berman (Przewodniczący, USA), Ella Arensman (Irlandia), Stephanie Burrows (Afryka Południowa), Brian Mishara (Kanada), Vanda Scott (Francja), Morton Silverman (USA), Tadashi Takeshima (Japonia).

### Grupa Robocza 4:

*Droga naprzód*

Diego De Leo (Przewodniczący, Australia), Alex Crosby (USA), Keith Hawton (Wielka Brytania), Merete Nordentoft (Dania), Thomas Simon (USA).

## MIĘDZYNARODOWY ZESPÓŁ AUTORÓW

Guilherme Borges (Meksyk), Robert Bossarte (USA), Yoshinori Cho (Japonia), Pamela Collins (USA), Margreet Duetz Schmucki (Szwajcaria), Tony Durkee (Szwecja), Maiko Fujimori (Japonia), Ulrich Hegerl (Niemcy), Wakako Hikiji (Japonia), Sebastian Hokby (Szwecja), Masatoshi Inagaki (Japonia), Miriam Iosue (Włochy), Elvira Keller-Guglielmetti (Szwajcaria), Marla Israel (Kanada), Chiaki Kawanishi (Japonia), Murad Khan (Pakistan), Manami Kodaka (Japonia), Takafumi Kubota (Japonia), Xianyun Li (Chiny), Shih-Cheng Liao (Chiny, Taipei), Richard McKeon (USA), Winnie Mitchell (USA), Anahit Mkrtchian (Szwecja), Masayuki Morikawa (Japonia), Mihoko Morley (Japonia), Sheila Ndyana-bangi (Uganda), Etsuji Okamoto (Japonia), Kotaro Otsuka (Japonia), Jong-Ik Park (Republika Korei), Jane Pearson (USA), Alfredo Pemjean (Chile), Jane Pirkis (Australia), Beverly Pringle (USA), Yukio Saito (Japonia), Marco Sarchiapone (Włochy), Deborah Stone (USA), Yoshitomo Takahashi (Japonia), Osamu Tanaka (Japonia), Camilla Wasserman (USA), Barbara Weil (Szwajcaria), Takashi Yamauchi (Japonia).

## SPECJALIŚCI RECENZENCI

Paulo Alterwain (Urugwaj), Karl Andriessen (Belgia), Judit Balázs (Węgry), José M. Bertolote (Brazylia), Jafar Bolhari (Iran), Eric Caine (USA), Erminia Colucci (Australia), Karen Devries (Wielka Brytania), Michael Dudley (Australia), Jacqueline Garrick (USA), Onja Grad (Słowenia), Ricardo Gusmão (Portugalia), Christina Hoven (USA), Hiroto Ito (Japonia), Jack Jordan (USA), Nav Kapur (Wielka Brytania), Elisabeth Kohls (Niemcy), Frances Law (Chiny, Hong Kong SAR), Myf Maple (Australia), Sean McCarthy (Irlandia), Roberto Mezzina (Włochy), James Mugisha (Uganda), Thomas Niederkroenthaler (Austria), Rory O'Connor (Wielka Brytania), George Patton (Australia), John Peters (Wielka Brytania), Steve Platt (Wielka Brytania), Jerry Reed (USA), Dan Reidenberg (USA), Karen Scavacini (Brazylia), Jean-Pierre Soubrier (Francja), Emmanuel Streel (Belgia), Kanna Sugiura (Japonia), Elizabeth Theriault (Kanada), Peeter Värnik (Estonia), Paul Yip (Chiny, Hong Kong SAR).

## RESPONDENCI W BADANIACH ANKIETOWYCH

Ahmad Abdulbaghi (Irak), Emad Abdulghani (Irak), Francisca Trinidad Acosta (Honduras), Ahmed Al-Ansari (Bahrajn), Dora Ninette Alburez de von Ahn (Gwatemala), Charity Sylvia Akotia (Ghana), Atalay Alem (Etiopia), Layachi Anser (Katar), Alan Apter (Izrael), Ella Arensman (Irlandia), Tomas Baader (Chile), Hissani Abdou Bacar (Komory), Loraine Barnaby (Jamajka), Annette Beautrais (Nowa Zelandia), Siham Benchekron (Maroko), Eleanor Bennett (Belize), Julio Bobes (Hiszpania), José M Bertolote (Brazylia), Dora Caballero (Paragwaj), Mohamed Chakali (Algeria), Kin Sun Chan (Chiny, Makao SAR), Ana-Maria Chavez-Hernandez (Meksyk), Doina Cozman (Rumunia), Diego De Leo (Australia), Remco De Winter (Holandia), Sounkary Doumbouya (Gwinea), Kari Dyregrov (Norwegia), Michel Dzalamou (Kongo), Rabih El Chammay (Liban), Félix Evangelista (Salwador), Mohamed Chakali (Algeria), Rangiau Fariu (Wyspy Cooka), Georg Fiedler (Niemcy), Gonzalo Baldomero Gonzalez Henriquez (Panama), Tobi Graafsma (Surinam), Onja Grad (Słowenia), Alenka Tancic Grum (Słowenia), Kyooseob Ha (Republika Korei), Mitra Hefazi (Iran), Hilda Ho (Brunei Darussalam), Seyed Mohammad Hosseini (Iran), Gerard Hutchinson (Trynidad), Tekie Iosefa (Tokelau), Zahidul Islam (Bangladesz), Bhoomikumar Jegannathan (Kambodża), Mark Jordans (Nepal), Nusa Konec Juricic (Słowenia), Nestor Kapusta (Austria), Chiaki Kawanishi (Japonia), Murad Khan (Pakistan), Brigitte Khoury (Liban), Michael Lebina (Lesotho), Filifaiésea Lilo (Tonga), Paul Links (Kanada), Nasser Loza (Egipt), Daniella Malulu (Seszele), T Maniam (Malezja), Sabour A Mansouri (Afganistan), Cardoso Margarida (Wyspy Zielonego Przylądka), Carlos Martinez (Argentyna), Lars Mehlum (Norwegia), Naomi Mnthali (Botswana), Alkhulaidi Mohamed (Jemen), Driss Moussaoui (Maroko), James Mugisha (Uganda), David Ndeti (Kenia), Tharcisse Niyonzigiye (Burundi), Merete Nordentoft (Dania), Wilhelm Nordfjord (Islandia), Rory O'Connor (Wielka Brytania), Silvia Peláez (Urugwaj), Michael Phillips (Chiny), Alexander Pinzon (Kolumbia), Maurizio Pompili (Włochy), Vita Postuvan (Słowenia), Toms Pulmanis (Łotwa), Mbolatiana Soanirina Raharinivo (Madagaskar), Lakshmi Ratnayake (Sri Lanka), Sateesh Babu Ravulapati (Indie), Yury Razvodovsky (Białoruś), Daniel Reidenberg (USA), Saška Roškar (Słowenia), Vsevolod Rozanov (Ukraina), Outi Ruishalme (Finlandia), Luis Miguel Sanchez-Loyo (Meksyk), Bashir Ahmad Sarwari (Afganistan), Lourens Schlebusch (Afryka Południowa), Armin Schmidtke (Niemcy), Jozef Sidlo (Słowacja), Chhit Sophal (Kambodża), Jean-Pierre Soubrier (Francja), Aida Sylla (Senegal), Zonda Tamás (Węgry), Alexandre Teixeira (Portugalia), Prakarn Thomyangkoon (Tajlandia), Edgardo Juan Tolentino (Filipiny), Kees Van Heeringen (Belgia), Airi Värnik (Estonia), Margda Waern (Szwecja), Abdirisak Mohamed Warsame (Somalia), Barbara Weil (Szwajcaria), Paul Wong (Chiny, Hong Kong SAR), Antonio Eugenio Zacarias (Mozambik), Anka Zavasnik (Słowenia).

## **SEKRETARIAT ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA (WHO)**

Katerina Ainali, Richard Brown, Somnath Chatterji, Dan Chisholm, Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Jane Ferguson, Michelle Funk, Claudia Garcia Moreno, Anna Gruending, Evelyn Kortum, Doris Ma Fat, Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers, Mwansa Nkowane, Margaret Peden, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekke, Leanne Riley, Florence Rusciano, Chiara Servili, Joanna Tempowski, Rebekah Thomas Bosco, Mark van Ommeren, Erica Wheeler, Taghi M Yasamy.

## **BIURA REGIONALNE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA**

Sebastiana Da Gama Nkomo, Biuro Regionalne WHO dla Afryki; Claudina Cayetano, Hugo Cohen, Devora Kestel & Jorge Rodriguez, Biuro Regionalne WHO dla obu Ameryk; Nazneen Anwar, Biuro Regionalne WHO dla Azji Południowo-Wschodniej; Matthijs Muijen, Biuro Regionalne WHO dla Europy; Khalid Saeed, Biuro Regionalne WHO dla Regionu Wschodnio-Śródziemnomorskiego; Yutaro Setoya & Xiangdong Wang, Biuro Regionalne WHO dla Zachodniego Pacyfiku.

## **STAŻYŚCI**

Rhett Corker, Justin Granstein, Henrik Heitmann, Eugenie Ng, Amrita Parekh, Charlotte Phillips, Veronica Pisinger, Tahilia Rebello, Nóra Sándor.

## **POMOC ADMINISTRACYJNA**

Adeline Loo (WHO), Grazia Motturi (WHO), Paule Pillard (WHO).

## **ZESPÓŁ WYDAWCÓW**

**Opracowanie redakcyjne:** David Bramley, Szwajcaria

**Projekt i układ graficzny:** Yusuke Nakazawa, Japonia

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) pragnie podziękować za wkład techniczny następującym instytucjom: International Association for Suicide Prevention (IASP, Międzynarodowemu Stowarzyszeniu Zapobiegania Samobójstwom); WHO Collaborating Centre for Research and Training in Suicide Prevention (Współpracującemu z WHO Ośrodkowi Badań Naukowych i Szkolenia w sprawie Zapobiegania Samobójstwom), Brisbane, Australia; WHO Collaborating Centre for Research and Training in Suicide Prevention (Współpracującemu z WHO Ośrodkowi Badań Naukowych i Szkolenia w sprawie Zapobiegania Samobójstwom), Pekin, Chiny; WHO Collaborating Centre for Research, Methods Development and Training in Suicide Prevention (Współpracującemu z WHO Ośrodkowi Badań Naukowych, Metodyki i Szkolenia w sprawie Zapobiegania Samobójstwom), Sztokholm, Szwecja; Center for Suicide Prevention (Ośrodkowi ds. Zapobiegania Samobójstwom), Japonia; Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Ośrodkom ds. Zwalczania i Zapobiegania Chorobom), USA; Defense Suicide Prevention Office (Biuru Departamentu Obrony ds. Zapobiegania Samobójstwom), USA; Rządowi Japonii; Rządowi Szwajcarii; National Institute of Mental Health (NIMH, Narodowemu Instytutowi Zdrowia Psychicznego), USA; Public Health Agency of Canada (Kanadyjskiej Agencji ds. Zdrowia Publicznego); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, Administracji Służb ds. Zdrowia Psychicznego i Nadużywania Substancji Psychoaktywnych), USA; oraz Veterans Health Administration (Administracji ds. Zdrowia Kombatantów), USA.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) pragnie podziękować: Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Ośrodkom ds. Zwalczania i Zapobiegania Chorobom), USA, Rządowi Japonii; Rządowi Szwajcarii oraz National Institute of Mental Health (NIMH, Narodowemu Instytutowi Zdrowia Psychicznego), USA, za wsparcie finansowe, a korporacji Syngenta w Szwajcarii za subwencjonowanie druku publikacji.



# STRESZCZENIE

## Wprowadzenie

W maju 2013 na sześćdziesiątym szóstym Zgromadzeniu Ogólnym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjęto pierwszy *Plan Działania WHO w sprawie Zdrowia Psychicznego*. Zapobieganie samobójstwom stanowi integralną część tego planu – za cel przyjęto obniżenie współczynnika samobójstw o 10% do roku 2020 (1). Żaden pojedynczy czynnik nie wyjaśnia, dlaczego ludzie umierają z powodu samobójstwa. Wiele samobójstw zdarza się pod wpływem impulsu, a w takich okolicznościach łatwy dostęp do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa, np. pestycydów czy broni palnej, może stanowić różnicę – doprowadzić do tego, że ktoś będzie żył lub umrze.

Czynniki społeczne, psychologiczne, kulturowe i inne mogą, łącznie, prowadzić do zachowania samobójczego, lecz skutek stygmatyzacji związanej z zaburzeniami psychicznymi i samobójstwami wiele osób nie będzie szukać pomocy. Mimo dowodów świadczących o tym, że wielu zgonom można zapobiec, problem samobójstwa zbyt często nie stanowi priorytetu dla rządów i decydentów. Celem tego raportu jest nie tylko doprowadzenie do tego, by zapobieganie samobójstwom na całym świecie znalazło się na liście priorytetów w programach zdrowia publicznego i polityki publicznej, lecz także upowszechnienie świadomości, że samobójstwo jest problemem z zakresu zdrowia publicznego.

Raport powstał w procesie konsultacji na całym świecie, na podstawie systematycznych przeglądów danych i dowodów naukowych, przy merytorycznym udziale partnerów i zainteresowanych stron.

## Sytuacja epidemiologiczna na świecie: samobójstwa i próby samobójcze

Szacuje się, że na całym świecie w roku 2012 doszło do 804 tys. samobójstw zakończonych zgonem, co oznacza, że roczny standaryzowany względem wieku współczynnik samobójstw na świecie wynosi 11,4 na 100 tys. ludności (15,0 dla mężczyzn i 8,0 dla kobiet). Ponieważ jednak samobójstwo jest tematem wrażliwym, a w niektórych krajach jest nawet prawnie zabronione, współczynniki te są najprawdopodobniej zaniżone. W krajach, w których prowadzi się rzetelną rejestrację zgonów i urodzeń, samobójstwa często mogą być błędnie klasyfikowane jako wypadki lub zgony z innych przyczyn. Rejestracja samobójstwa jest skomplikowaną procedurą wymagającą udziału przedstawicieli kilku różnych władz, w tym często funkcjonariuszy organów ochrony porządku publicznego. W krajach zaś, w których nie ma rzetelnej rejestracji zgonów, samobójców po prostu się nie liczy.

W krajach zamożniejszych śmiercią samobójczą umiera trzy razy więcej mężczyzn niż kobiet, natomiast w krajach o niskim lub średnim poziomie dochodów ta proporcja jest dużo niższa: na każdą kobietę przypada 1,5 mężczyzny. W skali całego świata samobójstwa stanowią 50% wszystkich przypadków gwałtownej śmierci mężczyzn i 71% w przypadku kobiet. Jeśli uwzględnimy wiek, współczynniki samobójstw są najwyższe wśród osób w wieku 70 lat lub więcej – zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, w niemal wszystkich regionach świata. W niektórych krajach współczynniki te są najwyższe wśród ludzi młodych, a na całym świecie samobójstwo jest drugą najczęstszą przyczyną zgonu w grupie wieku 15–29 lat. Połknięcie pestycydów, powieszenie i użycie broni palnej należą do najczęstszych na świecie metod popełniania samobójstwa, lecz stosowanych sposobów jest wiele, przy czym wybór metody często zależy od grupy populacyjnej.

Corocznie na każdego samobójcę przypada znacznie więcej osób, które usiłują popełnić samobójstwo. Trzeba zauważyć, że wcześniejsza próba samobójcza jest najważniejszym pojedynczym czynnikiem ryzyka samobójstwa w populacji ogólnej. Dla skutecznego zapobiegania zarówno do samobójstwom, jak i próbom samobójczym niezbędna jest poprawa dostępności i jakości danych o zgonach z urzędów stanu cywilnego, szpitalnych systemów informacyjnych oraz badań ankietowych.

Ograniczenie dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa jest kluczowym elementem zapobiegania samobójstwom. Polityka ogranicza-

nia środków (obejmująca np. ograniczenie dostępu do pestycydów i broni palnej, montowanie barier na mostach) wymaga nie tylko wiedzy o metodach preferowanych przez różne grupy społeczeństwa, lecz także współdziałania i współpracy wielu różnych sektorów.

## Czynniki ryzyka, czynniki chroniące i związane z nimi interwencje

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 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. Natomiast czynniki ryzyka na poziomie indywidualnym obejmują: wcześniejsze próby samobójcze, zaburzenia psychiczne, szkodliwe picie alkoholu, straty finansowe, przypadki samobójstw w rodzinie.

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 stresem.

## **Obecna sytuacja w dziedzinie zapobiegania samobójstwom**

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat ogromnie wzrosła wiedza o zachowaniach samobójczych. Badania naukowe wykazały na przykład, w jak wielkim stopniu zachowania samobójcze zdeterminowane są przez wzajemne oddziaływanie czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, środowiskowych i kulturowych. Równocześnie badania epidemiologiczne pomogły zidentyfikować wiele czynników ryzyka i czynników chroniących przed samobójstwem zarówno w populacji ogólnej, jak i w grupach zagrożonych. Stwierdzono również różnorodność kulturową w odniesieniu do ryzyka samobójstwa, przy czym zależność ta jest dwukierunkowa – kultura może zarówno zwiększać ryzyko zachowań samobójczych, jak i przed nim chronić.

W kwestii polityki wiadomo obecnie, że 28 państw ma narodową strategię zapobiegania samobójstwom oraz że Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom organizowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom obchodzi się na całym świecie co roku 10 września. Powstało wiele jednostek badawczych zajmujących się samobójstwami, prowadzone są kursy uniwersyteckie na temat samobójstwa i zapobiegania samobójstwom. Pomocy praktycznej udzielają niebędący specjalistami pracownicy służby zdrowia, przyczyniając się do poprawy diagnozowania zachowań samobójczych i prowadzenia takich przypadków. W wielu miejscach powstały grupy samopomocowe, a przeszkoleni wolontariusze pomagają udzielać porad online i przez telefon.

W ciągu ostatniego półwiecza w wielu krajach dokonano depenalizacji samobójstwa, uznając, że nie jest ono przestępstwem, co znacznie ułatwia poszukiwanie pomocy osobom ze skłonnościami samobójczymi.

## Praca nad kompleksową odpowiedzią kraju w sprawie zapobiegania samobójstwom

Systematyczna praca nad kompleksową odpowiedzią kraju w sprawie samobójstw prowadzi do stworzenia narodowej strategii zapobiegania samobójstwom. Narodowa strategia świadczy o zaangażowaniu i zobowiązaniu się rządu danego kraju do pracy nad problemem samobójstw. Na typową strategię narodową składa się wiele strategii prewencyjnych, takich jak: nadzór (gromadzenie danych statystycznych o samobójstwach), ograniczanie środków umożliwiających popełnienie samobójstwa, wytyczne dla mediów, redukcja stygmatyzacji i zwiększanie świadomości społecznej, a także prowadzenie szkoleń dla pracowników sektorów zdrowia i edukacji, policji i innych służb. Do strategii tych zalicza się też świadczenie usług w ramach interwencji kryzysowej i postwencji (wspieranie osób po samobójczej śmierci kogoś bliskiego).

Najważniejszym elementem budowania narodowej strategii zapobiegania samobójstwom jest uczynienie z prewencji samobójstw priorytetu wielosektorowego, obejmującego nie tylko w sektor zdrowia, lecz także sektory: edukacji, zatrudnienia, opieki społecznej, wymiaru sprawiedliwości i inne. Strategia powinna być dostosowana do specyfiki kulturowej i społecznej danego kraju, w ramach kompleksowego podejścia ustalając i przyjmując najlepsze praktyki i interwencje oparte na dowodach naukowych. Należy dokonać alokacji zasobów umożliwiających osiąganie celów zarówno krótko- i średnioterminowych, jak i odległych w czasie, długofalowych. Niezbędne jest efektywne planowanie; sama strategia wymaga regularnej ewaluacji, a wyniki ewaluacji powinno się uwzględniać przy planowaniu dalszej działalności.

W krajach, w których nie ma jeszcze w pełni rozwiniętej kompleksowej strategii narodowej, jej brak nie powinien być przeszkodą we wdrażaniu celowanych programów prewencji samobójstw, ponieważ takie programy mogą stanowić część odpowiedzi kraju. Ich celem jest identyfikacja grup zagrożonych samobójstwem oraz poprawa dostępu tych grup do świadczeń i zasobów.

## Droga do zapobiegania samobójstwom

Ministrowie zdrowia mają ważne zadania: nie tylko odgrywają rolę kierowniczą, lecz także skupiają wokół siebie interesariuszy z innych sektorów w swoim kraju.

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 zapłacić. 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 wydajność.

Posuwając się naprzód – trzeba brać pod uwagę dwie kwestie. Po pierwsze, działania ukierunkowane na zapobieganie samobójstwom należy prowadzić w tym samym czasie co zbieranie danych. Po drugie, nawet jeśli ma się poczucie, że kraj nie jest jeszcze gotowy na to, żeby mieć narodową strategię zapobiegania samobójstwom, to proces konsultacji z interesariuszami w sprawie takiej strategii często wzbudza zainteresowanie i stwarza gotowość do zmian w środowisku. Proces tworzenia narodowej strategii prowadzi do zaangażowania i wywołuje poczucie zobowiązania interesariuszy, zachęca do publicznej debaty o stygmatyzacji, grupy zagrożone zostają zidentyfikowane, określa się priorytety badań naukowych, a także zwiększa świadomość opinii publicznej i mediów.

Postępy prac nad strategią można oceniać za pomocą takich miar, jak:

- procentowy spadek współczynnika samobójstw;
- liczba interwencji, które skutecznie zapobiegły samobójstwom;
- zmniejszenie liczby osób hospitalizowanych po próbie samobójczej.

W krajach, które kierują się przyjętym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) *Planem Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego na lata 2013–2020* (1), za cel można przyjąć obniżenie współczynnika samobójstw o 10%. Wiele krajów będzie chciało obniżyć ten współczynnik jeszcze bardziej. Co ważne, na dłuższą metę redukcja ryzyka tylko częściowo prowadzi do spadku liczby samobójstw. Promowanie czynników pozytywnych pomaga zbudować przyszłość – przyszłość, w której organizacje w społecznościach lokalnych wspierają potrzebujących pomocy i kierują ich do właściwych placówek, rodziny i kręgi towarzyskie wzmacniają odporność swoich bliskich i skutecznie interweniują, aby im pomóc, w społeczeństwie zaś powstaje klimat zachęcający do debaty publicznej – klimat, w którym poszukiwanie pomocy nie jest już tematem tabu.

## Kluczowe wnioski

Samobójstwa zbierają obfite żniwo. Co roku ponad 800 tys. osób umiera z powodu samobójstwa, które stanowi drugą najczęstszą przyczynę śmierci w grupie wiekowej 15–29 lat. Istnieją dane wskazujące, że na każdego dorosłego samobójcę może przypadać ponad 20 osób podejmujących próbę samobójczą.

Samobójstwom można zapobiec. Aby odpowiedź kraju na to wyzwanie była skuteczna, potrzebna jest kompleksowa, wielosektorowa strategia zapobiegania samobójstwom.

Ograniczenie dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa działa. Skuteczną strategią prewencji samobójstw i prób samobójczych jest ograniczenie dostępu do najpopularniejszych sposobów, takich jak: pestycydy, broń palna, niektóre leki.

Zapobieganie samobójstwom powinno stać się jednym z podstawowych świadczeń opieki zdrowotnej. Zaburzenia psychiczne i szkodliwe picie alkoholu 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 bliskiego.

# WPROWADZENIE

Każde samobójstwo jest osobistą tragedią. Przedwczesna śmierć – odebranie sobie życia przez człowieka – wywiera rozchodzący się jak fala sejsmiczna ogromny, długotrwały wpływ na życie jego rodziny, przyjaciół i całej społeczności. Co roku ponad 800 tys. osób umiera z powodu samobójstwa – co 40 sekund ktoś ginie. Jest to problem zdrowia publicznego, który dotyka społeczności, regiony i całe kraje.

Do najbardziej zagrożonych należą ludzie młodzi – na całym świecie samobójstwo jest obecnie drugą najczęstszą przyczyną śmierci osób w wieku od 15 do 29 lat. Współczynniki liczbowe w poszczególnych krajach różnią się, ale to w krajach o niskim lub średnim poziomie dochodów liczba samobójstw jest największa: szacuje się, że w tych krajach następuje 75% wszystkich samobójstw popełnionych na świecie.

W maju 2013 r. sześćdziesiąte szóste Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) formalnie przyjęło pierwszy *Plan Działania WHO w sprawie Zdrowia Psychicznego*. W planie tym wezwano państwa członkowskie WHO, aby wykazały większe zaangażowanie w sprawy zdrowia psychicznego, zakładając konkretne cele. Zapobieganie samobójstwom stanowi integralną część tego planu, przy czym za cel przyjęto obniżenie współczynnika samobójstw w tych krajach o 10% do roku 2020 (1).

Co powoduje samobójstwo? Dlaczego co roku tak wielu ludzi odbiera sobie życie? Czy z powodu biedy? Bezrobocia? Zerwanych związków? Czy też przyczyną są depresja albo inne poważne zaburzenia psychiczne? Czy samobójstwo jest skutkiem impulsywnego zachowania, czy może rozhamowania pod wpływem alkoholu czy narkotyków? Takich pytań jest wiele, lecz nie ma prostych odpowiedzi. Żaden pojedynczy czynnik nie wystarcza, by wyjaśnić, dlaczego ktoś zginął śmiercią samobójczą: zachowanie samobójcze jest zjawiskiem



złożonym, na które wpływa interakcja kilku czynników – osobistych, społecznych, psychologicznych, kulturowych, biologicznych i środowiskowych.

Wprawdzie ustalono, że niewątpliwie istnieje związek między samobójstwem a zaburzeniami psychicznymi, lecz szersze uogólnienia dotyczące czynników ryzyka są przeciwskuteczne. Coraz więcej danych wskazuje, że największe znaczenie dla zrozumienia ryzyka samobójstwa ma kontekst. Wiele samobójstw zdarza się impulsywnie, w chwilach kryzysu, a w takich sytuacjach łatwy dostęp do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa – jak pestycydy czy broń palna – może zadecydować o tym, czy człowiek będzie żył, czy umrze. Do innych czynników ryzyka samobójstwa należy załamanie zdolności do radzenia sobie z takimi stresami życiowymi, jak np. problemy finansowe. Poza tym przypadki przemocy seksualnej i molestowania dzieci mają silny związek z zachowaniami samobójczymi. Współczynniki samobójstw różnią się też w obrębie danego kraju, są wyższe wśród mniejszości narodowych i etnicznych oraz wśród osób doświadczających dyskryminacji.

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.

Mamy już rozwiązania dla wielu tych problemów, a istniejąca baza wiedzy stanowi wystarczającą, mocną podstawę do podjęcia działań.

## **Samobójstwom można zapobiec**

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.

Uznaną strategią zapobiegania samobójstwom jest diagnozowanie i leczenie zaburzeń psychicznych, co opisuje przyjęty przez WHO *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP – Program Zapewniania Łuk w Ochronie Zdrowia Psychicznego), w którym zidentyfikowano oparte na dowodach naukowych strategie na poziomie indywidualnym, w tym diagnozowanie i objęcie opieką osób po próbie samobójczej. Na poziomie populacji program ten postuluje ograniczenie dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa, opraco-

wanie polityki redukcji szkodliwego picia alkoholu przy użyciu wielu strategii szczegółowych oraz propagowanie odpowiedzialnych metod informowania o samobójstwach w środkach masowego przekazu.

Ponadto pomocna okazała się również priorytetyzacja interwencji prewencyjnych w populacjach zagrożonych, m.in. interwencji wobec osób, które w przeszłości próbowały popełnić samobójstwo. W rezultacie wyodrębniono i opisano „postwencję” jako ważny element zapobiegania samobójstwom: członkowie rodziny i przyjaciele przeżywający żałobę po samobójstwie bliskiej osoby także potrzebują opieki i wsparcia.

Zapobieganie samobójstwom wymaga wizji, planu i zestawu szczegółowych strategii. Działania te muszą opierać się na danych empirycznych. Konieczne jest stworzenie koncepcji teoretycznej wyznaczającej działania w sposób uwzględniający specyfikę kulturową, chociaż nie ma jakiegoś uniwersalnego zestawu strategii, który nadawałby się dla każdego kraju. Niezmiernie ważna jest ciągłość kierownictwa, gdyż cele prewencji samobójstw można osiągnąć jedynie przez ciągłe dążenie do ich realizacji.

Doprowadzenie do zmiany społecznej wymaga trzech istotnych czynników: wiedzy (zarówno naukowej, jak i pochodzącej z praktyki), poparcia społecznego (woli politycznej) i strategii społecznej – w tym strategii narodowej – aby osiągnąć cele zapobiegania samobójstwom.

## Cele raportu

Mimo danych świadczących o tym, że samobójstwom można zapobiec, i to często za pomocą niskonakładowych interwencji, na całym świecie rządy i decydenci zbyt często uważają samobójstwa za problem mało ważny. Celem tego raportu jest spowodowanie, by prewencja samobójstw zajęła wyższe miejsce na światowych listach priorytetów zdrowia publicznego i polityki publicznej, a także uświadomienie społeczeństwu, że samobójstwa stanowią pełnoprawny problem zdrowia publicznego. W tym raporcie WHO przedstawia oparte na dowodach naukowych interwencje, których celem jest zmniejszenie liczby samobójstw, a także wzywa partnerów do wzmożenia działań prewencyjnych.

Na podstawie dostępnych danych zwraca się uwagę na rozmiar problemu, opisując status i konsekwencje zarówno samobójstw, jak i prób samobójczych na całym świecie. W poszczególnych sekcjach raportu zaproponowano wytyczne dotyczące sposobów postępowania w praktyce z zakresu zdrowia publicznego, które każdy kraj może zaadaptować w prewencji samobójstw na każdym etapie życia człowieka.

Można mieć nadzieję, że niniejszy raport stanie się podstawowym materiałem źródłowym dla wszystkich stron zaangażowanych w prewencję samobójstw, przede wszystkim dla ministrów zdrowia, planistów i decydentów, a także dla organizacji pozarządowych (NGOs), badaczy, pracowników służby zdrowia i przedstawicieli społeczności lokalnych, mediów oraz dla ogółu społeczeństwa.

## Metoda

Raport ten powstał w procesie konsultacji na całym świecie, na podstawie systematycznych przeglądów danych i dowodów naukowych oraz materiałów dostarczonych przez kilku różnych partnerów i interesariuszy zarówno należących do WHO, jak i spoza tej organizacji. Koncepcję i wersje robocze poszczególnych części raportu opracowali czołowi specjaliści w dziedzinie zapobiegania samobójstwom, którzy – korzystając ze swej zbiorowej wiedzy fachowej – nakreślili obraz samobójstw na świecie i stworzyli mapę drogową w obszarze prewencji samobójstw.

## Terminologia

Należy podkreślić, że w procesie powstawania raportu po przeprowadzeniu wielu dyskusji uzgodniono podane niżej definicje. W żadnym razie nie oznacza to, że wyklucza się możliwość ewolucji terminów w tej dziedzinie oraz posługiwania się innymi terminami z uzasadnionych przyczyn w innych miejscach tego raportu. Ostateczne rozstrzygnięcie problemów terminologicznych i definicji zachowania samobójczego przekracza zakres tego raportu.

Dla celów tego raportu przyjęto, że termin **samobójstwo** oznacza akt umyślnego odebrania sobie życia.

Dla celów tego raportu przez **próbę samobójczą** rozumie się każde zachowanie samobójcze niezakończone zgonem, co odnosi się do umyślnego zatrucia się, okaleczenia lub samouszkodzenia, które mogło być dokonane z zamiarem odebrania sobie życia lub bez takiego zamiaru i skutku.

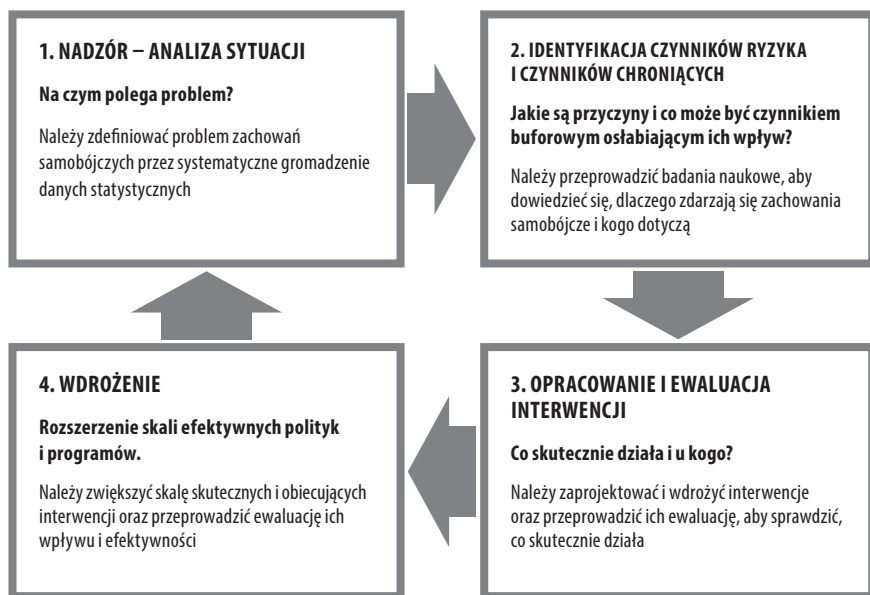
Należy zwrócić uwagę na implikacje i komplikacje wynikające z uwzględnienia samouszkodzeń ciała w definicji pojęcia „próba samobójcza”. Oznacza to, że termin ten obejmuje niezakończone zgonem samouszkodzenia bez zamiaru samobójczego, co jest problematyczne ze względu na możliwe różnice w podejmowaniu interwencji. Trudno jednak ocenić zamiar osoby podejmującej próbę samobójczą, gdyż może mieć do tego stosunek ambiwalentny, a nawet swój zamiar ukrywać.

Ponadto przypadki śmierci w wyniku samouszkodzenia bez zamiaru samobójczego albo wskutek próby samobójczej podjętej początkowo z zamiarem samobójczym, w trakcie której dana osoba rozmyśliła się i nie chce już umrzeć, lecz znalazła się w stanie terminalnym, mogą być zarejestrowane jako zgony samobójcze. Rozróżnienie tych dwóch kategorii jest trudne, nie da się zatem ustalić, jaki procent przypadków można przypisać samouszkodzeniom z zamiarem samobójczym i bez takiego zamiaru.

**Zachowania samobójcze** – termin ten oznacza wiele zachowań, do których należą: myślenie o samobójstwie (myśli samobójcze), planowanie samobójstwa, podjęcie próby samobójczej i wreszcie samobójstwo jako takie (samobójstwo dokonane). Zaliczenie myśli samobójczych do kategorii zachowań samobójczych jest zagadnieniem złożonym i na ten temat toczy się obecnie merytoryczna dyskusja akademicka. Decyzję o włączeniu myśli samobójczych do zachowań samobójczych podjęto w celu uproszczenia, ponieważ w badaniach naukowych uwzględnionych w tym raporcie nie ma jednomyślnego stanowiska w sprawie myśli samobójczych.

## Treść raportu

W tym raporcie – pierwszej takiej publikacji WHO – przedstawiono obszerny przegląd problematyki samobójstw, prób samobójczych i działań w zakresie prewencji samobójstw na świecie oraz wyróżniono oparte na dowodach naukowych podejścia, które można zaadaptować w różnych warunkach przy opracowywaniu polityki i programów zapobiegania samobójstwom. W raporcie zaproponowano model zdrowia publicznego jako podstawę prewencji samobójstw (rysunek 1). Według tego modelu pierwszym krokiem w zapobieganiu samobójstwom jest nadzór (ang. *surveillance*, gromadzenie danych statystycznych w celu analizy sytuacji), aby móc zdefiniować i zrozumieć problem. Następnie należy zidentyfikować czynniki ryzyka i czynniki chroniące (a także skuteczne interwencje) oraz przejść do kulminacyjnego etapu: wdrożenia – obejmującego ewaluację i zwiększenie skali interwencji, co prowadzi do ponownego podjęcia analizy sytuacji na podstawie danych statystycznych i do kolejnych kroków. Konieczne jest stworzenie koncepcji sterującej całokształtem działań prewencyjnych – najlepiej w postaci kompleksowej strategii narodowej. Taka nadrzędna koncepcja opracowana na podstawie danych empirycznych z uwzględnieniem specyfiki kulturowej powinna powstać po to, by kierować opracowywaniem, wdrażaniem i ewaluacją działań prewencyjnych z wizją, wolą polityczną, przywództwem, zaangażowaniem interesariuszy i wreszcie, co nie mniej ważne, finansowaniem prewencji samobójstw.



Rysunek 1. **Model zdrowia publicznego**

Chociaż samobójstwa są najczęstszą na świecie przyczyną zgonów, nadal nie stanowią priorytetu w dziedzinie zdrowia publicznego. W prewencję samobójstw i badania nad samobójstwami nie inwestuje się tak niezbędnych nakładów finansowych i zasobów ludzkich. Można mieć nadzieję, że ten raport stanie się podstawą do opracowywania i wdrażania kompleksowych strategii zapobiegania samobójstwom na całym świecie.

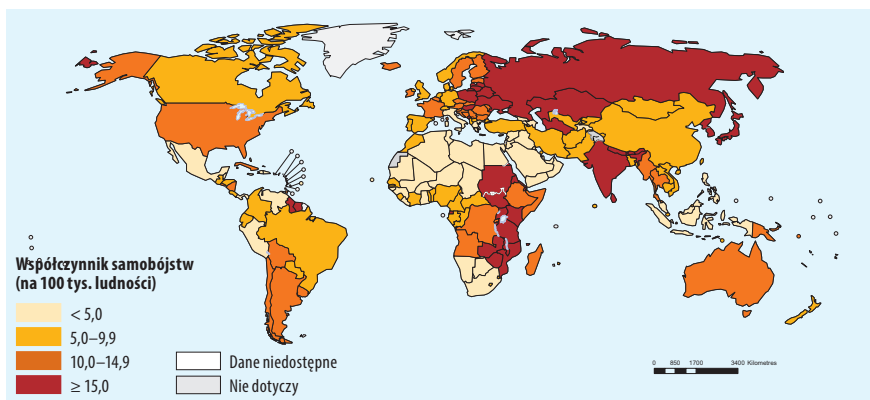
# SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA NA ŚWIECIE: SAMOBÓJSTWA I PRÓBY SAMOBÓJCZE

## **Mit:**

Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie mają zamiaru go popełnić.

## **Fakt:**

Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, być może poszukują pomocy lub wsparcia. Bardzo wiele osób zastanawiających się nad popełnieniem samobójstwa odczuwa lęk, głęboki smutek i przygnębienie, ma poczucie beznadziejności i może uważać, że nie ma innego wyjścia.



**Mapa 1. Współczynniki samobójstw standaryzowane względem wieku (na 100 tys. ludności), dla kobiet i mężczyzn łącznie, 2012**

Rozpowszechnienie i cechy zachowań samobójczych oraz metody popełnienia samobójstwa bardzo się różnią w poszczególnych społecznościach, grupach demograficznych, a także zmieniają się w czasie. Wobec tego nadzór – analiza aktualnych danych statystycznych dotyczących samobójstw i prób samobójczych – stanowi zasadniczy element działań prewencyjnych w skali ogólnokrajowej i lokalnej. Samobójstwo jest stygmatyzowane (lub zabronione prawnie) w wielu krajach. W rezultacie trudno uzyskać wysokiej jakości dane statystyczne dotyczące zachowań samobójczych – dane, które mogłyby stanowić podstawę działania, zwłaszcza w krajach, w których nie ma dobrych systemów rejestracji danych o stanie cywilnym ludności (urzędów, w których rejestruje się m.in. zgony samobójcze) albo dobrych systemów zbierania danych o świadczeniach szpitalnych (rejestrujących osoby leczone po próbie samobójczej). Aby opracować i wdrożyć odpowiednie programy zapobiegania samobójstwom w społeczności lokalnej lub w skali całego kraju, trzeba stwierdzić, jakie są ograniczenia dostępnych danych, oraz dążyć do poprawy jakości takich danych, aby można było precyzyjniej oceniać efektywność konkretnych interwencji.

## Umieralność z powodu samobójstwa

Głównym źródłem danych wykorzystanych w tym rozdziale jest dokument *WHO Global Health Estimates (Globalna statystyka zdrowotna WHO)*. Przedstawione oszacowania opracowano przede wszystkim na podstawie posiadanej

przez WHO bazy danych dotyczących umieralności – jest to rejestr światowych danych demograficznych z uwzględnieniem przyczyn zgonów, który powstał na podstawie informacji dostarczanych WHO przez państwa członkowskie (2). Aby uzyskać takie oszacowania, zastosowano wiele metod modelowania statystycznego. Metody te opisano w dokumentacji technicznej WHO Department of Health Statistics and Information Systems (Departamentu Statystyki Zdrowotnej i Systemów Informatycznych WHO) (3). W tym rozdziale przedstawiono wyniki regionalne i w skali świata. W większości przypadków podane współczynniki są standaryzowane względem wieku, zgodnie ze strukturą wiekową w WHO World Standard Population (Standardowej Populacji Świata), co ułatwia porównania między regionami oraz w czasie. Mapa 1 oraz aneksy 1 i 2 przedstawiają szacunkowe krajowe współczynniki samobójstw w 2012 r. w 172 państwach członkowskich WHO, których populacja wynosi najmniej 300 tys. (w krajach o mniejszej liczbie ludności współczynniki są niestabilne).

## Światowe i regionalne współczynniki samobójstw

Jak pokazuje tabela 1, szacuje się, że w 2012 r. na całym świecie odnotowano 804 tys. zgonów samobójczych. Oznacza to, że roczny światowy współczynnik samobójstw standaryzowany względem wieku wynosi 11,4 na 100 tys. ludności (15,0 dla mężczyzn i 8,0 dla kobiet).

**Tabela 1. Dane szacunkowe: ogólna liczba i współczynniki samobójstw w poszczególnych regionach i w skali świata w 2012 roku**

Region	Populacja świata (%)	Liczba samobójstw (w tys.)	Udział w ogólnej liczbie samobójstw na świecie (%)	Standaryzowane względem wieku* współczynniki samobójstw (na 100 tys.)			Proporcja M:K w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw
				ogółem	kobiety (K)	mężczyźni (M)	
Cały świat**	100,0	804	100,0	11,4	8,0	15,0	1,9
Wszystkie państwa członkowskie o wysokich dochodach	17,9	192	23,9	12,7	5,7	19,9	3,5
Wszystkie państwa członkowskie o średnich lub niskich dochodach (KNŚD)	81,7	607	75,5	11,2	8,7	13,7	1,6
KNŚD w Afryce	12,6	61	7,6	10,0	5,8	14,4	2,5



Region	Populacja świata (%)	Liczba samobójstw (w tys.)	Udział w ogólnej liczbie samobójstw na świecie (%)	Standaryzowane względem wieku* współczynniki samobójstw (na 100 tys.)			Proporcja M:K w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw
				ogółem	kobiety (K)	mężczyźni (M)	
KNŚD w obu Amerykach	8,2	35	4,3	6,1	2,7	9,8	3,6
KNŚD w Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim	8,0	30	3,7	6,4	5,2	7,5	1,4
KNŚD w Europie	3,8	35	4,3	12,0	4,9	20,0	4,1
KNŚD w Azji Południowo-Wschodniej	25,9	314	39,1	17,7	13,9	21,6	1,6
KNŚD w Regionie Zachodniego Pacyfiku	23,1	131	16,3	7,5	7,9	7,2	0,9
Regiony według Banku Światowego**							
Wysokie dochody	18,3	197	24,5	12,7	5,7	19,9	3,5
Dochody powyżej średniej	34,3	192	23,8	7,5	6,5	8,7	1,3
Dochody poniżej średniej	35,4	333	41,4	14,1	10,4	18,0	1,7
Niskie dochody	12,0	82	10,2	13,4	10,0	17,0	1,7

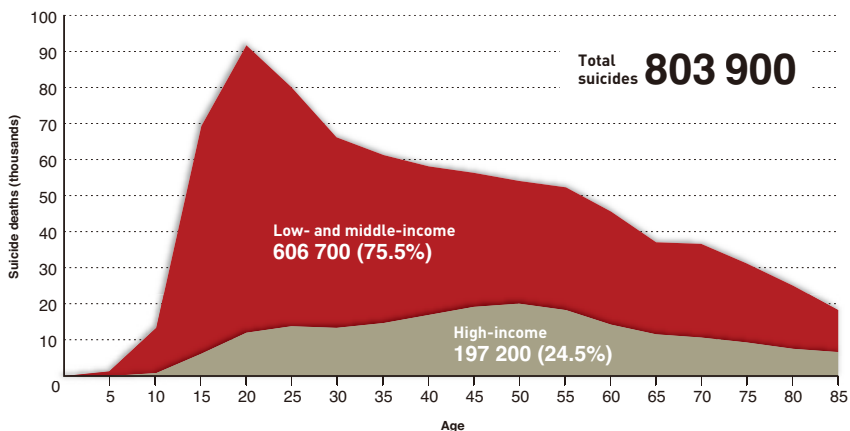
Legenda: KNŚD = kraje o niskich lub średnich dochodach.

\* Współczynniki standaryzowane na podstawie WHO World Standard Population (Standardowej Populacji Świata), w której przyjęto poprawkę na strukturę wiekową, co ułatwia porównania między regionami oraz w czasie.

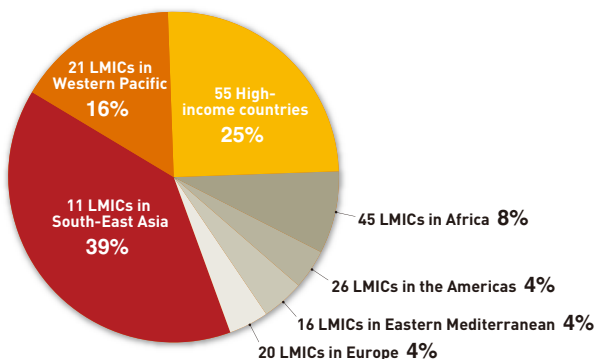
\*\* Uwzględniono tu dane dotyczące trzech terytoriów niebędących państwami członkowskimi WHO.

Standaryzowany względem wieku współczynnik samobójstw jest nieco wyższy w krajach o wysokim poziomie dochodów niż w krajach o niskich i średnich dochodach (KNŚD) (12,7 w porównaniu z 11,2 na 100 tys. ludności). Ponieważ jednak znacznie większa część ludności świata mieszka w KNŚD, w tych właśnie krajach odnotowuje się 75% ogólnej liczby samobójstw (rysunek 2).

W KNŚD z sześciu regionów wyodrębnionych przez WHO rozpiętość współczynnika samobójstw standaryzowanego względem wieku jest bardzo duża – różnice są niemal trzykrotne: od niskiego współczynnika 6,1 na 100 tys. w Regionie Ameryk do wysokiego 17,7 na 100 tys. w Regionie Azji Południowo-Wschodniej. Jedną z konsekwencji różnic we współczynnikach samobójstw w regionach



Rysunek 2. Liczba samobójstw na świecie z podziałem na wiek i poziom dochodów kraju, 2012



Rysunek 3. Udział ogólnej liczby samobójstw z podziałem na poszczególne regiony świata, 2012

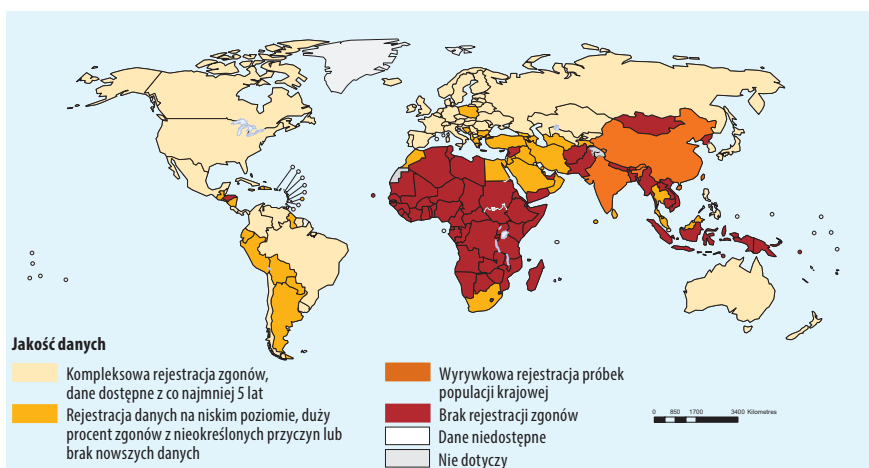
WHO jest to, że Regionie Azji Południowo-Wschodniej mieszka 26% ludności świata, lecz popełniono tam 39% ogólnej liczby samobójstw (rysunek 3).

Ta różnica w wysokości współczynników jest jeszcze bardziej widoczna, kiedy porówna się dane na poziomie poszczególnych krajów. W 172 krajach, w których liczba ludności przekracza 300 tys., współczynniki samobójstw standaryzowane względem wieku wahają się od 0,4 do 44,2 na 100 tys., co oznacza różnicę 110-krotną. Wielkość tych różnic jest stosunkowo stała w czasie: w roku 2000 rozpiętość standaryzowanych względem wieku współczynników samo-

bójstw w wymienionych 172 krajach zawierała się w granicach od 0,5 do 52,7 na 100 tys. (różnica 105-krotna).

Oceniając przedstawione dane na temat umieralności z powodu samobójstw, należy zachować ostrożność z kilku ważnych względów. Spośród 172 państw członkowskich WHO, w których przeprowadzono takie oszacowania, tylko 60 państw (mapa 2 oraz aneksy 1 i 2) ma tak dobrą jakość rejestracji zgonów, że na podstawie tych danych można bezpośrednio obliczyć szacunkowe współczynniki samobójstw. Szacunkowe współczynniki samobójstw w pozostałych 112 państwach członkowskich (na które przypada około 71% wszystkich samobójstw na świecie) z konieczności obliczono metodami modelowania statystycznego. Jak można oczekiwać, znacznie bardziej prawdopodobna jest dostępność dobrej jakości systemów rejestracji urodzeń i zgonów w krajach o wysokim poziomie dochodów. Na 39 krajów o wysokich dochodach dysponujących rzetelnymi danymi rejestrowanymi w urzędach stanu cywilnego przypada 95% wszystkich samobójstw popełnionych według oszacowań w krajach o wysokich dochodach, ale na 21 krajów o niskich lub średnich dochodach posiadających rzetelne statystyki zgonów przypada tylko 8% wszystkich samobójstw popełnionych według oszacowań w KNŚD.

Problem niskiej jakości danych na temat umieralności nie ogranicza się jedynie do samobójstw, lecz ze względu na to, że samobójstwo jest tematem wrażliwym – a w niektórych krajach zachowania samobójcze są prawnie zabronione – zaniżanie liczby zgłaszanych samobójstw i ich niewłaściwe klasyfikowanie



Mapa 2. Jakość danych na temat umieralności z powodu samobójstwa, 2012

stanowi prawdopodobnie większy problem w przypadku samobójstw niż większości innych przyczyn zgonów. Rejestrowanie samobójstwa jest skomplikowaną, wielopoziomową procedurą obejmującą kwestie medyczne i prawne, wymagającą udziału przedstawicieli kilku różnych odpowiedzialnych organów, które mogą różnić się w poszczególnych krajach. Samobójstwo najczęściej bywa błędnie klasyfikowane według kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako „zgon o nieokreślonym zamiarze” (kody ICD: Y10-Y34), a także jako „wypadek” (kody ICD: V01-X59), „zabójstwo” (kody ICD: X85-Y09) oraz „przyczyna zgonu nieznana” (kody ICD: R95-R99) (4, 5, 6). Możliwe, że bardzo duża rozpiętość szacunkowych współczynników samobójstw podawanych w różnych krajach i regionach jest artefaktem wynikającym z różnych procedur zgłaszania i rejestrowania samobójstw. W 60 krajach z rzetelnymi systemami rejestracji zgonów rozpiętość krajowych współczynników zgonu z powodu samobójstwa standaryzowanych względem wieku mieściła się w granicach od 0,89 do 28,85 na 100 tys. (różnica 32-krotna) w 2012 r. Różnice między regionami utrzymują się mimo kilkudziesięciu lat pracy nad zwiększeniem dokładności danych na temat umieralności w poszczególnych krajach. Trzeba jednak również wziąć pod uwagę możliwość, że te obserwowane różnice istnieją naprawdę, są rzeczywiste.

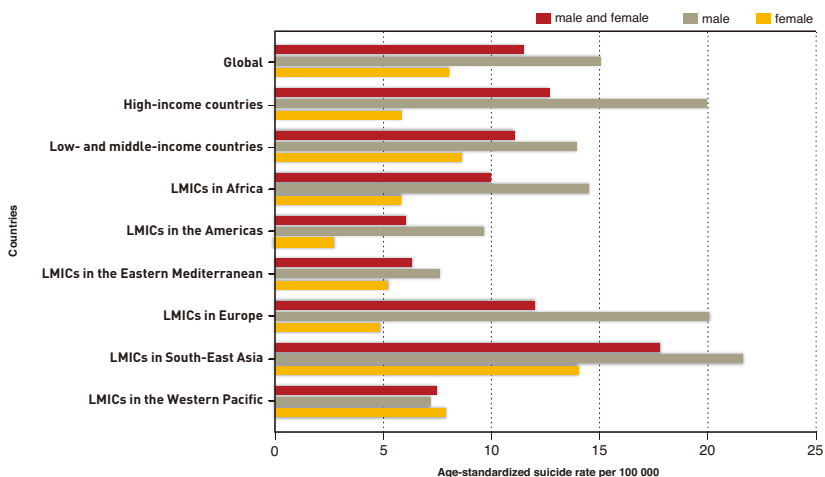
Prowadzi to do następujących zasadniczych pytań:

1. Jak można ulepszyć rejestrowanie danych dotyczących zachowań samobójczych w poszczególnych krajach?
2. Co powoduje tak ogromne różnice we współczynnikach samobójstw między poszczególnymi krajami i regionami?
3. Które spośród wielu czynników wpływających na wysokość współczynników samobójstw można zmodyfikować za pomocą strategii lub programów?

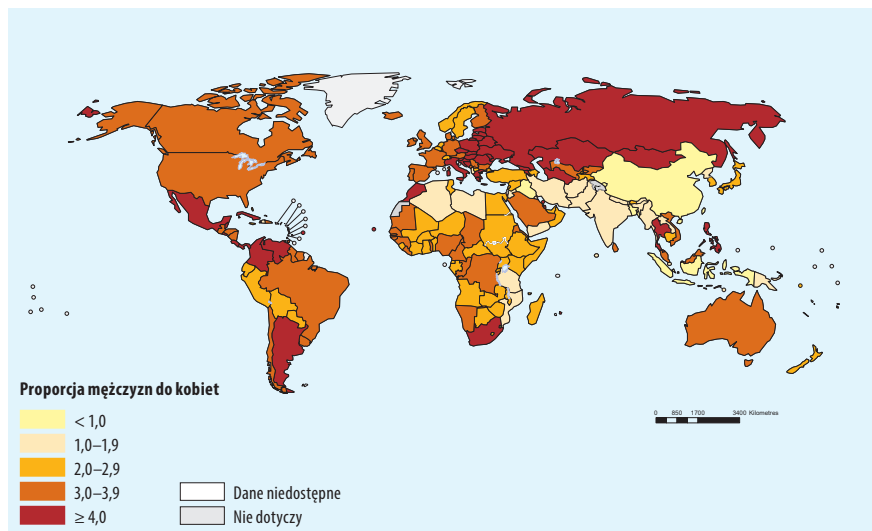
W tym i kolejnych częściach raportu podjęto próbę odpowiedzi na te pytania.

## **Współczynniki samobójstw w zależności od płci**

Współczynniki samobójstw różnią się w zależności od płci (mapa 3 i rysunek 4). Według potocznej wiedzy z powodu samobójstwa przez wiele lat umierało na świecie trzykrotnie więcej mężczyzn niż kobiet. Przewaga liczebna mężczyzn w stosunku do kobiet jest jednak zjawiskiem obserwowanym przede wszystkim w krajach o wysokich dochodach, gdzie w 2012 r. proporcja standaryzowanych względem wieku współczynników samobójstw wynosiła 3,5. W KNŚD proporcja liczby mężczyzn do liczby kobiet jest dużo niższa – wynosi 1,6, co oznacza, że współczynnik samobójstw mężczyzn jest o 57% (a nie 300%) wyższy wśród mężczyzn niż u kobiet.

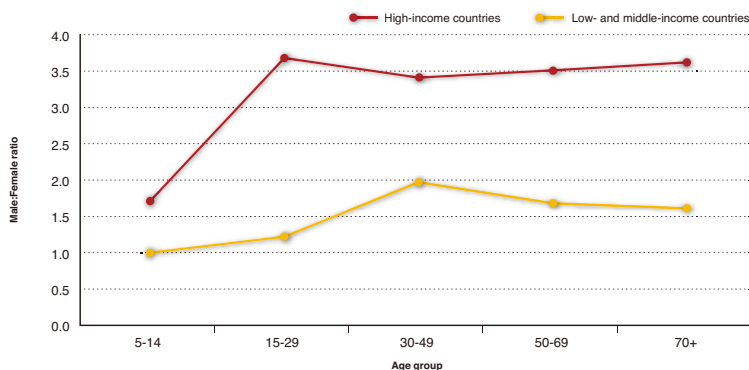


Rysunek 4. Standaryzowane względem wieku współczynniki samobójstw w różnych regionach świata, 2012



Mapa 3. Proporcja mężczyzn do kobiet w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, 2012

Niemniej istnieją duże różnice między regionami i między poszczególnymi krajami. Jak pokazuje tabela 1, w KNŚD regionalne proporcje liczby mężczyzn do liczby kobiet wynoszą od 0,9 w Regionie Zachodniego Pacyfiku do 4,1 w Regionie Europejskim (różnica 4,5-krotna). W 172 państwach członkowskich liczących ponad 300 tys. mieszkańców średnia proporcja liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 3,2 (mediana 2,8), a rozpiętość tej proporcji mieści się w granicach od 0,5 do 12,5 (różnica 24-krotna).



Rysunek 5. **Proporcje liczby mężczyzn do liczby kobiet z podziałem na grupy wiekowe i poziom dochodów kraju, 2012**

Jak pokazano na rysunku 5, różnice w proporcjach płci są związane również z wiekiem. Istnieje wiele potencjalnych powodów sprawiających, że współczynniki samobójstw kobiet i mężczyzn różnią się: kwestie genderowe – równości płci, różnice w społecznie akceptowanych stosowanych przez kobiety i mężczyzn sposobach radzenia sobie ze stresem i konfliktem, dostępność i preferowanie różnych sposobów popełniania samobójstwa, dostępność i wzorce picia alkoholu oraz różnice we współczynnikach poszukiwania pomocy z powodu zaburzeń psychicznych przez kobiety i mężczyzn. Bardzo duża rozpiętość proporcji liczby mężczyzn do liczby kobiet popełniających samobójstwo nasuwa przypuszczenie, że te wszystkie rozmaite przyczyny odgrywają bardzo różną rolę w poszczególnych krajach i regionach.

## Współczynniki samobójstw w zależności od wieku

Jeśli chodzi o wiek, współczynniki samobójstw są najniższe w grupie osób poniżej 15. roku życia i najwyższe wśród osób w wieku 70 lat i starszych, zarówno

kobiet, jak i mężczyzn, w niemal wszystkich regionach świata, chociaż współczynniki samobójstw w podgrupach zdefiniowanych przez różne kombinacje wieku i płci zmieniają się w przedziale wieku od 15 do 70 lat w zależności od regionu. W niektórych regionach współczynniki samobójstw systematycznie rosną z wiekiem, podczas gdy w innych osiągają szczytowy poziom u młodych dorosłych i spadają w wieku średnim. W niektórych regionach ten związany z wiekiem profil jest podobny u kobiet i mężczyzn, a w innych regionach zupełnie odmienny. Główne różnice między krajami o wysokich dochodach a KNŚD polegają na tym, że w KNŚD młodzi dorośli i kobiety w starszym wieku mają znacznie wyższe współczynniki samobójstw niż ich odpowiedniki w krajach o wysokich dochodach, natomiast mężczyźni w średnim wieku w krajach o wysokich dochodach mają znacznie wyższe współczynniki samobójstw niż mężczyźni w średnim wieku w KNŚD. Tak samo jak w przypadku ogólnych współczynników samobójstw, zmienność związanych z wiekiem współczynników samobójstw jest jeszcze większa w poszczególnych krajach niż zmienność na poziomie regionów.

## **Samobójstwo jako jedna z najczęstszych przyczyn zgonów**

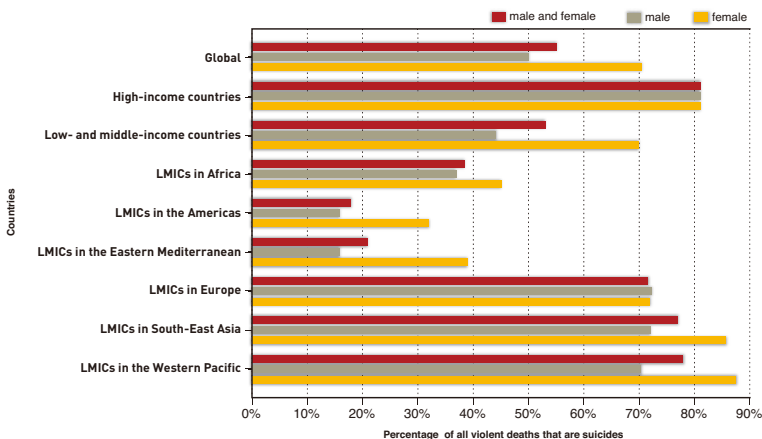
W roku 2012 samobójstwa były przyczyną 1,4% wszystkich zgonów na świecie, co oznacza, że zajmowały 15. miejsce na liście najczęstszych przyczyn zgonów. Te nieoczekiwane zgony – przeważnie młodych dorosłych i osób w średnim wieku – stanowią ogromne obciążenie ekonomiczne, społeczne i psychiczne dla poszczególnych osób, dla rodzin, społeczności i krajów. Samobójstwo jest istotnym problemem zdrowia publicznego w każdym kraju i w każdym społeczeństwie na świecie.

W krajach o wysokich dochodach udział liczby śmierci samobójczych wśród wszystkich zgonów (1,7%) jest wyższy niż odpowiadający mu procent w KNŚD (1,4%). Wynika to głównie z większej liczby zgonów z powodu chorób zakaźnych i z innych przyczyn w KNŚD niż w krajach o wysokich dochodach. Poza godnym uwagi wyjątkiem, czyli KNŚD w Regionie Zachodniego Pacyfiku, we wszystkich innych regionach świata procent zgonów samobójczych wśród wszystkich zgonów jest wyższy u mężczyzn niż u kobiet i samobójstwo zajmuje wyższe miejsce na liście przyczyn zgonów wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

Udział śmierci samobójczych wśród wszystkich zgonów oraz ranga samobójstwa jako przyczyny zgonu w dużym stopniu zależą od wieku. W skali całego świata w grupie młodych dorosłych w wieku 15–29 lat samobójstwo stanowi przyczynę 8,5% wszystkich zgonów i zajmuje drugie miejsce wśród wiodących przyczyn zgonów (po wypadkach drogowych). Wśród osób w wieku 30–49 lat

odpowiada ono za 4,1% wszystkich zgonów i stanowi piątą najczęstszą przyczynę śmierci. Warto zauważyć, że w krajach o wysokich dochodach i w KNŚD w Regionie Azji Południowo-Wschodniej samobójstwo jest przyczyną, odpowiednio, 17,6% i 16,6% wszystkich zgonów wśród młodych dorosłych w wieku 15–29 lat i stanowi wiodącą przyczynę zgonu, niezależnie od płci.

Inną metodą umożliwiającą oszacowanie znaczenia samobójstw jako problemu zdrowia publicznego jest ocena udziału samobójstw wśród wszystkich zgonów w wyniku umyślnego działania. Ta ostatnia kategoria obejmuje zgony wskutek przemocy interpersonalnej, konfliktów zbrojnych i samobójstwa (tzn. przypadki śmierci gwałtownej). Na rysunku 6 przedstawiono udział zgonów samobójczych wśród wszystkich przypadków gwałtownej śmierci w różnych regionach świata. W skali świata samobójstwo odpowiada za 56% wszystkich przypadków gwałtownej śmierci (50% wśród mężczyzn i 71% wśród kobiet). W krajach o wysokich dochodach samobójstwo odpowiada za 81% wszystkich przypadków gwałtownej śmierci zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn, natomiast w KNŚD samobójstwo jest przyczyną 44% wszystkich przypadków gwałtownej śmierci mężczyzn oraz 70% przypadków śmierci gwałtownej kobiet.



Rysunek 6. Udział samobójstw wśród wszystkich przypadków gwałtownej śmierci w różnych regionach świata w roku 2012

## Zmiany współczynnika samobójstw w latach 2000–2012

Mimo wzrostu liczby ludności świata w latach 2000–2012 bezwzględna liczba samobójstw spadła o niemal 9% – z 883 tys. do 804 tys. Poszczególne regiony



bardzo się jednak różnią pod względem procentowej zmiany w ogólnej liczbie samobójstw: od wzrostu o 38% w KNŚD w Regionie Afrykańskim do spadku o 47% w KNŚD w Regionie Zachodniego Pacyfiku.

Ogólnoświatowy standaryzowany względem wieku współczynnik samobójstw (który uwzględnia różnice zachodzące w liczebności i strukturze wieku ludności z upływem czasu) spadł o 26% (23% u mężczyzn i 32% u kobiet) w okresie 12 lat między rokiem 2000 a 2012. Standaryzowane względem wieku współczynniki spadły we wszystkich regionach świata – z wyjątkiem KNŚD w Regionie Afrykańskim i mężczyzn z KNŚD w Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim.

Powyższa analiza przeprowadzona na poziomie ogólnoswiatowym i regionalnym maskuje zmiany współczynnika samobójstw w poszczególnych krajach. Wśród 172 państw członkowskich, których liczba ludności przekracza 300 tys. (zob. aneksy 1 i 2), zmiana, jaka w latach 2000–2012 nastąpiła w wysokości standaryzowanego względem wieku współczynnika samobójstw, waha się od spadku o 69% do wzrostu o 270%. Wśród tych 172 krajów 85 (49,4%) odnotowało spadek standaryzowanego względem wieku współczynnika samobójstw o ponad 10%, 29 (16,9%) krajów – wzrost tego współczynnika o ponad 10%, podczas gdy w 58 krajach (stanowiących 33,7%) nastąpiły stosunkowo niewielkie zmiany standaryzowanego względem wieku współczynnika samobójstw w ciągu wspomnianego okresu 12 lat (od –10% do +10%).

Przyczyny tak szybkich zmian współczynników samobójstw są nieznane. Możliwym częściowym wyjaśnieniem jest radykalna poprawa stanu zdrowia na świecie w minionym dziesięcioleciu. W latach 2000–2012 ogólnoswiatowy standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności z wszystkich przyczyn zmniejszył się o 18%. Spadek współczynników samobójstw był szybszy niż spadek ogólnej umieralności (26% w porównaniu z 18%), ale tylko o 8%. Jeśli uda się utrzymać tę trajektorię, to cel przyjęty w *Planie Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego na lata 2013–2020* (1), czyli redukcja współczynników samobójstw o 10% do roku 2020, wydaje się możliwy do osiągnięcia.

## Metody samobójstwa

Większość osób podejmujących zachowanie samobójcze jest w czasie tego aktu niepewna, czy chce umrzeć, a niektóre akty samobójcze są impulsywną reakcją na ostre stresy psychospołeczne. Ograniczenie środków (zmniejszenie dostępu do sposobów umożliwiających popełnienie samobójstwa) jest kluczowym elementem działań w prewencji samobójstw, ponieważ daje takim osobom czas na zastanowienie się nad tym, co chcą zrobić. Można wówczas mieć nadzieję, że kryzys minie. Opracowanie odpowiedniej polityki ograniczania środków (np. ograniczanie dostępności pestycydów i broni palnej, monto-

wanie barier ochronnych przy przejściach podziemnych, na mostach i znanych budynkach, zmiana przepisów dotyczących opakowań leków) wymaga jednak dokładnej znajomości metod stosowanych w celach samobójczych w danej społeczności, a także preferencji różnych grup w obrębie społeczności wobec tych metod.

Niestety, ogólnokrajowe dane na temat metod popełniania samobójstwa są bardzo ograniczone. System diagnostyczny ICD-10 zawiera kody X oznaczające zewnętrzne przyczyny zgonu, w tym sposób popełnienia samobójstwa, lecz w wielu krajach nie zbiera się tych informacji. W latach 2006–2011 tylko 76 spośród 194 państw członkowskich WHO przesłało dane o sposobie popełnienia samobójstwa do bazy danych WHO dotyczącej umieralności. W tych krajach popełniono około 28% ogólnej liczby samobójstw na świecie, nie jest więc jasne, jakimi metodami dokonano 72% samobójstw w skali świata.

Jak można oczekiwać, system rejestrowania danych jest znacznie lepszy w krajach o wysokich dochodach niż w KNŚD. W krajach o wysokich dochodach w 50% przypadków dokonano samobójstwa przez powieszenie, a użycie broni palnej było drugą najczęściej stosowaną metodą (18% przypadków). Za stosunkowo wysoki udział samobójstw przy użyciu broni palnej w krajach o wysokich dochodach odpowiadają głównie kraje o wysokich dochodach w obu Amerykach, gdzie broń palna była przyczyną 46% wszystkich samobójstw; w innych krajach o wysokich dochodach broń palna odpowiada tylko za 4,5% wszystkich samobójstw.

Ponieważ w bazie danych WHO na temat umieralności brak pochodzących z KNŚD danych o sposobie popełnienia samobójstwa, badacze muszą opierać się na danych publikowanych w literaturze naukowej, aby ocenić wzory metod stosowanych w celach samobójczych w tych regionach (7). Jedną z kluczowych metod popełniania samobójstwa w KNŚD, zwłaszcza w krajach o dużym odsetku mieszkańców prowadzących drobne gospodarstwa rolne na terenach wiejskich, jest otrucie się pestycydami. W systematycznym przeglądzie (8) danych z całego świata z lat 1990–2007 oszacowano, że około 30% (możliwa rozpiętość 27–37%) ogólnej liczby samobójstw w skali świata popełniono przez otrucie się środkami ochrony roślin, w większości przypadków w KNŚD. Na podstawie tego oszacowania można uznać połknięcie pestycydów za jeden z najczęstszych na całym świecie sposobów popełniania samobójstwa. Jeśli rzeczywiście tak jest, miałoby to istotne implikacje dla prewencji, ponieważ ograniczenie dostępu do pestycydów – chociaż trudne – często łatwiej przeprowadzić niż ograniczenie sposobów powieszenia się.

Inne badania wykazują, że najbardziej rozpowszechniona w danej społeczności metoda popełniania samobójstwa może zależeć od otoczenia, może się szybko zmieniać z upływem czasu oraz może się rozprzestrzeniać z jednej społeczności

na inną. Na terenach wysoce zurbanizowanych, takich jak Specjalny Region Administracyjny Hongkong w Chinach i Singapur, gdzie większość ludności mieszka w osiedlach wieżowców, popularną metodą popełnienia samobójstwa jest skok z wysokiego budynku. Epidemia uzyskiwania w celach samobójczych wysoce toksycznego gazu, tlenku węgla, z węgla drzewnego do grilla zaczęła się w Chinach w Specjalnym Regionie Administracyjnym Hongkong w 1998 r. i szybko rozprzestrzeniła się na chiński Tajwan, gdzie w ciągu 8 lat stała się najpopularniejszą metodą popełniania samobójstwa (9). Do innych metod, które ostatnio zyskały popularność w niektórych rejonach, należy mieszanie środków chemicznych w celu otrzymania siarkowodoru (np. w Japonii) oraz samobójstwo przy użyciu helu. Te dane świadczą o niezwykle ważnej roli ciągłego monitoringu metod dokonywania zarówno samobójstw, jak i prób samobójczych, po to, by za pomocą interwencji ukierunkowanych na ograniczenie metod i odpowiednich akcji edukowania społeczeństwa reagować na nieustannie zmieniające się wzorce samobójstw. Pojawia się jednak wiele nowych metod samobójstwa, których nie da się zidentyfikować za pomocą obecnych kodów ICD-10 dotyczących zewnętrznych przyczyn zgonu. Takich metod nie wychwycą zatem systemy rejestrujące dane na temat umieralności, chyba że lokalne władze zdecydują się na wprowadzenie bardziej szczegółowych kategorii ICD-10 do kodowania określonych, specyficznych metod (por. ramka 1).

#### **Krajowy System Rejestracji Zgonów Gwałtownych (National Violent Death Reporting System, NVDRS) w USA**

Centra Kontroli i Prewencji Chorób (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) w USA dysponują Krajowym Systemem Rejestracji Zgonów Gwałtownych (National Violent Death Reporting System, NVDRS), czyli systemem nadzoru gromadzącym szczegółowe dane statystyczne o każdym przypadku gwałtownej śmierci, m.in. samobójstwa (10, 11). NVDRS jako repozytorium danych umożliwia powiązanie informacji dotyczących danego przypadku pochodzących z różnych źródeł, poczynawszy od świadectwa zgonu ofiary, po wyniki badań toksykologicznych i sekcji zwłok, różne raporty i orzeczenia: funkcjonariuszy organów ścigania, koronera (sędziego śledczego), specjalisty medycyny sądowej lub służb prowadzących oględziny miejsca zgonu. Szczegółowe informacje, jakich dostarcza NVDRS, obejmują charakterystykę demograficzną zmarłego, mechanizmy/środki użyte do odebrania sobie życia, inne cechy zdarzenia (np. miejsce i czas zgonu), dotychczasowy stan zdrowia i okoliczności związane ze stresami życiowymi zmarłego, które mogły się przyczynić do jego śmierci – na podstawie kryminalistycznego badania miejsca zdarzenia, zeznań świadków oraz innych materiałów dowodowych (np. notatek samobójcy). Obecnie NVDRS gromadzi dane w 18 spośród 50 stanów USA. W poszczególnych stanach dane zbierane są poprzez stanowe wydziały zdrowia lub podwykonawców, jak biura ekspertyz medycyny sądowej. Dane te są zbierane i kodowane przez wyszkolony personel. CDC planuje rozszerzenie systemu NVDRS na wszystkie stany USA, kiedy pojawią się możliwości finansowe.

Trzeba pamiętać o jeszcze jednym ważnym zastrzeżeniu: dane na temat samobójstw dotyczące całych regionów lub poszczególnych krajów mają ograniczoną wartość dla projektowania celowanych programów zapobiegania samobójstwom, ponieważ nie uwzględniają obserwowanej w obrębie kraju znacznej zmienności współczynników samobójstw, wzorów demograficznych i metod samobójstwa. Wiele dowodów świadczy o tym, że poszczególne regiony w obrębie kraju bardzo się różnią pod względem współczynników i cech demograficznych samobójstw – np. takie różnice istnieją między obszarami miejskimi i wiejskimi w Chinach (12) oraz między poszczególnymi stanami w Indiach (13). Wobec tego na podstawie danych ogólnokrajowych nie można określić priorytetowych rejonów geograficznych czy grup demograficznych, które powinny stać się przedmiotem interwencji. Oszacowania, jaki procent wszystkich samobójstw w kraju popełniono za pomocą poszczególnych metod, stanowią podstawę działań nastawionych na ograniczanie metod samobójstwa w skali kraju, lecz działania te często trzeba dostosować do specyfiki regionalnej wewnątrz kraju. Na przykład samobójstwa z powodu połknięcia pestycydów zdarzają się przede wszystkim na obszarach wiejskich, a zatem ograniczanie dostępności pestycydów na obszarach miejskich prawdopodobnie nie byłoby najpilniejszym celem programów prewencji samobójstw w tych krajach, w których użycie pestycydów jest przyczyną dużego odsetka samobójstw w skali całego kraju.

## Próby samobójcze

Konsekwencją prób samobójczych jest znaczne socjalne i ekonomiczne obciążenie społeczeństwa ze względu na to, że leczenie uszkodzeń ciała wymaga korzystania ze świadczeń zdrowotnych, zachowanie samobójcze ma szkodliwy wpływ psychiczny i społeczny na jednostkę i jej bliskich, a uszkodzenie ciała prowadzi niekiedy do długotrwałej niepełnosprawności. Co ważniejsze, podjęcie próby samobójczej w przeszłości jest najważniejszym pojedynczym predyktorem samobójstwa zakończonemu zgonem w populacji ogólnej: ryzyko zgonu wskutek samobójstwa jest znacznie wyższe w przypadku osób, które kiedyś już podjęły próbę samobójczą, niż u osób, które takich prób wcześniej nie miały. Zidentyfikowanie tych osób z grupy wysokiego ryzyka, a następnie zapewnienie im opieki i wsparcia powinno być kluczowym elementem kompleksowych strategii zapobiegania samobójstwom.

Monitorowanie rozpowszechnienia prób samobójczych w społeczności, ich wzorów demograficznych i zastosowanych metod dostarcza ważnych informacji, które mogą być przydatne przy opracowywaniu i ewaluacji strategii zapobie-

gania samobójstwom. W połączeniu z informacjami o zgonach samobójczych dane o współczynnikach i metodach prób samobójczych mogą posłużyć do oszacowania współczynnika śmiertelności zachowania samobójczego (czyli proporcji zakończonych zgonem aktów samobójczych wśród wszystkich prób samobójczych) w zależności od płci, wieku i metody. Te informacje umożliwiają identyfikację nie tylko grup wysokiego ryzyka w społeczności, czyli grup, które powinny być celem wybiórczych interwencji psychospołecznych, lecz także metod wysokiego ryzyka, które powinny być przedmiotem interwencji ograniczających dostępność środków samobójstwa.

Istnieją dwie główne metody uzyskiwania informacji o ogólnokrajowych lub regionalnych współczynnikach prób samobójczych: po pierwsze, badanie ankietowe reprezentatywnej próby mieszkańców społeczności przy użyciu samoopisowych kwestionariuszy i podane przez respondentów opisy własnego zachowania samobójczego, a po drugie, dane z dokumentacji medycznej osób leczonych z powodu samouszkodzenia w reprezentatywnych próbach placówek opieki zdrowotnej (zwykle szpitali) w danej społeczności. Wprawdzie WHO nie gromadzi rutynowo danych o próbach samobójczych, lecz pod egidą WHO przeprowadzono światowe ankietowe badania zdrowia psychicznego (14), w których zbierano informacje o próbach samobójczych. Ponadto prowadzony przez WHO program krokowego gromadzenia danych statystycznych na temat czynników ryzyka chorób przewlekłych (STEPS) zawiera pytania dotyczące prób samobójczych (15). Dodatkowo WHO wydało dwie broszury zawierające materiały informacyjne: o rejestrowaniu przypadków samobójstw (16) oraz o wprowadzeniu w szpitalach rejestracji pacjentów leczonych po próbach samobójczych (17).

## **Zachowania samobójcze w badaniach kwestionariuszami samoopisowymi**

Wiele środowiskowych badań ankietowych dotyczących kwestii psychospołecznych zawiera samoopisowe pytania o zachowania samobójcze. Kiedy tę samą ankietę przeprowadza się w tej samej społeczności co jakiś czas, na podstawie danych samoopisowych można wyciągnąć zasadne wnioski o zmieniających się trendach w zakresie zachowań samobójczych. Za przykład może służyć *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS, system monitoringu ryzykownych zachowań młodzieży) powtarzany co 2 lata w USA (18). Znacznie trudniej jest jednak interpretować wyniki wówczas, gdy stosuje się różne narzędzia lub gdy badanie tym samym kwestionariuszem przeprowadza się w różnych populacjach (zwłaszcza gdy ankietę jest w różnych językach). Oprócz zwykłych problemów metodologicznych związanych z ankietowymi badaniami środowiskowymi (np. trzeba się upewnić, że próba, w której przeprowadzono ankietę,

jest rzeczywiście reprezentatywna dla populacji docelowej), istnieje kilka potencjalnych czynników zakłócających, które mogą wpływać na samoopisowe współczynniki rozpowszechnienia myśli samobójczych i prób samobójczych. Do takich czynników należą: biegłość czytania w danej populacji, specyficzne sformułowania użyte w kwestionariuszu, długość kwestionariusza, przekład sformułowań kwestionariusza na język miejscowy (tzn. znaczenie dosłowne i ukryte), okres objęty badaniem oraz – co najważniejsze – chęć ujawnienia tych informacji przez respondentów.

Gotowość do opisanego własnego zachowania samobójczego w przeszłości bywa różna – w zależności od wieku, płci, religii, grupy etnicznej i innych czynników – należy zatem zachować ostrożność, porównując samoopisowe współczynniki zachowań samobójczych w różnych grupach demograficznych lub kulturowych. Porównywanie różnych grup pod kątem samoopisowych współczynników myśli samobójczych jest szczególnie problematyczne, ponieważ myśli samobójcze są doznaniem ulotnym, fluktuującym i niemożliwym do zaobserwowania przez innych. Ponadto na porównania samoopisowych współczynników myśli samobójczych i prób samobójczych w ciągu całego życia – które mogą mieć ograniczoną wartość dla oceny aktualnego ryzyka samobójstwa – wpływają również takie czynniki zakłócające, jak: różny wiek respondentów, zniekształcenia pamięciowe przy przypominaniu sobie zdarzeń odległych w czasie. Podsumowując: najbardziej użyteczną i najrzetelniejszą miarą na podstawie środowiskowego badania kwestionariuszem samoopisowym jest liczba prób samobójczych (które spowodowały jakieś uszkodzenie ciała) w poprzednim roku.

W przeprowadzonych przez WHO badaniach ankietowych zdrowia psychicznego na świecie (14) korzystano z *WHO Composite International Diagnostic Interview* (CIDI, Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego WHO), który zawiera serię standaryzowanych pytań o próby samobójcze, ich porę, metodę/metody oraz leczenie (jeśli nastąpiło po próbie). Dostępny jest raport na temat rozpowszechnienia prób samobójczych w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób w wieku 18 lat lub starszych. Raport opracowano na podstawie wyników badań przeprowadzonych w latach 2001–2007 w 10 krajach o wysokich dochodach (w dziewięciu przebadano próby reprezentatywne dla danego kraju), łącznie przebadano tam 52 484 osoby; w sześciu krajach o średnim poziomie dochodów (w czterech badane próby były reprezentatywne) – próba liczyła w sumie 25 666 osób; oraz w pięciu krajach o niskich dochodach (w jednym przebadano próbę reprezentatywną) – próba liczyła łącznie 31 227 osób (19). Na podstawie tych danych samoopisowych otrzymano następujące współczynniki rozpowszechnienia: w krajach o wysokich dochodach w ciągu ubiegłego roku jedną lub więcej prób samobójczych podjęły trzy osoby na 1000 (tj. 0,3%), zarówno kobiety, jak i mężczyźni; w krajach o średnich dochodach

trzech mężczyzn na 1000 i sześć kobiet na 1000; a w krajach o niskich dochodach cztery osoby na 1000 mieszkańców – niezależnie od płci. Jeśli te współczynniki rozpowszechnienia prób samobójczych w krajach o wysokich, średnich i niskich dochodach odniesiemy do populacji osób dorosłych (w wieku lat 18 i starszych) we wszystkich krajach w każdej z wyodrębnionych przez Bank Światowy stref zamożności, to globalny współczynnik rozpowszechnienia prób samobójczych w ciągu roku oszacowany na podstawie danych samoopisowych wynosi mniej więcej 4 na 1000 osób dorosłych. Jeśli przyjmiemy, że szacunkowy globalny współczynnik samobójstw w roku 2012 wynosił 15,4 na 100 tys. dorosłych powyżej 18. roku życia, oznacza to, że na każdą osobę dorosłą, która straciła życie z powodu samobójstwa, przypada prawdopodobnie ponad 20 innych osób, które podjęły co najmniej jedną próbę samobójczą. Tak samo jednak jak w przypadku współczynników samobójstw i prób samobójczych, w zależności od regionu, wieku, płci i metody obserwuje się bardzo dużą zmienność w proporcji prób samobójczych do zgonów oraz w wielkości współczynnika śmiertelności wśród osób podejmujących zachowania samobójcze.

## **Dane z dokumentacji szpitalnej na temat leczenia po próbach samobójczych**

Innym źródłem informacji o częstotliwości prób samobójczych są dane na temat leczenia samouszkodzeń ciała – z dokumentacji medycznej prowadzonej przez oddziały ratunkowe i ambulatoryjne szpitali oraz inne placówki opieki zdrowotnej. W odróżnieniu od rejestracji zgonów nie ma powszechnie przyjętych międzynarodowych metod standaryzacji zbierania informacji o próbach samobójczych, wobec czego trzeba wziąć pod uwagę wiele kwestii metodologicznych przy porównywaniu współczynników z obszarów podlegających różnym jurysdykcjom. Dokonane na podstawie dokumentacji szpitalnej oszacowania współczynników prób samobójczych z następczym leczeniem mogą być nie trafne, jeśli wybrane szpitale nie są reprezentatywne dla wszystkich szpitali w danej społeczności albo jeśli znaczny procent osób po próbie samobójczej leczy się tylko w miejscowych przychodniach, wobec czego nie dociera do szpitala. Ponadto na współczynniki prób samobójczych z następczym leczeniem duży wpływ ma proces prowadzenia dokumentacji w warunkach szpitalnych. Procesy dokumentacji mogą nie być w pełni rzetelne, ponieważ:

- mogą nie odróżniać osoby pacjenta od epizodu leczenia (wobec czego ktoś po wielu próbach samobójczych w ciągu roku liczony jest wielokrotnie);
- mogą nie uwzględniać osób, które zmarły w szpitalu podczas leczenia z powodu aktu samobójczego lub zostały wypisane, aby mogły umrzeć w domu (wobec czego nie są rejestrowane jako próby samobójcze);



- mogą nie różnicować między osobami, które mają samouszkodzenia samobójcze, a osobami z samouszkodzeniami ciała bez zamiaru samobójczego;
- mogą nie uwzględniać osób przyjętych bezpośrednio na całodobowy oddział szpitalny, z pominięciem oddziału ratunkowego;
- mogą nie rejestrować metody użytej przy dokonywaniu próby samobójczej (co uniemożliwia ocenę specyficznego dla metody współczynnika śmiertelności wśród osób podejmujących próbę samobójczą);
- mogą systematycznie kwalifikować próby samobójcze jako „wypadki” albo z powodu stygmatyzacji, albo dlatego, że ubezpieczenie nie obejmuje zachowań samobójczych, albo żeby uniknąć potencjalnych komplikacji prawnych.

Standaryzacja tych procesów w obrębie poszczególnych krajów, a następnie na poziomie międzynarodowym, jest jednym z podstawowych zadań, które trzeba zrealizować w krajach dążących do wnikliwszego poznania zjawiska samobójstw i w rezultacie zmniejszenia ich liczby (zob. ramka 2).

#### **Irlandia – Krajowy Rejestr Umyślnych Samouszkodzeń**

National Registry of Deliberate Self-Harm (NRDSH, Krajowy Rejestr Umyślnych Samouszkodzeń) jest ogólnokrajowym systemem monitorowania populacji Irlandii pod kątem przypadków umyślnego samouszkodzenia ciała. Rejestr został opracowany na zamówienie Department of Health and Children (Wydziału ds. Zdrowia i Dzieci) przez National Suicide Research Foundation (Krajową Fundację Badań nad Samobójstwami) i jest finansowany przez National Office for Suicide Prevention (Krajowe Biuro ds. Zapobiegania Samobójstwom) podlegające Health Service Executive (Zarządowi Służby Zdrowia). Celem rejestru jest ustalenie i monitorowanie liczby osób zgłaszających się z powodu samouszkodzeń do oddziałów ratunkowych po raz pierwszy i ponownie. Chodzi o zidentyfikowanie grup i obszarów o wysokiej zapadalności (czyli takich, w których jest dużo pierwszorazowych prób samobójczych) oraz przekazanie tych informacji służbom i praktykom zajmującym się prewencją zachowań samobójczych (20, 21).

#### **Ramka 2**

Tylko niektóre próby samobójcze powodują uszkodzenia ciała wymagające leczenia – współczynniki śmiertelności oszacowane na podstawie leczonych prób samobójczych będą więc z konieczności wyższe niż współczynniki śmiertelności oszacowane na podstawie liczby prób samobójczych w samoopisowych środowiskowych badaniach ankietowych. W bardzo niewielu krajach powstały ogólnokrajowe lub reprezentatywne dla danego kraju systemy rejestracji leczonych szpitalnie prób samobójczych, a zatem bardzo rzadko możliwe jest zintegrowanie danych szpitalnych z ogólnokrajowymi współczynnikami



samobójstw. Współczynniki śmiertelności można obliczyć wówczas, gdy dostępne są reprezentatywne dla danego kraju dane o liczbie osób leczonych po próbie samobójczej. Niestety, nie ma tego rodzaju przykładów z NŚDK, przykłady pochodzą więc tylko z krajów o wysokich dochodach: flamandzkiej części Belgii (22), Irlandii (20), Szwecji (23) oraz USA (24). W tych czterech krajach rozpiętość współczynników śmiertelności związanych z „zachowaniami samobójczymi o poważnych skutkach medycznych” (definiowanymi operacyjnie jako zachowanie samobójcze powodujące konieczność leczenia szpitalnego lub zgon) była duża, od 4,2% w Irlandii do czterokrotnie wyższego współczynnika wynoszącego 17,8% w Regionie Flamandzkim. Związek współczynników śmiertelności z płcią i wiekiem jest identyczny we wszystkich czterech krajach: prawdopodobieństwo, że wskutek zachowania samobójczego o poważnych skutkach medycznych nastąpi zgon, jest znacznie wyższe u mężczyzn niż u kobiet, a ponadto stwierdzono wyraźny krokowy wzrost współczynników śmiertelności zachowania samobójczego o poważnych skutkach medycznych wraz z wiekiem. Te wyniki są zbieżne z wcześniejszymi doniesieniami z poszczególnych krajów na temat współczynników śmiertelności zachowania samobójczego o poważnych skutkach medycznych (25, 26).

Innym potencjalnie użytecznym miernikiem – dostępnym również w wybranych obszarach kilku NŚDK – jest współczynnik śmiertelności szpitalnej dla poszczególnych metod (tzn. liczba zgonów osób hospitalizowanych wskutek próby samobójczej z użyciem jakiejś metody podzielona przez liczbę osób leczonych szpitalnie, które posłużyły się tą metodą w próbie samobójczej). Ustalenie specyficznego dla metody współczynnika śmiertelności szpitalnej pozwala zidentyfikować metody wysoce śmiertelne, na których należy skoncentrować zarówno działania prewencyjne na poziomie społeczności zmierzające do ograniczenia dostępności środków, jak i działania szpitali zmierzające do poprawy postępowania medycznego w przypadkach samouszkodzeń. Na przykład postępowanie medyczne w przypadku prób samobójstwa przez połknięcie pestycydów bywa trudne technicznie i może wymagać zaawansowanej aparatury, której nie ma w wiejskich szpitalach wielu NŚDK. W tej sytuacji zasadniczym elementem prewencji samobójstw jest przeszkolenie personelu medycznego i zaopatrzenie miejscowego szpitala w odpowiedni sprzęt (27). Dane dotyczące współczynników śmiertelności szpitalnej w następstwie przyjęcia różnych pestycydów – współczynniki te mogą się zawierać w granicach od 0% do 42% – mają podstawowe znaczenie dla określenia, jaki rodzaj szkolenia i wyposażenia jest najbardziej potrzebny (28).

# CZYNNIKI RYZYKA, CZYNNIKI CHRONIĄCE I ZWIĄZANE Z NIMI INTERWENCJE

## **Mit:**

Większość samobójstw zdarza się nagle i bez ostrzeżenia.

## **Fakt:**

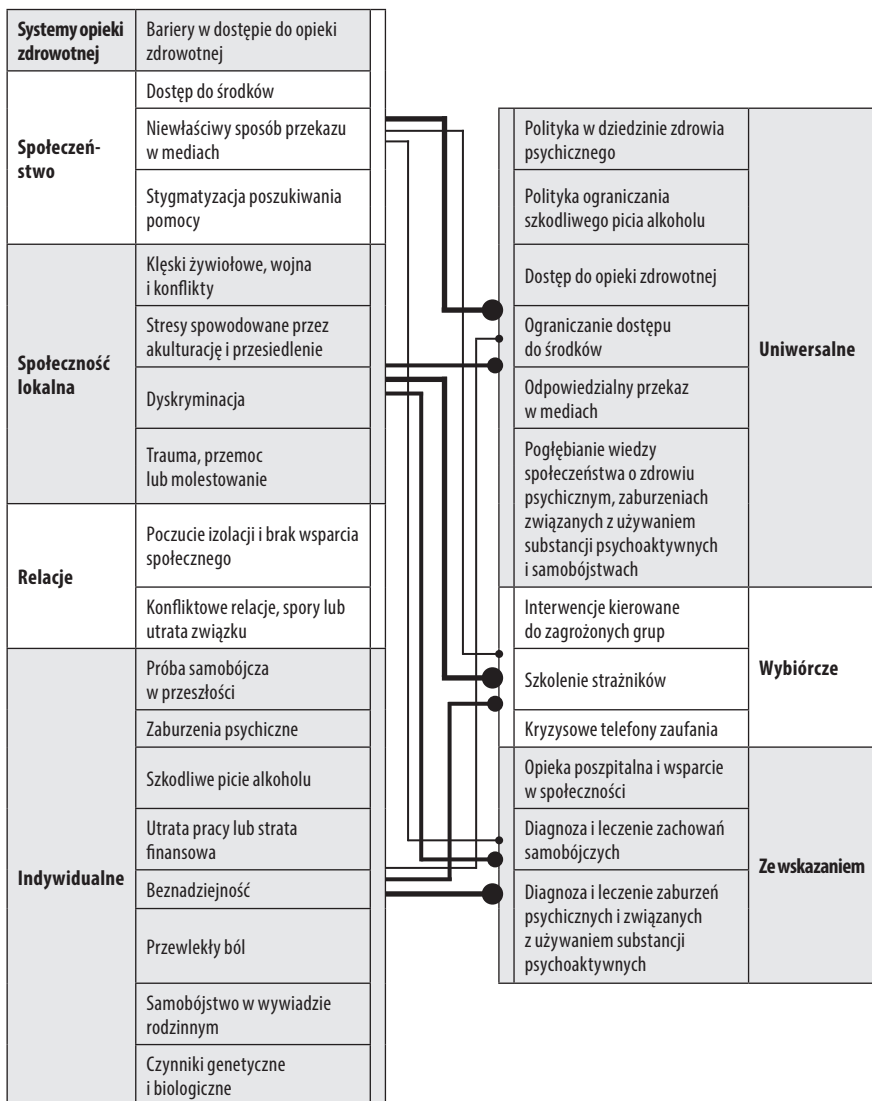
W większości przypadków samobójstwo poprzedzają sygnały ostrzegawcze, werbalne lub behawioralne [w mowie lub zachowaniu]. Oczywiście, bywają samobójstwa bez ostrzeżenia. Ale bardzo jest ważne, żeby się dowiedzieć, jakie są te sygnały ostrzegawcze, i uważnie ich wypatrywać.

Podstawą każdej skutecznej strategii zapobiegania samobójstwom jest identyfikacja czynników ryzyka samobójstwa w danym kontekście i osłabienie ich za pomocą odpowiednich interwencji. Zachowania samobójcze są złożone. Wiele różnych czynników przyczynia się do samobójstwa i wiele ścieżek przyczynowych do niego prowadzi, istnieje też wiele możliwości zapobiegania samobójstwom. Zwykle żadna pojedyncza przyczyna czy stresor nie wystarczą, aby wyjaśnić akt samobójczy – najczęściej kumuluje się kilka czynników ryzyka, zwiększając skłonność jednostki do zachowania samobójczego. Sama obecność czynników ryzyka jednak niekoniecznie musi prowadzić do zachowania samobójczego, np. nie każda osoba z zaburzeniami psychicznymi umiera z powodu samobójstwa. Skuteczne interwencje są niezbędne, gdyż mogą osłabiać wpływ zidentyfikowanych czynników ryzyka. Równie ważne są czynniki chroniące – stwierdzono, że zwiększają odporność jednostki. Wobec tego wzmacnianie czynników chroniących również stanowi istotny cel wszelkich kompleksowych strategii zapobiegania samobójstwom.

## Czynniki ryzyka

Poznano dotychczas szerokie spektrum czynników ryzyka, a najważniejsze przedstawiono na rysunku 7. Schemat graficzny obejmuje całą gamę czynników. Dla ułatwienia pogrupowano je w kilka kategorii: systemowe, odnoszące się do społeczeństwa i do społeczności, do relacji z innymi ludźmi (więzi społeczne z najbliższą rodziną i przyjaciółmi) oraz indywidualne czynniki ryzyka wynikające z modelu ekologicznego.

Warto zauważyć, że zamieszczona tu lista czynników ryzyka jest zdecydowanie niepełna. Istnieje wiele innych, które można inaczej poklasyfikować i skategoryzować. Waga każdego czynnika ryzyka i sposób jego klasyfikacji będą w każdym



Rysunek 7. **Najważniejsze czynniki ryzyka samobójstwa i ich powiązania z odpowiednimi interwencjami**

(Grubość linii odzwierciedla względną wagę interwencji na różnych poziomach wobec różnych obszarów czynników ryzyka)

przypadku zależały od kontekstu. Czynniki te mogą się przyczyniać do zachowań samobójczych, bezpośrednio lub pośrednio wpływając na podatność jednostki na zaburzenia psychiczne. Wyraźne rozgraniczanie wyróżnionych tu obszarów byłoby błędem. Każdy czynnik ryzyka wchodzi w interakcje z innymi – podobnie jest z wyróżnionymi obszarami: nie są one rozłączne, nie wykluczają się wzajemnie. Znacznie dogodniej jest uznać te obszary za przechodzące jeden w drugi, od poziomu systemowego do indywidualnego. Poszczególne czynniki ryzyka w rzeczywistości mogą jednocześnie występować w obrębie więcej niż jednego obszaru. Na przykład utrata pracy albo wsparcia finansowego może mieć wpływ indywidualny, prowadząc do pogorszenia relacji danej osoby z najbliższymi, ale może też wiązać się z recesją ekonomiczną na poziomie systemowym. Wyodrębnione tu grupy upraszczają zbiór istniejących czynników ryzyka i ułatwiają identyfikację odpowiednich interwencji.

## Interwencje

Oparte na dowodach naukowych interwencje usystematyzowano według koncepcji teoretycznej, w której wyróżnia się interwencje uniwersalne, wybiórcze i ze wskazaniem (29, 30). Na rysunku 7 powiązano te interwencje z odpowiadającymi im czynnikami ryzyka. Powiązania te nie są ostateczne i tak naprawdę powinny zależeć od kontekstu. Wyróżniono następujące rodzaje interwencji:

1. Uniwersalne strategie prewencji (Uniwersalne) mają docierać do całej populacji po to, by zmaksymalizować zdrowie i zminimalizować ryzyko samobójstwa przez usuwanie barier w opiece zdrowotnej i zwiększanie dostępu do pomocy, wzmacnianie takich procesów chroniących jak wsparcie społeczne oraz wprowadzanie zmian w otoczeniu fizycznym.
2. Wybiórcze strategie prewencji (Wybiórcze) kierowane są do zagrożonych grup w obrębie populacji, zdefiniowanych na podstawie wielu cech, np. wieku, płci, statusu zawodowego lub zachowań samobójczych w wywiadzie rodzinnym. Chociaż poszczególne osoby mogą obecnie nie przejawiać takich zachowań, jednak w ich przypadku poziom ryzyka biologicznego, psychologicznego czy społeczno-ekonomicznego może być podwyższony.
3. Strategie prewencji ze wskazaniem (Ze wskazaniem) kierowane są do konkretnych zagrożonych osób w obrębie populacji – np. tych, które przejawiają wczesne objawy skłonności samobójczych lub podjęły próbę samobójczą w przeszłości.

Ponieważ wchodzi tu w grę rozmaite czynniki oraz liczne ścieżki wiodące do zachowań samobójczych, działania w zakresie prewencji samobójstw wymagają szerokiego, wielosektorowego podejścia uwzględniającego różne populacje i grupy ryzyka oraz różne konteksty w ciągu całego życia.

# **System opieki zdrowotnej i czynniki ryzyka związane ze społeczeństwem**

Zachowania samobójcze są maskowane przez tabu, stygmatyzację, wstyd i poczucie winy. Wspierające systemy opieki zdrowotnej i społeczeństwa mogą pomóc w zapobieganiu samobójstwom, proaktywnie [zapobiegawczo] oddziałując na te obszary. Poniżej przedstawiono niektóre najważniejsze czynniki ryzyka związane z systemami opieki zdrowotnej i całym społeczeństwem.

## **Bariery w dostępie do opieki zdrowotnej**

Ryzyko samobójstwa istotnie wzrasta wraz ze współchorobowością, a zatem skuteczny dostęp do opieki zdrowotnej we właściwym czasie ma zasadnicze znaczenie dla obniżenia ryzyka samobójstwa (37). Systemy opieki zdrowotnej w wielu krajach są jednak złożone lub mają ograniczone zasoby – poruszanie się w tych systemach jest więc wyzwaniem dla osób o słabej orientacji w dziedzinie zdrowia w ogóle, a zdrowia psychicznego w szczególności (38). Stygmatyzacja poszukiwania pomocy w związku z próbami samobójczymi i zaburzeniami psychicznymi utrudnia to jeszcze bardziej, prowadząc do ograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej i do wyższego ryzyka samobójstwa.

## **Dostęp do środków**

Dostęp do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa jest najważniejszym czynnikiem ryzyka samobójstwa. Obecność w pobliżu lub bezpośrednia dostępność środków (m.in. pestycydów, broni palnej, wysokich budynków czy wież, torów kolejowych, trucizn, leków, źródeł tlenu węgla, takich jak spaliny samochodowe czy węgiel drzewny, oraz innych gazów trujących lub powodujących niedotlenienie) zwiększają ryzyko samobójstwa. Dostępność i preferencje wobec poszczególnych środków umożliwiających popełnienie samobójstwa zależą również od kontekstu geograficznego i kulturowego (39).

## **Niewłaściwe sposoby przekazu medialnego i korzystania z mediów społecznościowych**

Niewłaściwym sposobem przekazu medialnego jest przedstawianie samobójstwa w tonie sensacji lub jako fascynującego, atrakcyjnego zdarzenia, bo zwiększa to ryzyko samobójstw naśladowczych wśród osób o skłonnościach samobójczych. Do niewłaściwych praktyk medialnych należą też reportaże poświęcone

samobójstwom celebrytów, opisywanie niezwykłych metod popełnienia samobójstwa lub samobójstw seryjnych, pokazywanie zdjęć lub podawanie szczegółowych informacji o użytej metodzie albo normalizowanie samobójstwa jako możliwej do zaakceptowania reakcji na kryzys czy przeciwności losu.

Wykazano, że przedstawianie modeli samobójstwa zwiększa ryzyko zachowań samobójczych wśród osób podatnych (31, 32, 33). Coraz większy niepokój budzi ponadto rola internetu i mediów społecznościowych w propagowaniu samobójstwa. Internet jest obecnie głównym źródłem informacji o samobójstwie i zawiera łatwo dostępne witryny, które mogą przedstawiać samobójstwo w sposób niewłaściwy (34). Strony internetowe i media społecznościowe miały swój udział zarówno w prowokowaniu, jak i ułatwianiu zachowań samobójczych. Osoby prywatne mogą również bez trudu i bez cenzury publikować w sieci akty samobójcze oraz łatwo dostępne informacje.

## **Stygmatyzacja związana z poszukiwaniem pomocy**

Stygmatyzacja otaczająca poszukiwanie pomocy w związku z zachowaniami samobójczymi, problemami ze zdrowiem psychicznym, nadużywaniem substancji psychoaktywnych lub innymi stresorami emocjonalnymi nadal istnieje w wielu społeczeństwach i dla osób potrzebujących może stanowić potężną przeszkodę w dostępie do pomocy. Stygmatyzacja może również zniechęcać przyjaciół i rodziny osób ze skłonnościami samobójczymi do udzielania im wsparcia, jakiego mogłyby potrzebować, a nawet do dostrzegania ich sytuacji. Stygmatyzacja odgrywa kluczową rolę w niechęci do zmian i do podejmowania działań na rzecz zapobiegania samobójstwom.

## **Interwencje ukierunkowane na system opieki zdrowotnej i na czynniki ryzyka w społeczeństwie**

### **1. Polityka w dziedzinie zdrowia psychicznego**

W roku 2013 WHO przyjęła *Plan Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego w latach 2013–2020* (1). Plan ten zachęca państwa członkowskie, by każde opracowało własną politykę w dziedzinie zdrowia psychicznego, koncentrując się na czterech celach. Są to:

1. Wzmocnienie skutecznego przywództwa i zarządzania w dziedzinie zdrowia psychicznego.

2. Świadczenie kompleksowej, zintegrowanej i reaktywnej środowiskowej opieki zdrowotnej i socjalnej dla osób z problemami w zakresie zdrowia psychicznego.
3. Wdrożenie strategii promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.
4. Wzmocnienie systemów informatycznych, gromadzenia dowodów naukowych oraz prowadzenia badań w dziedzinie zdrowia psychicznego.

Współczynnik samobójstw jest miarą, a jego obniżenie jest celem omawianego planu działania.

## **2. Polityka ograniczania szkodliwego picia alkoholu**

Strategie i interwencje ukierunkowane na ograniczenie szkodliwego picia alkoholu opublikowano w dokumencie WHO *Globalna strategia redukcji szkodliwego picia alkoholu* (35). Równocześnie zaproponowano następujące miary skuteczności zapobiegania samobójstwom:

1. Przywództwo, świadomość i zaangażowanie.
2. Odpowiedź służby zdrowia.
3. Działania w społeczności lokalnej.
4. Strategie przeciwdziałania prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu.
5. Dostępność alkoholu.
6. Marketing napojów alkoholowych.
7. Polityka cenowa.
8. Redukcja negatywnych konsekwencji picia alkoholu i zatrucia alkoholowego.
9. Ograniczenie wpływu nielegalnego i nieformalnie produkowanego alkoholu na zdrowie publiczne.
10. Monitorowanie i nadzór (gromadzenie danych statystycznych).

W populacjach o mniejszym rozpowszechnieniu intensywnego picia alkoholu takie strategie jak zwiększanie świadomości społecznej można realizować za pomocą kampanii medialnych, promocji zdrowia w szkołach lub przekazywania informacji przez pracowników opieki zdrowotnej osobom zagrożonym (36). Przed wyborem strategii należy wziąć pod uwagę miejscową kulturę alkoholową, tak aby zapewnić skuteczność strategii w kontekście konkretnego regionu. Warunkiem koniecznym skutecznego wdrożenia owych strategii jest również funkcjonujący system prawny.

## **3. Dostęp do opieki zdrowotnej**

Adekwatne, szybko podjęte i dostępne leczenie zaburzeń psychicznych i związanych z używaniem substancji psychoaktywnych może zmniejszyć ryzyko zachowań samo-



bójczych (37) (zob. także ramka 6). Wprowadzenie w systemach i instytucjach opieki zdrowotnej, a zwłaszcza w lokalnych ośrodkach zdrowia, strategii i praktyk nastawionych na upowszechnienie wśród pacjentów wiedzy o zdrowiu jest najlepszą drogą do poprawy dostępu do świadczeń w opiece zdrowotnej w ogóle, a w leczeniu zaburzeń psychicznych w szczególności. Do dobrych praktyk należą: przekazywanie użytkownikom jasnych informacji o dostępnych świadczeniach, posługiwanie się odpowiednim językiem przez świadczeniodawców opieki zdrowotnej, jaśniejsze dla pacjentów drogi poruszania się w systemie. Do strategii i praktyk upowszechniania w społeczeństwie wiedzy o zdrowiu należy włączyć w szczególności lepszą orientację w dziedzinie zdrowia psychicznego (38).

#### **4. Ograniczanie dostępu do środków**

Na świecie najczęstszymi sposobami popełnienia samobójstwa są: otrucie pestycydami, powieszenie się i skok z wysokości (39, 40). Ograniczenie dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa jest skuteczną strategią zapobiegania samobójstwom – zwłaszcza impulsywnym – ponieważ daje czas do namysłu osobom, które myślą o samobójstwie (41). Strategie ograniczania środków mogą być wdrażane zarówno na poziomie ogólnokrajowym, poprzez prawa i przepisy, jak i lokalnie, np. przez wprowadzanie zabezpieczeń w otoczeniu stwarzającym zagrożenie (42).

Poniżej przedstawiono najważniejsze interwencje polegające na ograniczaniu dostępu do środków umożliwiających samobójstwo.

##### **• Dostęp do pestycydów**

Szacuje się, że pestycydy odpowiadają za jedną trzecią samobójstw na świecie (8). Samobójstwo przez umyślne połknięcie pestycydów zdarza się przede wszystkim na terenach wiejskich krajów o niskich lub średnich dochodach w Afryce, Ameryce Środkowej, Azji Południowo-Wschodniej i Regionie Zachodniego Pacyfiku. Do proponowanych strategii zapobiegania samobójstwom przez otrucie za pomocą pestycydów należą: ratyfikowanie, wprowadzenie i egzekwowanie odpowiednich konwencji międzynarodowych na temat niebezpiecznych odpadów i środków chemicznych; przyjęcie przepisów prawnych zakazujących stosowania w rolnictwie pestycydów stwarzających lokalne problemy; egzekwowanie przepisów dotyczących sprzedaży pestycydów; ograniczanie dostępu do pestycydów dzięki bezpieczniejszemu ich przechowywaniu i pozbywaniu się (wywózce) przez osoby fizyczne lub społeczności; ograniczenie toksyczności pestycydów (43, 44). Ponadto potrzebna jest optymalizacja postępowania leczniczego w przypadkach prób samobójczych przez połknięcie pestycydów. Szczegółowe infor-

macje można znaleźć w trzech broszurach WHO poświęconych prewencji samobójstw z użyciem pestycydów (27, 45, 46).

### • Dostęp do broni palnej

Samobójstwo przy użyciu broni palnej jest metodą o wysokim stopniu śmiertelności, która odpowiada za większość samobójstw w niektórych krajach, m.in. w USA (47). Dostępne dane wskazują na ścisłą korelację między proporcją gospodarstw domowych posiadających broń palną a proporcją samobójstw popełnionych przy użyciu broni (48).

Wprowadzenie przepisów prawnych ograniczających posiadanie broni palnej wiązało się w wielu krajach ze spadkiem współczynnika samobójstw dokonanych przy użyciu broni, m.in. w Australii, Kanadzie, Nowej Zelandii, Norwegii i Wielkiej Brytanii. Podejmowano następujące możliwe działania ustawodawcze i wykonawcze, aby zmniejszyć liczbę samobójstw przy użyciu broni palnej: zaostrzenie przepisów dotyczących dostępności broni palnej w prywatnych gospodarstwach domowych oraz procedur uzyskiwania pozwoleń na broń i rejestrowania broni; ograniczenie posiadania broni przez osoby prywatne do broni krótkiej; wydłużenie okresu oczekiwania na zakup broni; egzekwowanie wymagań dotyczących bezpiecznego przechowywania broni; określenie minimalnego wieku uprawniającego do zakupu broni; obowiązek sprawdzania przy zakupie broni, czy kupujący nie ma przeszłości kryminalnej lub psychiatrycznej. W krajach, w których posiadanie broni palnej stanowi element obyczaju, niezmiernie ważna jest również edukacja społeczeństwa w zakresie obowiązujących przepisów (49).

### • Mosty, budynki i tory kolejowe

Dokonanie samobójstwa przez skok z mostu, wysokiego budynku czy rzucenie się pod pociąg jest popularną metodą ze względu na łatwą dostępność. Interwencje strukturalne ograniczające dostęp skutecznie zapobiegają samobójstwom (50).

### • Dostępność trujących gazów

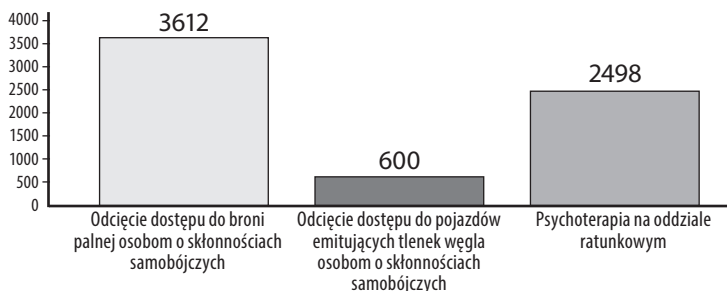
Umysłne zatrucie tlenkiem węgla było jedną z najczęstszych w historii metod popełniania samobójstwa. Zmiany legislacyjne i pragmatyczne dotyczące gazu w gospodarstwach domowych na poziomie ogólnokrajowym i regionalnym w znacznym stopniu zmniejszyły liczbę samobójstw dokonywanych tą metodą (51). Zebrane dowody wskazują, że zmniejszenie toksyczności tlenku węgla ma bezpośredni wpływ na spadek ogólnego współczynnika samobójstw.

Zatrucie wskutek spalania węgla drzewnego jest nową metodą popełniania samobójstwa przy użyciu trującego gazu, która szybko zyskuje popularność w niektórych krajach azjatyckich (9). Przeniesienie opakowań węgla drzewnego (do grilla) z otwartych

półek do strefy kontrolowanej w największych supermarketach w Hong Kongu, Specjalnym Regionie Administracyjnym Chin, w istotnym stopniu zmniejszyło liczbę związanych z węglem drzewnym zgonów samobójczych (52).

### • Dostęp do środków farmakologicznych

W większości krajów europejskich otrucie się lekami jest drugą lub trzecią najczęstszą metodą stosowaną w samobójstwach i próbach samobójczych (53). Wykazano, że ograniczenie dostępu do leków i dostępności leków powszechnie używanych w celach samobójczych jest skuteczną strategią prewencji (54). Świadczeniodawcy usług zdrowotnych mogą tu odgrywać decydującą rolę przez ograniczanie ilości wydawanych leków, informowanie pacjentów i ich rodziny o zagrożeniach związanych z leczeniem farmakologicznym oraz podkreślanie, jak ważne jest ściśle przestrzeganie zaleconego dawkowania leków i utylizacja nadmiaru nieużytych tabletek.



Rysunek 8. **Liczba zgonów samobójczych, którym zapobiegły proponowane interwencje, w przybliżeniu odpowiada 20-proc. spadkowi liczby zgonów samobójczych w USA w roku 2010 (55)**

Rysunek 8 przedstawia kombinację trzech strategii, które – gdyby zostały w pełni zrealizowane w praktyce – mogłyby ocalić życie wielu tysięcy ludzi w ciągu tylko jednego roku w USA. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że wykres ten powstał na podstawie modelowania optymalnej realizacji tylko kilku strategii (55).

## 5. Odpowiedzialny przekaz w mediach

Wykazano, że odpowiedzialny sposób przekazywania w mediach informacji o samobójstwach obniża współczynniki samobójstw (40). Do ważnych aspektów odpowiedzialnego przekazu medialnego należą: unikanie szczegółowych opisów aktów samobójczych,

unikanie tonu sensacji i glamoryzacji (nieprzedstawianie samobójstwa jako czegoś atrakcyjnego i fascynującego), posługiwanie się odpowiedzialnym językiem, minimalizowanie widoczności informacji o samobójstwie (dbanie, by takie informacje nie rzucały się w oczy jako najważniejsze), unikanie nadmiernych uproszczeń, popularyzowanie w społeczeństwie wiedzy o samobójstwie i dostępnych metodach leczenia, informowanie, gdzie można szukać pomocy (56). Współpraca i uczestnictwo mediów nie tylko w opracowywaniu i popularyzacji odpowiedzialnych praktyk przekazu, lecz także w szkoleniu w tym zakresie, to także warunki konieczne do poprawy sposobu informowania o samobójstwach i zmniejszenia liczby samobójstw naśladowczych (57). Taką poprawę stwierdzono w Australii i Austrii po aktywnym zaangażowaniu mediów w rozpowszechnianie wytycznych dla środków masowego przekazu (58).

Korzystanie z internetu i mediów społecznościowych może stać się uniwersalną strategią prewencji samobójstw. Niektóre witryny internetowe promujące zdrowie psychiczne już mają obiecujące wyniki w promowaniu poszukiwania pomocy, lecz niewiele wskazuje na ich skuteczność w zapobieganiu samobójstwom (59). Najlepszymi przykładami internetowych strategii zapobiegania samobójstwom są czaty online, gdzie osoby ze skłonnościami samobójczymi mogą porozmawiać z profesjonalistami, a także programy samopomocowe oraz terapia online (60). Pewien portal w Wielkiej Brytanii pokazuje klipy, na których młodzi ludzie mówią o próbach samobójczych. Umożliwia to młodym ludziom odczucie empatii, „wejście w skórę” innych w podobnej sytuacji (61). Kiedy komputery nie są dostępne, alternatywnym rozwiązaniem jest wysyłanie wiadomości SMS przez telefon komórkowy i coraz popularniejsze korzystanie z mediów społecznościowych przy użyciu urządzeń mobilnych dla udzielenia indywidualnego wsparcia i terapii.

## **6. Pogłębianie wiedzy społeczeństwa o zdrowiu psychicznym, zaburzeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i samobójstwach**

Zaburzenia psychiczne i poszukiwanie pomocy naznaczone są piętnem i spotykają się z negatywnymi postawami społeczeństwa. Kampanie pogłębiające świadomość społeczną (zob. ramki 3 i 6) mają na celu zmniejszenie stygmatyzacji związanej z zaburzeniami psychicznymi i poszukiwaniem pomocy w kontekście samobójstwa oraz poprawę dostępu do opieki zdrowotnej. Niewiele danych wskazuje na związek takich kampanii edukacyjnych ze spadkiem liczby samobójstw, lecz mają one pozytywny wpływ na postawy społeczeństwa, dzięki czemu rosną szanse na publiczną dyskusję na te tematy. Skuteczne kampanie informacyjne poświęcone zagadnieniom zdrowia psychicznego

koncentrują się tylko na jednym lub dwóch zaburzeniach. Korzysta się przy tym z rozmaitych środków przekazu (np. telewizji, mediów drukowanych, Internetu, mediów społecznościowych, plakatów); aby wzmocnić siłę komunikatów – są one odpowiednio adaptowane, łączy się kilka strategii oraz organizuje się programy na poziomie lokalnym, adresując je do konkretnych populacji (62, 63).

#### **Ocalić życie i upodmiotowić młodych w Europie – projekt badawczy**

W ramach projektu *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SELYE, *Ocalić życie i upodmiotowić młodych w Europie*) opracowano i przetestowano wieloskładnikowy program przeznaczony dla młodzieży, popularyzujący wiedzę o zdrowiu psychicznym. SELYE, program prewencyjny przetestowany w 11 krajach europejskich, ma na celu promocję zdrowia psychicznego wśród nastoletnich uczniów szkół w Europie (64). W każdym kraju przeprowadzono randomizowane, kontrolowane badanie obejmujące trzy aktywne interwencje i jedną interwencję minimalną w grupie kontrolnej. Na aktywne interwencje składały się: szkolenie strażników, program pogłębiania wiedzy o zdrowiu psychicznym, profesjonalne badanie przesiewowe, którego celem było zidentyfikowanie zagrożonych nastolatków (65).

W badaniu katamnesticznym po 12 miesiącach okazało się, że współczynniki zarówno poważnych myśli/planów samobójczych, jak i prób samobójczych były istotnie niższe wśród młodzieży uczestniczącej w programie pogłębiania wiedzy o zdrowiu psychicznym niż w grupie poddanej minimalnej interwencji. Ważnym krokiem w drodze do optymalnej realizacji programów pogłębiania wiedzy jest rozważenie, jak uzyskać pomoc i wsparcie miejscowych polityków, szkół, nauczycieli i innych zainteresowanych stron (66).

Ramka 3

## **Czynniki ryzyka związane ze społecznością lokalną i relacjami**

Społeczności, w których żyją ludzie, mają istotny związek z czynnikami ryzyka samobójstwa. Na całym świecie różne czynniki kulturowe, religijne, prawne i historyczne kształtowały status i pojmowanie samobójstwa, prowadząc do identyfikacji czynników charakteryzujących społeczność, które wpływają na ryzyko samobójstwa. Bezpośrednie relacje człowieka z rodziną, bliskimi przyjaciółmi i innymi osobami znaczącymi również mogą mieć wpływ na zachowania samobójcze. Poniżej przedstawiono niektóre z najważniejszych czynników związanych z tymi obszarami.

## Kłęski żywiołowe, wojna i konflikty

Kłęski żywiołowe, wojny i konflikty między ludnością cywilną mogą zwiększać ryzyko samobójstwa, gdyż takie doświadczenia mają destrukcyjny wpływ na dobrostan społeczny, zdrowie, mieszkalnictwo, zatrudnienie i bezpieczeństwo finansowe. Paradoksalnie współczynniki samobójstw mogą spadać podczas katastrofy naturalnej czy wojny domowej albo bezpośrednio po jej zakończeniu, lecz różnie to przebiega w różnych grupach ludzi. Taki doraźny spadek może wynikać z pojawienia się potrzeby większej spójności społecznej. Ogólnie biorąc, nie wydaje się, aby istniał jakiś wyraźny kierunek zmian współczynników umieralności z powodu samobójstwa, ponieważ wyniki badań są tu rozbieżne (67).

## Stresy spowodowane przez akulturację i przesiedlenie

Stresy związane z akulturacją i przesiedleniem są przyczyną istotnego ryzyka samobójstwa w wielu zagrożonych grupach, m.in. wśród rdzennej ludności, osób starających się o azyl, uchodźców, cudzoziemców przebywających w strzeżonych ośrodkach detencyjnych, ludzi przesiedlonych we własnym kraju oraz nowo przybyłych migrantów.

Wysokie rozpowszechnienie samobójstw obserwuje się wśród ludności tubylczej – Indian w USA, rdzennych mieszkańców i Inuitów w Kanadzie, Aboryge-nów w Australii i aborygeńskich Maorysów w Nowej Zelandii. We wszystkich tych społecznościach współczynniki samobójstw są znacznie wyższe niż w pozostałej populacji kraju (68, 69). Odnosi się to zwłaszcza do młodych ludzi, przede wszystkim młodych mężczyzn, którzy stanowią jedną z najbardziej zagrożonych grup na świecie (70). Zachowania samobójcze są również częstsze wśród rdzennych i aborygeńskich społeczności w okresie transformacji (71). Często dochodzi do naruszenia autonomii terytorialnej, politycznej i ekonomicznej ludów tubylczych, a także do niszczenia ich kultury i języka. Taka sytuacja może powodować przygnębienie, poczucie izolacji i dyskryminacji, czemu towarzyszy rozżalenie, gniew i nieufność do państwowych instytucji opieki społecznej i zdrowotnej, zwłaszcza jeśli nie udzielają one swych świadczeń w sposób właściwy w danej kulturze.

## Dyskryminacja

Dyskryminacja pewnych grup w obrębie populacji może być ciągłą, endemiczną i systemową. W konsekwencji mogą one nieustannie doświadczać stresujących zdarzeń życiowych, takich jak: utrata wolności, odrzucenie, stygmatyzacja i przemoc, co może prowadzić do zachowań samobójczych.

Niektóre przykłady powiązań między dyskryminacją a samobójstwem dotyczą:

- ludzi uwięzionych lub aresztowanych (72),
- ludzi, którzy określają siebie jako lesbijki, gejów, osoby biseksualne, transseksualne i interseksualne (73),
- ludzi, których dotyka mobbing, nękanie, cyberprzemoc lub agresja rówieśnicza (74),
- uchodźców, azylantów i migrantów (75).

## Trauma, przemoc lub molestowanie

Doznawanie traumy lub przemocy zwiększa stres emocjonalny i może być czynnikiem spustowym wyzwalającym depresję i zachowania samobójcze u osób, które już mają takie skłonności. Stresory psychospołeczne związane z samobójstwem mogą być skutkiem różnego typu traumy (m.in. torturowania, zwłaszcza osób starających się o azyl i uchodźców), spraw sądowych karnych lub dyscyplinarnych, problemów finansowych, problemów w nauce lub pracy, nękania (*bullying*) (76). Ponadto młodzież, która miała negatywne doświadczenia w dzieciństwie, m.in. rodzinne (jak przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne lub nękanie emocjonalne, zaniedbywanie, maltretowanie, przemoc domowa, separacja lub rozwód rodziców, oddanie pod opiekę instytucji lub pomocy społecznej), narażona jest na znacznie wyższe ryzyko samobójstwa niż inni młodzi ludzie (77). Efekty negatywnych doświadczeń w dzieciństwie są zwykle wzajemnie powiązane i skorelowane oraz kumulują się, zwiększając ryzyko zaburzeń psychicznych i samobójstwa (78).

## Poczucie izolacji i brak wsparcia społecznego

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 samobójstwa (71).

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. 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 światem (134, 135).

## **Konfliktowe relacje, spory lub utrata związku**

Konflikty w związku (np. separacja), spory (np. walka o opiekę nad dzieckiem) lub utrata związku (np. śmierć partnera) mogą być przyczyną głębokiego smutku i sytuacyjnego stresu psychologicznego. Wszystkie te sytuacje wiążą się z większym ryzykiem samobójstwa (79). Niezdrowe związki także mogą być czynnikiem ryzyka. Przemoc, w tym przemoc seksualna wobec kobiet, często ze strony partnera życiowego, jest powszechnym zjawiskiem. Na całym świecie 35% kobiet doznało przemocy fizycznej i/lub seksualnej ze strony partnera życiowego lub przemocy seksualnej nie-partnera (80, 81).

## **Interwencje ukierunkowane na czynniki ryzyka w społeczności i związkach**

### **1. Interwencje adresowane do grup ryzyka**

Zidentyfikowano wiele grup o wysokim ryzyku samobójstwa (zob. także ramki 4 i 6). Wprawdzie brakuje rygorystycznej ewaluacji, jednakże niżej podano kilka przykładów interwencji celowanych adresowanych do różnych grup, do których należą:

- osoby, które doświadczyły przemocy, traumy, konfliktów zbrojnych i klęsk żywiołowych – dane z badań nad związkami samobójstwa z takimi sytuacjami wskazują, że interwencje powinny być adresowane do grup najbardziej zagrożonych po konflikcie lub poważnej katastrofie naturalnej. Decydenci powinni działać na rzecz utrzymania więzi społecznych istniejących w społecznościach dotkniętych takimi zdarzeniami (82, 83);
- uchodźcy i migranci – czynniki ryzyka różnią się w poszczególnych grupach, więc bardziej efektywne może być opracowanie interwencji uwzględniających specyfikę kulturową danej grupy niż traktowanie wszystkich imigrantów tak, jakby byli tacy sami (84);
- ludność rdzenna – w przeglądzie strategii interwencji stosowanych w Australii, Kanadzie, Nowej Zelandii i USA stwierdzono, że inicjatywy prewencyjne na poziomie



społeczności lokalnej, szkolenie strażników oraz interwencje edukacyjne właściwe kulturowo skutecznie obniżały poczucie beznadziejności i zagrożenie samobójstwem. Najbardziej efektywne były te interwencje, które w dużym stopniu kontrolowała i w które angażowała się lokalna społeczność rdzennych mieszkańców, aby zapewnić stosowność interwencji do specyfiki kulturowej (85);

- więźniowie – z przeglądu czynników ryzyka wśród więźniów w Australii, Europie, Nowej Zelandii i USA wynika, że celem interwencji prewencyjnych powinna być poprawa zdrowia psychicznego, ograniczenie nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz nieumieszczanie osób zagrożonych w jednoosobowych celach. Wszyscy więźniowie powinni przejść badanie przesiewowe pod kątem zachowań samobójczych – obecnie i w przeszłości (86);
- lesbijki, geje, osoby biseksualne, transseksualne i interseksualne (LGBTI) – w dążeniu do obniżenia współczynników samobójstw wśród osób LGBTI należy skoncentrować się na takich czynnikach ryzyka, jak: zaburzenia psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, stygmatyzacja, uprzedzenia, dyskryminacja indywidualna i instytucjonalna (87);
- postwencja – wsparcie dla osób osieroconych lub dotkniętych samobójstwem kogoś bliskiego – interwencje w przypadku takich osób mają na celu wspieranie w procesie żałoby i zmniejszenie możliwości naśladowczego zachowania samobójczego; interwencje postwencyjne mogą być prowadzone w szkołach, rodzinach lub społecznościach lokalnych. Nawiązywanie kontaktów z rodzinami i przyjaciółmi po samobójstwie kogoś bliskiego doprowadziło do wzrostu liczby grup wsparcia w ogóle oraz grup wsparcia dla osób w żałobie. Stwierdzono, że uczestniczenie w tych grupach zmniejszało cierpienie emocjonalne bezpośrednio po samobójstwie: depresję, lęk i rozpacz (88).

#### **Interwencje adresowane do wojskowych i kombatantów**

Coraz więcej dowodów naukowych świadczy o podwyższeniu ryzyka samobójstwa w niektórych populacjach wojskowych i kombatantów (89). W badaniach epidemiologicznych, np. w *The Army Study to Assess Risk and Resilience in Service Members* (Army STARRS, ocena ryzyka i odporności żołnierzy w służbie czynnej), zidentyfikowano kilka czynników, w tym rozpoznanie choroby psychicznej, stopień wojskowy i płeć (90, 91), które zwiększają ryzyko samobójstwa wśród osób aktualnie odbywających służbę wojskową oraz u tych, którzy służyli w wojsku w przeszłości.

W 2007 r. Department of Veterans' Affairs (Urząd do Spraw Kombatantów) uruchomił w USA ogólnokrajowy bezpłatny telefon kryzysowy dla amerykańskich kombatantów i ich rodzin. W 2009 r. zwiększono zasięg tej linii telefonicznej, aby społeczność wojskowych mogła z niej korzystać w większym stopniu.

Urząd do Spraw Kombatantów oraz Ministerstwo Obrony USA wspólnie przeznaczyły znaczne środki finansowe na identyfikację cech związanych z podwyższonym ryzykiem samobójstwa oraz na wdrożenie interwencji, które mają na celu obniżenie ryzyka w zagrożonych populacjach. Zidentyfikowano kilka czynników związanych z podwyższonym ryzykiem samobójstwa, a także opracowano strategię identyfikowania i przyciągania osób z grupy ryzyka. Przykłady takich strategii są następujące: intensywne zarządzanie sytuacją (prowadzenie przypadku – *case management*), wzajemne koleżeńskie wsparcie oraz planowanie przez pacjenta, jak zwiększyć własne bezpieczeństwo poza kontekstem klinicznym.

Prowadzone obecnie działania mają na celu określenie, jakie cechy jednostki i populacji związane z podwyższonym ryzykiem samobójstwa mogą częściej występować wśród osób zgłaszających się ochotniczo do służby wojskowej w USA; opracowanie metod, dzięki którym osoby z grupy ryzyka podejmowałyby oparte na dowodach naukowych leczenie zaburzeń leżących u podłoża skłonności samobójczych; zarządzanie okresami podwyższonego ryzyka, zwłaszcza związanego z procesami przemian (92).

#### Ramka 4

## 2. Szkolenie strażników

Osoby, którym zagraża samobójstwo, rzadko poszukują pomocy. Niemniej mogą je charakteryzować czynniki ryzyka i zachowania świadczące o takim zagrożeniu. Strażnikiem jest każdy, kto potrafi rozpoznać, czy jakaś osoba zastanawia się nad popełnieniem samobójstwa. Do najważniejszych potencjalnych strażników należą (93):

- świadczeniodawcy opieki zdrowotnej – podstawowej, psychiatrycznej i ratunkowej;
- nauczyciele i inni pracownicy szkoły;
- liderzy społeczności lokalnych;
- funkcjonariusze policji, strażacy i inni przedstawiciele służb ratowniczych;
- wojskowi;
- pracownicy opieki społecznej;
- liderzy duchowi i religijni lub tradycyjni uzdrowiacze;
- pracownicy i szefowie działu kadr.

Programy szkolenia strażników mają na celu pogłębienie wiedzy uczestników, a także kształtowanie ich postaw i umiejętności tak, by potrafili rozpoznać osoby zagrożone, określić stopień ryzyka, a następnie skierować takie osoby na leczenie (zob. ramkę 6). Wszelkie treści przekazywane podczas szkolenia powinny uwzględniać specyfikę kulturową, należy także podać uczestnikom informacje o dostępności lokalnej opieki zdrowotnej. Programy adaptowane i adresowane do konkretnych populacji, np. do grup Aborygenów, przyniosły obiecujące rezultaty (85). Badania pokazują, że 25–50% kobiet

przejawiających zachowania samobójcze odwiedziło jakiegoś pracownika opieki zdrowotnej w ciągu poprzednich czterech tygodni; szkolenie strażników daje zatem możliwość rozpoczęcia interwencji wobec takich osób (94).

Szkolenie strażników jest przykładem najlepszej praktyki, której związków ze spadkiem współczynników samobójstw lub prób samobójczych dotychczas definitywnie nie wykazano (95). Program adresowany do strażników i dotyczący ich własnego zdrowia przedstawiono w ramce 5.

**Program prewencji samobójstw realizowany w miejscu pracy,  
który zmniejszył liczbę samobójstw**

Wieloaspektowy, kompleksowy program zapobiegania samobójstwom w policji zrealizowany w Montrealu (Kanada) doprowadził do istotnego (o 79%) spadku współczynnika samobójstw policjantów w tym mieście. W ramach tego programu wszyscy funkcjonariusze w służbie czynnej odbyli trwające pół dnia szkolenie dotyczące dwóch głównych tematów: jak rozpoznać ryzyko samobójstwa oraz jak pomóc. Zwierzchnicy i przedstawiciele związków zawodowych odbyli całonocne szkolenie na temat oceny ryzyka i udzielania pomocy. Powstała ochotnicza linia pomocy telefonicznej obsługiwana przez specjalnie przeszkolonych funkcjonariuszy, a ponadto zorganizowano kampanię medialną, w której przedstawiono możliwości instytucjonalnego uzyskania pomocy i podkreślano, jak wielkie znaczenie ma wspólne działanie na rzecz zapobiegania samobójstwom (96).

Kompleksowe programy prewencji samobójstw uwzględniające specyfikę kulturową środowiska pracy mogą być skuteczne – prowadząc do pogłębienia wiedzy oraz pozytywnych zmian w zakresie postaw i zachowań, mogą mieć istotny wpływ na współczynniki samobójstw.

Ramka 5

### **3. Telefoniczne linie pomocy kryzysowej**

Telefoniczne linie interwencji kryzysowej to publiczne telefony zaufania, do których ludzie mogą się zwrócić, kiedy nie mogą lub nie chcą korzystać z innych form wsparcia społecznego lub profesjonalnej opieki. Telefony zaufania mogą służyć szerszej populacji lub określonym grupom osób zagrożonych. Ten ostatni rodzaj może być korzystny, jeśli istnieje prawdopodobieństwo, że wsparcie partnerskie (koleżeńskie, przez osobę równą statusem) będzie pomocne.

Telefony zaufania w USA okazały się efektywne: korzystają z nich osoby o poważnych skłonnościach samobójczych, a wśród zgłaszających się spadło ryzyko popełnienia samobójstwa zarówno podczas rozmowy telefonicznej, jak i w ciągu następnych tygodni (97).

Badanie udzielania pomocy przez telefony zaufania i czaty internetowe w Belgii wykazało, że te strategie mogą być skuteczne i opłacalne również w prewencji samobójstw (98). Telefoniczne linie pomocy okazały się użyteczną, najlepszą praktyką stosowaną na szeroką skalę. Ryzyko samobójstwa wprawdzie maleje, lecz brak ewaluacji oznacza, że wpływ telefonów zaufania na spadek współczynnika samobójstw nie został jednoznacznie potwierdzony.

## Indywidualne czynniki ryzyka

Na ryzyko samobójstwa może wpływać indywidualna podatność lub odporność. Indywidualne czynniki ryzyka mają związek z prawdopodobieństwem wystąpienia zachowań samobójczych u danej osoby.

### Próba samobójcza w przeszłości

Zdecydowanie najmocniejszym zwiastunem samobójstwa w przyszłości jest jedna lub więcej wcześniejszych prób samobójczych (99). Nawet w rok po próbie samobójczej ryzyko samobójstwa i przedwczesnej śmierci z innych przyczyn jest nadal wysokie (100).

### Zaburzenia psychiczne

W krajach o wysokich dochodach niemal 90% osób, które umierają z powodu samobójstwa, ma zaburzenia psychiczne (101), a objawy psychiatryczne wśród pozostałych 10% bez jasnego rozpoznania przypominają obraz kliniczny u tych, którzy zmarli śmiercią samobójczą. Wydaje się jednak, że w krajach azjatyckich zaburzenia psychiczne są mniej rozpowszechnione (współczynnik około 60%) wśród tych, którzy skutecznie dokonali samobójstwa, co wykazały badania przeprowadzone w Chinach i Indiach (12, 102).

Do tego czynnika ryzyka należy podchodzić ostrożnie. Depresja, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zachowania antyspołeczne są stosunkowo częste i większość osób z takimi zaburzeniami nie będzie przejawiała zachowań samobójczych. Jednak ci, którzy umierają z powodu samobójstwa lub podejmują próby samobójcze, mogą mieć istotne współwystępujące zaburzenia psychiczne. Ryzyko samobójstwa zależy od rodzaju

zaburzenia, a do najczęstszych zaburzeń towarzyszących zachowaniom samobójczym należą depresja i zaburzenia związane z piciem alkoholu. Szacuje się, że ryzyko popełnienia samobójstwa w ciągu całego życia wynosi: 4% – u pacjentów z zaburzeniami nastroju (103), 7% – u osób uzależnionych od alkoholu (104), 8% – u osób z chorobą afektywną dwubiegunową (105, 106), 5% – u osób ze schizofrenią (107). Co ważne, ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych wzrasta wraz ze współchorobowością – jest ono istotnie wyższe u osób, które cierpią na więcej niż jedno zaburzenie psychiczne (101).

## **Szkodliwe picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych**

Wszystkie zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych zwiększają ryzyko samobójstwa (108). Zaburzenia związane z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych stwierdza się w 25–50% wszystkich przypadków samobójstw (104), 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 alkoholu (109). Uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych, m.in. kanabinoli, heroiny lub nikotyny, jest również czynnikiem ryzyka samobójstwa (110).

## **Utrata pracy lub straty finansowe**

Utrata pracy, przejęcie przez bank niespłaconego domu i niepewność finansowa prowadzą do wzrostu ryzyka samobójstwa przy współwystępowaniu innych czynników ryzyka, takich jak: depresja, lęk, przemoc i szkodliwe picie alkoholu (111). W konsekwencji, ponieważ okresy recesji ekonomicznej wiążą się z indywidualnymi przeciwnościami losu – utratą pracy czy stratami finansowymi, może im towarzyszyć ryzyko samobójstwa poszczególnych osób (112).

## **Beznadziejość**

Poczucie beznadziei jako poznawczy aspekt funkcjonowania psychicznego często przyjmowano za współczynnik ryzyka samobójstwa, kiedy współwystępowało z zaburzeniami psychicznymi lub wcześniejszymi próbami samobójczymi (113). Trzema głównymi aspektami poczucia beznadziei są obawy dotyczące przyszłości oraz utrata motywacji i oczekiwań. O poczuciu beznadziei

dziejności często mogą świadczyć takie myśli, jak: „już nigdy nie będzie lepiej”, „nie widzę, żeby się coś miało poprawić”, którym w większości przypadków towarzyszy depresja (114).

## **Przewlekły ból i choroba**

Przewlekły ból i choroba są ważnymi czynnikami ryzyka zachowań samobójczych. Stwierdzono, że wśród osób z przewlekłym bólem zachowania samobójcze występują 2–3 razy częściej niż w populacji ogólnej (115). Wszystkie choroby związane z bólem, niepełnosprawnością fizyczną, zaburzeniami neurorozwojowymi i cierpieniem emocjonalnym zwiększają ryzyko samobójstwa (116). Należą do nich rak, cukrzyca oraz HIV/AIDS.

## **Samobójstwo w wywiadzie rodzinnym**

Samobójstwo członka rodziny lub społeczności lokalnej może mieć szczególnie katastrofalny wpływ na życie człowieka. Utrata kogoś bliskiego jest druzgocąca dla większości ludzi; oprócz żalu i rozpacz sam charakter samobójczej śmierci może być stresem wywołującym poczucie winy, wstydu, złości, lęku i cierpienia emocjonalnego członków rodziny i osób najbliższych. Dynamika rodziny może się zmienić, mogą się skończyć dotychczasowe źródła utrzymania, a stygmatyzacja może przeszkodzić w poszukiwaniu pomocy i powstrzymać innych od proponowania wsparcia (117). Samobójstwo członka rodziny lub kogoś najbliższego może obniżyć próg samobójstwa u osób w procesie żałoby (118). Z wszystkich tych powodów ludziom pogrążonym w żałobie lub osieroconym przez samobójstwo bardziej zagraża samobójstwo lub zaburzenia psychiczne (119).

## **Czynniki genetyczne i biologiczne**

Zmiany genetyczne lub rozwojowe w obrębie wielu układów neurobiologicznych są związane z zachowaniami samobójczymi. Na przykład niskie poziomy serotoniny mają związek z poważnymi próbami samobójczymi wśród pacjentów z zaburzeniami nastroju, schizofrenią i zaburzeniami osobowości. Przypadki samobójstwa w rodzinie stanowią mocny czynnik ryzyka samobójstwa i prób samobójczych (120).

# Interwencje związane z indywidualnymi czynnikami ryzyka

## 1. Opieka poszpitalna i wsparcie w społeczności

Pacjentom niedawno wypisanym ze szpitala często brak wsparcia społecznego i kiedy opuszczą placówkę opieki zdrowotnej, mogą mieć poczucie izolacji. Opieka poszpitalna i wsparcie społeczne skutecznie obniżały liczbę przypadków samobójczej śmierci i prób samobójczych wśród pacjentów po niedawnym wypisie ze szpitala (121). Powtarzanie kontrolnych kontaktów poszpitalnych jest zalecaną niskonakładową interwencją łatwą do zrealizowania. Taką interwencję może prowadzić istniejący personel medyczny, również przeszkoleni niespecjaliści – pracownicy ochrony zdrowia, co nie wymaga specjalnych nakładów (122) i jest szczególnie przydatne w krajach o niskich i średnich dochodach. Interwencja taka może polegać na wysyłaniu kartek pocztowych, rozmowach przez telefon lub krótkich osobistych (formalnych i nieformalnych) wizytach u pacjenta, aby nawiązać znajomość i zachęcić do utrzymywania kontaktu (123, 124). Ważne jest zaangażowanie w opiekę poszpitalną wszelkich dostępnych źródeł wsparcia społecznego, takich jak: rodzina, przyjaciele, koledzy, ośrodki interwencji kryzysowej czy miejscowe poradnie zdrowia psychicznego, ponieważ umożliwia to regularne monitorowanie pacjentów i pomaga motywować ich do przestrzegania zaleceń leczniczych (123).

## 2. Diagnozowanie i prowadzenie osób z zachowaniami samobójczymi

Opracowanie skutecznych strategii diagnozowania i prowadzenia osób z zachowaniami samobójczymi jest ważne. Wytyczne WHO w sprawie interwencji w zaburzeniach psychicznych (*WHO mhGAP Intervention Guide*) zalecają kompleksowe badanie diagnostyczne każdego, kto przejawia myśli, plany lub dokonuje aktów samobójczych/samouszkodzeń. Zaleca się również pytanie o myśli, plany lub akty samobójcze/samouszkodzenia w przypadku każdej osoby w wieku ponad 10 lat, która doświadcza jakichkolwiek innych priorytetowych zaburzeń, przewlekłego bólu lub ostrego cierpienia emocjonalnego (122). Staranne badanie diagnostyczne należy przeprowadzić metodą wywiadów klinicznych potwierdzonych przez informacje od rodziny i otoczenia (125).

Kształcenie i szkolenie pracowników ochrony zdrowia, przede wszystkim służb i oddziałów ratunkowych, jest niezbędne, aby osobom potrzebującym zapewnić wsparcie psychospołeczne oraz kontynuację opieki przez systematyczne kontakty i wsparcie w spo-

teczności. Diagnozowanie i prowadzenie przypadków zachowań samobójczych ukie-  
runkowane jest nie tylko na indywidualne czynniki ryzyka, lecz także na czynniki ryzyka  
związane z relacjami.

### **3. Diagnozowanie i prowadzenie osób z zaburzeniami psychicznymi i związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych**

Szkolenie pracowników ochrony zdrowia w zakresie diagnozowania i prowadzenia  
przypadków zaburzeń psychicznych i związanych z nadużywaniem substancji psy-  
choaktywnych jest najważniejszą drogą do sukcesu w prewencji samobójstw. Wiele  
osób, które zmarły z powodu samobójstwa, miało kontakt z podstawową opieką zdro-  
wotną w ciągu miesiąca poprzedzającego samobójstwo (126). Dla zapobiegania samo-  
bójstwom duże znaczenie ma kształcenie personelu podstawowej opieki zdrowotnej  
w rozpoznawaniu depresji oraz innych zaburzeń psychicznych i związanych z nad-  
używaniem substancji psychoaktywnych, a także w dokonywaniu szczegółowej oceny  
ryzyka samobójstwa. Szkolenie prowadzone w trybie ciągłym lub wielokrotnie powta-  
rzane powinno obejmować większość pracowników ochrony zdrowia w regionie czy  
kraju (42). Aby programy szkolenia odniosły sukces w danym kraju i kulturze, należy brać  
pod uwagę lokalne czynniki ryzyka i odpowiednio dostosowywać do nich te programy.

Poradnik WHO w sprawie interwencji (mhGAP), przeznaczony przede wszystkim do  
szkolenia niebędących specjalistami pracowników ochrony zdrowia, zawiera wytyczne  
odnoszące się do diagnozowania i prowadzenia przypadków takich priorytetowych za-  
burzeń, jak: depresja, psychoza, padaczka/napady, zaburzenia rozwojowe, zaburzenia  
zachowania, otępienie, zaburzenia związane z piciem alkoholu, zaburzenia spowodowane  
używaniem substancji psychoaktywnych oraz samouszkodzenia/samobójstwo (122).

Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że wiele czynników ma związek z niewielkimi  
umiejętnościami pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnozo-  
wania i postępowania w takich przypadkach – chodzi tu o braki wiedzy i doświadczenia  
w dziedzinie zaburzeń psychicznych, stygmatyzację, brak współpracy z psychiatrami  
oraz nieumiejętność przeprowadzania wywiadu. Uwzględnienie tych zagadnień w pro-  
gramach kształcenia i szkolenia byłoby zatem istotne dla poprawy diagnozowania  
i postępowania.



### **Interwencje wieloskładnikowe**

Samobójstwo ma wiele przyczyn i prowadzi do niego wiele dróg. Interwencje obejmujące więcej niż jedną strategię prewencyjną mogą być zatem szczególnie użyteczne w zapobieganiu samobójstwom. Rzeczywiście, jak pokazują badania, wieloskładnikowym programom prewencji towarzyszy spadek współczynników samobójstw.

Na przykład program wdrożony w Siłach Powietrznych USA obejmujący 11 elementów środowiskowych lub realizowanych z udziałem służby zdrowia, z określeniem obowiązków i protokołami, okazał się bardzo skuteczny w zapobieganiu samobójstwom w lotnictwie amerykańskim (127).

Wieloskładnikowy program nastawiony na zaburzenia depresyjne, przeprowadzony w Norimberdze w Niemczech, istotnie obniżył współczynniki samobójstw i prób samobójczych (128). Na program składały się cztery różne interwencje: kampania informacyjno-wizerunkowa skierowana do ogółu społeczeństwa, szkolenie osób wspomagających w społeczności lokalnej, takich jak: nauczyciele, dziennikarze i policjanci, szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu oraz wspieranie pacjentów i ich rodzin. Tę wieloaspektową interwencję stosuje obecnie Europejski Sojusz Przeciwko Depresji (European Alliance Against Depression, EAAD), w którym uczestniczy 17 krajów (129).

Wieloskładnikowe interwencje wobec osób z grupy wysokiego ryzyka również okazują się efektywne. W Wielkiej Brytanii badano wpływ dziewięciu elementów reformy służby zdrowia na samobójstwa (130) i wykazano, że w oddziałach opieki zdrowotnej, które wprowadziły więcej reform, spadki współczynników samobójstw były większe. Ze spadkiem liczby samobójstw wiązały się zwłaszcza następujące programy: 24-godzinna opieka nad osobami w kryzysie; polityka postępowania wobec osób z podwójną diagnozą; wielodyscyplinarna analiza po każdym przypadku śmierci samobójczej. Badania te łącznie wykazują, że integracja rozmaitych interwencji może mieć efekty sumujące się i synergistyczne.

**Mit:**

Ktoś, kto ma myśli samobójcze, jest zdecydowany, żeby umrzeć.

**Fakt:**

Fakt: Przeciwnie, osoby, które myślą o samobójstwie, są często ambiwalentne, niezdecydowane, czy mają nadal żyć, czy mają umrzeć. Działając impulsywnie, ktoś może np. wypić pestycydy i umrzeć kilka dni później, chociaż chciałby żyć. Dostęp do wsparcia emocjonalnego we właściwym czasie może zapobiec samobójstwu.

## Co chroni ludzi przed ryzykiem samobójstwa?

W przeciwieństwie do czynników ryzyka czynniki chroniące strzegą ludzi przed ryzykiem samobójstwa. Chociaż wiele interwencji ma na celu obniżenie ryzyka samobójstwa, równie ważne jest uwzględnianie i wzmacnianie czynników, które – jak wykazano – zwiększają odporność i poczucie łączności, chroniąc przed zachowaniami samobójczymi. Odporność działa jak bufor wobec ryzyka samobójstwa: u osób o dużej odporności związek między ryzykiem samobójstwa a zachowaniem samobójczym jest słabszy (131). Niektóre czynniki chroniące przeciwdziałają określonym czynnikom ryzyka, podczas gdy inne chronią ludzi przed wieloma różnymi czynnikami ryzyka samobójstwa.

### Silne związki osobiste

Ryzyko zachowania samobójczego wzrasta, gdy ludzie cierpią w związkach konfliktowych albo z powodu utraty związku. I przeciwnie – pielęgnowanie i utrzymywanie zdrowych, bliskich relacji może zwiększyć odporność jednostki i być czynnikiem chroniącym przed ryzykiem samobójstwa. Ludzie w najbliższym otoczeniu społecznym – partnerzy, członkowie rodziny, rówieśnicy, przyjaciele, inne osoby znaczące – mają największy wpływ i mogą wspierać w czasie kryzysu. Przyjaciele i rodzina mogą być ważnym źródłem wsparcia społecznego, emocjonalnego i finansowego; tworząc efekt buforowy – mogą łagodzić napór stresorów zewnętrznych. Zwłaszcza odporność uzyskana dzięki owemu wsparciu osłabia ryzyko samobójstwa związane z traumą okresu dzieciństwa (51). Związki mają szczególnie chroniący wpływ na dorastających i na ludzi w starszym wieku, bo jednych i drugich charakteryzuje wyższy poziom zależności.

## Przekonania religijne i duchowość

Należy zachować ostrożność, przyjmując, że przekonania religijne i duchowość stanowią możliwą ochronę przed samobójstwem. Wiara jako taka może być czynnikiem chroniącym, ponieważ zwykle daje uporządkowany system przekonań i zaleca zachowanie, które można uznać za fizycznie i psychicznie korzystne (132). Jednak wiele uwarunkowanych religijnie i kulturowo przekonań i zachowań może się przyczyniać do stygmatyzacji samobójstwa: ze względu na stanowisko moralne wobec samobójstwa mogą one zniechęcać do poszukiwania pomocy. Ochronne działanie religii i duchowości może wynikać z dostępu do spójnej i wspierającej społeczności, z którą ma się wspólny system wartości. Poza tym w wielu grupach religijnych obowiązują zakazy dotyczące czynników ryzyka samobójstwa, takich jak picie alkoholu. Zgodnie jednak z obyczajem niektórych religii od określonych grup – np. w Południowej Azji od kobiet, które straciły mężów – oczekuje się samospalenia w ogniu (133). Religia i przekonania duchowe zatem mogą jakoś chronić przed samobójstwem, lecz zależy to od specyficznych dla kontekstu kulturowego obyczajów i interpretacji.

## Styl życia: pozytywne strategie radzenia sobie ze stresem i dobrostan

Subiektywny dobrostan jednostki i skuteczne pozytywne strategie radzenia sobie ze stresem chronią przed samobójstwem (134). Dobrostan kształtowany jest częściowo przez cechy osobowości, które decydują o podatności i odporności na stres i traumę. Stabilność emocjonalna, optymistyczny pogląd na świat i ugruntowana tożsamość pomagają radzić sobie z trudnościami życiowymi. Dobra samoocena, poczucie własnej skuteczności i umiejętności efektywnego rozwiązywania problemów, w tym zdolność poszukiwania pomocy w potrzebie, mogą łagodzić wpływ stresorów i negatywnych doświadczeń z dzieciństwa (135). O gotowości do poszukiwania pomocy w związku z problemami zdrowia psychicznego mogą decydować przede wszystkim osobiste postawy. Ponieważ zaburzenia psychiczne są powszechnie stygmatyzowane, ludzie (zwłaszcza mężczyźni) niechętnie szukają pomocy. Osoby, które nie poszukują pomocy, mogą pogarszać swoje problemy psychiczne, zwiększając ryzyko samobójstwa, któremu mogłaby skutecznie zapobiec wczesna interwencja. W ramach zdrowego stylu życia wspomagającego dobrostan fizyczny i psychiczny niektórzy ludzie podejmują decyzje o regularnym uprawianiu ćwiczeń fizycznych i sportu, dbają o odpowiednią ilość snu i właściwą dietę, liczą się z wpływem alkoholu i narkotyków na zdrowie, utrzymują zdrowe związki i relacje

z innymi oraz kontakty społeczne, a także starają się skutecznie zarządzać stresem (136, 137).

Podejścia skoncentrowane na „początkowej fazie”, czyli na czynnikach chroniących i czynnikach ryzyka we wczesnym okresie życia, mają potencjał, mogą bowiem „zwiększać szanse na bardziej adaptacyjny rozwój wypadków” z upływem czasu. Co więcej, koncentrowanie się na początkowej fazie może wpływać równocześnie na wiele rozmaitych późniejszych konsekwencji w obszarze zdrowia i funkcjonowania społecznego, takich jak: samobójstwo, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc i przestępczość (138) (zob. ramka 7).

#### **Teoretycznie trafne strategie prewencji we wczesnej fazie**

Stwierdzono związek negatywnych wydarzeń w dzieciństwie (jak: maltretowanie, narażenie na przemoc domową, choroba psychiczna rodzica) oraz innych czynników ryzyka występujących we wczesnym okresie życia (np. znęcanie się rówieśników, przestępczość) z późniejszą chorobowością i śmiertelnością, w tym z samobójstwem (139). Podobnie czynniki chroniące (np. poczucie więzi społecznej) doświadczane w dzieciństwie mogą zmniejszyć późniejsze ryzyko samobójstwa. Chociaż istnieją skuteczne strategie interwencji we wczesnej fazie, przeważnie nie są one poddawane ewaluacji pod kątem wpływu na samobójstwa i próby samobójcze. Teoretycznie jednak są trafnym i obiecującym kierunkiem prewencji samobójstw, który w przyszłości zasługuje na ewaluację.

Do przykładowych strategii wczesnej fazy należą:

- wizyty domowe w okresie dzieciństwa – przeszkoleni pracownicy (np. pielęgniarki) przekazują wiedzę młodym matkom z rodzin o niskich dochodach (140, 141);
- programy mentorskie, których celem jest wzmocnienie więzi między młodzieżą z grup ryzyka a wspierającymi stabilnymi dorosłymi wychowawcami (142);
- systemy prewencji w skali społeczności upoważniające całą społeczność do zajmowania się zdrowiem i zachowaniami problemowymi dorastających poprzez angażowanie ich w proces współdziałania (143);
- programy zapobiegania przemocy i budowania umiejętności realizowane na terenie szkoły, które mają zaangażować nauczycieli i personel szkoły, uczniów i rodziców w rozwijanie odpowiedzialności obywatelskiej oraz umiejętności emocjonalno-społecznych (np. radzenia sobie ze stresem, umiejętności rozwiązywania problemów, poszukiwania pomocy) (144).

# OBECNA SYTUACJA W DZIEDZINIE ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM

## **Mit:**

Jeśli ktoś ma skłonności samobójcze, to zawsze już taki będzie.

## **Fakt:**

Podwyższone ryzyko samobójstwa często bywa krótkotrwałe i sytuacyjne. Wprawdzie myśli samobójcze mogą powracać, lecz nie ciągle; ktoś, kto kiedyś miał myśli samobójcze i podjął próbę samobójstwa, potem może mieć jeszcze długie życie przed sobą.

Samobójstwo jest istotnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie, lecz można mu zapobiec. Jest absolutnie konieczne, żeby rządy – przez swoje sektory zdrowia, spraw socjalnych i inne – inwestowały więcej zasobów ludzkich i finansowych w zapobieganie samobójstwom (145). Ministerstwa zdrowia odgrywają centralną rolę w rządowych dążeniach do ograniczenia liczby samobójstw. Jednak aby redukcja liczby samobójstw w skali kraju była skuteczna, muszą za nią stać działania wielosektorowe. Na ministerstwach zdrowia zatem spoczywa odpowiedzialność za zobowiązanie i zaangażowanie innych ministerstw, a także interesariuszy spoza sektora rządowego w podjęcie kompleksowego, ogólnokrajowego wysiłku.

## Co już wiadomo i co dotychczas osiągnięto

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat nastąpił ogromny wzrost wiedzy o zachowaniach samobójczych. Warto przyjrzeć się niektórym osiągnięciom w badaniach naukowych, polityce i praktyce w dziedzinie samobójstw.

### Osiągnięcia badań naukowych

**1. Uznanie wieloprzyczynowości.** Ogólnie wiadomo, że o zachowaniach samobójczych decyduje interakcja czynników biologicznych, psychicznych, społecznych, środowiskowych i kulturowych. Udział współchorobowości (np. współwystępujących zaburzeń nastroju lub zaburzeń wynikających z picia alkoholu) we wzroście ryzyka samobójstwa stał się oczywisty zarówno dla badaczy, jak i klinicystów.

**2. Identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących.** Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka i czynników chroniących w badaniach epidemiologicznych zarówno w populacji ogólnej, jak i w grupach osób podatnych (146). Więcej wiadomo o czynnikach psychologicznych i o kilku mechanizmach poznawczych związanych z zachowaniami samobójczymi, takich jak: poczucie beznadziejności, sztywność poznawcza, poczucie bycia w pułapce, problemy z podejmowaniem decyzji, impulsywność, a także o ochronnej roli wsparcia społecznego i dobrych umiejętności radzenia sobie ze stresem.

**3. Uznanie różnic kulturowych.** Dostrzeżono zmienność kulturową czynników ryzyka samobójstwa. Szczególnie dobitnie uwidacznia to fakt, że zaburzenia psychiczne odgrywają znacznie mniejszą rolę jako czynnik ryzyka w takich krajach jak Chiny (12) czy Indie (13). Coraz powszechniej uznaje się, że czynniki psychospołeczne i związane z kulturą/tradycją mogą mieć bardzo duży wpływ na samobójstwo. Czynniki kulturowe mogą jednak pełnić również rolę chroniącą; np. stwierdzono, że ciągłość kulturowa (tzn. utrzymanie tradycyjnej tożsamości) stanowi ważny czynnik chroniący wśród Pierwszych Narodów (Indian) Kanady oraz rdzennej ludności Ameryki Północnej (147).

## Osiągnięcia polityki

**1. Narodowe strategie zapobiegania samobójstwom.** W ostatnich dekadach, a zwłaszcza po roku 2000, opracowano wiele narodowych strategii zapobiegania samobójstwom. Wiadomo, że 28 krajów przez to, że ma swoje strategie narodowe, wykazuje zaangażowanie w problem prewencji samobójstw.

**2. Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom.** Samobójstwo zostało powszechnie uznane za poważny problem zdrowia publicznego, czego kulminacją było ustanowienie Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom 10 września 2003 r. Obchody tego dnia, organizowane co roku przez International Association for Suicide Prevention (IASP, Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom), są współfinansowane przez WHO. Dzień ten dał impuls do kampanii medialnych zarówno krajowych, jak i lokalnych, jak również przyczynił się do wzrostu świadomości społecznej i zmniejszenia stygmatyzacji na całym świecie.

**3. Edukacja na temat samobójstwa i zapobiegania samobójstwom.** Na poziomie akademickim powstało wiele ośrodków naukowych prowadzących badania nad samobójstwem, a także wiele kursów o tej tematyce na studiach magisterskich i podyplomowych. W ciągu ostatnich 15 lat zyskały popularność pakiety szkoleniowe na temat samobójstwa, ze specjalnymi modułami przeznaczonymi dla różnych środowisk, takich jak: szkoły, wojsko, więzienia.



## Osiągnięcia praktyki

### **1. Korzystanie z niebędących specjalistami pracowników ochrony zdrowia.**

Opracowano wytyczne, które zwiększają możliwości sektora podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnozowania i prowadzenia osób z zachowaniami samobójczymi poprzez włączenie niebędących specjalistami pracowników tego sektora. Jest to ważny czynnik w krajach o niskich i średnich dochodach, dysponujących ograniczonymi zasobami (122, 148).

**2. Grupy samopomocowe.** Od roku 2000 istotnie wzrosła liczba grup samopomocowych dla osób po próbie samobójczej, a także dla ludzi w żałobie po samobójstwie kogoś bliskiego.

**3. Przeszkoleni ochotnicy.** Przeszkoleni ochotnicy, którzy prowadzą poradnictwo przez telefon lub online, są cennym źródłem pomocy emocjonalnej dla osób w kryzysie (150). W szczególności kryzysowe telefony zaufania zyskały międzynarodowe uznanie za cenną rolę we wspieraniu ludzi w kryzysie samobójczym (151).

## Co robią obecnie poszczególne kraje w sprawie zapobiegania samobójstwom?

W roku 2013 IASP i Oddział WHO ds. Zdrowia Psychicznego i Nadużywania Alkoholu wspólnie przeprowadziły na całym świecie badanie ankietowe dotyczące zapobiegania samobójstwom, aby ustalić, co wiadomo o strategiach i działaniach podejmowanych w tym obszarze. Kwestionariusze rozesłano głównie do członków IASP w 157 krajach, odpowiedziało na nie łącznie 90 krajów (ogólny współczynnik odpowiedzi wynosi 57%). Według podziału na regiony WHO otrzymano odpowiedzi z 18 krajów z Regionu Afrykańskiego, 17 z Regionu Ameryk, 11 z Regionu Wschodnio-Śródziemnomorskiego, 26 z Regionu Europejskiego, 7 z Regionu Azji Południowo-Wschodniej i 11 z Regionu Zachodniego Pacyfiku. Przy interpretacji tych danych należy zachować ostrożność, ponieważ nie można ich uogólniać na wszystkie kraje.

## Odpowiedzi poszczególnych krajów na ankietę w sprawie samobójstw

W 56 (61%) spośród krajów, które odpowiedziały na ankietę, samobójstwo było postrzegane jako poważny problem zdrowia publicznego. W różnych

regionach WHO liczba ta wahała się od 20 (77%) krajów Regionie Europejskim do 2 (29%) w Regionie Azji Południowo-Wschodniej.

W 26 (31%) spośród krajów, które wypełniły ankietę, rząd przyjął kompleksową strategię lub plan działania w skali całego kraju (tabela 2). W przeważającej większości krajów nastąpiło to po roku 2000.

**Tabela 2. Liczba krajów, które odpowiedziały na ankietę i już przyjęły lub przygotowują własną narodową strategię zapobiegania samobójstwom**

Region	Liczba krajów, które mają narodową strategię lub plan działania	Liczba krajów przygotowujących narodową strategię lub plan działania
Afrykański	0	3
Obu Ameryk	8	2
Wschodnio-Śródziemnomorski	0	1
Europejski	13	5
Azji Południowo-Wschodniej	2	0
Zachodniego Pacyfiku	5	2
Liczba krajów ogółem	28	13

**Tabela 3. Działania podejmowane w krajach, które odpowiedziały na ankietę i nie mają narodowej strategii zapobiegania samobójstwom**

Typ programu	Charakterystyka	Liczba krajów
Program ogólnokrajowy	Program lub inicjatywa obejmująca jeden lub więcej kluczowych obszarów prewencji samobójstw w skali całego kraju; realizacja pod kierunkiem NGO lub instytucji akademickiej.	7
Program środowiskowy	Jedna lub więcej kompleksowych, wieloaspektowych inicjatyw w dziedzinie zapobiegania samobójstwom; realizowana pod kierunkiem jakiejś instytucji, sektora prywatnego lub innego.	9
Rozproszone programy	Izolowane/rozproszone programy lub działania ukierunkowane na jeden lub więcej kluczowych obszarów prewencji samobójstw w skali mniej niż krajowej; realizowane pod kierunkiem władz państwowych, regionalnych lub miejscowych.	20
Program zintegrowany	Nie ma określonej osobnej strategii lub programu, lecz zapobieganie samobójstwom jest integralną częścią polityki zdrowotnej w innej dziedzinie (np. zdrowia psychicznego, alkoholizmu, chorób niezakaźnych).	8

W 48 (53%) krajach wskazano na konkretną organizację pozarządową (NGO) jako podmiot specjalnie zajmujący się prewencją samobójstw. W obrębie regionów WHO liczba ta wahała się od 22 w Regionie Europejskim do 1 w Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim. W 20 (22%) spośród krajów-respondentów istniał krajowy ośrodek lub instytut poświęcony badaniu i/lub prewencji samobójstw. Takich krajowych ośrodków było najwięcej w Regionie Europejskim (10), a najmniej w Regionach Afrykańskim i Wschodnio-Śródziemnomorskim (po jednym).

Jeśli chodzi o kraje bez narodowej strategii zapobiegania samobójstwom, to wiele działań w zakresie prewencji samobójstw przeprowadzono w 47 (52%) spośród krajów, które udzieliły odpowiedzi na to konkretne pytanie (tabela 3).

## **Szkolenie na temat oceny ryzyka samobójstwa oraz prowadzenia interwencji**

W 34 (38%) krajach spośród tych, które odpowiedziały na ankietę, szkolenie w zakresie diagnozowania ryzyka samobójstwa i interwencji było powszechnie dostępne dla pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Liczba krajów, w których takie szkolenia prowadzono, wahała się od 14 w Regionie Europejskim do 3 w Regionie Afrykańskim.

Szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej były dostępne w 23 krajach, czyli w 26% uczestniczących w ankiecie. W poszczególnych regionach liczba tych krajów wahała się od 8 w Regionie Europejskim do 1 w Regionach Afrykańskim i Zachodniego Pacyfiku.

Szkolenie dotyczące zapobiegania samobójstwom dla profesjonalistów spoza sektora opieki zdrowotnej: służb szybkiego reagowania (ratowników, strażaków, policji), nauczycieli i dziennikarzy, było dostępne w 33 krajach (co stanowi 37% respondentów ankiety). Liczba krajów oferujących takie szkolenia wahała się od 15 w Regionie Europejskim do zera w Regionie Afrykańskim.

## **Grupy wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwie**

W 38 (42%) spośród 90 krajów, które odpowiedziały na ankietę, działały grupy samopomocowe dla osób w żałobie po samobójstwie kogoś bliskiego. Dostępność takich grup była różna – istniały w 20 krajach Regionu Europejskiego, lecz nie miał ich żaden kraj w Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim. W 25 (66%) spośród tych 38 krajów niektóre, choć nie wszystkie, z grup wsparcia prowadzili oficjalnie uznani profesjonaliści, a w 9 (24%) spośród tych 38 krajów wszystkie grupy wsparcia prowadzili licencjonowani profesjonaliści.

# Obecna sytuacja prawna samobójstwa na świecie i perspektywy zmian

Na początku XIX w. w większości krajów na świecie przepisy prawa przewidywały karę, z pozbawieniem wolności włącznie, dla osób, które próbowały popełnić samobójstwo. W ciągu ostatnich 50 lat sytuacja jednak znacznie się zmieniła. Większość krajów (choć nie wszystkie) dokonała dekryminalizacji samobójstwa.

W 25 spośród badanych 192 niezależnych krajów i państw istnieją obecnie określone przepisy prawne i kary za podjęcie próby samobójczej (152). W kolejnych 10 krajach, w których obowiązuje prawo szariatu, osoby, które próbowały dokonać samobójstwa, mogą być ukarane. Rozpiętość kar jest duża: od niewielkiej grzywny lub krótkiej kary pozbawienia wolności do dożywocia. W wielu krajach, w których przepisy prawa przewidują karę za próbę samobójczą, w praktyce takie osoby jednak nie są ścigane sędziowsko. Złożoność sytuacji obrazują poniższe przykłady pochodzące z różnych krajów:

- ludzie, którzy usiłowali popełnić samobójstwo, są z reguły aresztowani, lecz po pierwszej próbie na ogół nie wnosi się przeciwko nim oskarżenia do sądu i po ostrzeżeniu o poważnych konsekwencjach ponownej próby są wypuszczani z komisariatu. Po drugiej próbie zwykle zostają skazani na więzienie;
- osoby, które usiłowały popełnić samobójstwo, są z reguły skazywane na karę więzienia; grupa prawników działająca ochotniczo udziela im porad prawnych, pomaga uzyskać zwolnienie z więzienia i kieruje na leczenie;
- policja od czasu do czasu aresztuje tych, którzy próbowali odebrać sobie życie, lecz sędziowie później uwalniają takie osoby.

## Jakie są skutki dekryminalizacji?

Żadne dane ani studia przypadków nie wskazują, że dekryminalizacja zwiększa liczbę samobójstw, w rzeczywistości współczynniki samobójstw pokazują tendencję spadkową po wprowadzeniu dekryminalizacji. Możliwe, że dekryminalizacja spowoduje wzrost liczby zgłaszanych samobójstw, kiedy zniknie lęk przed oskarżeniami i zarzutami prawnymi. Umożliwia to bardziej precyzyjne oszacowanie prawdziwego rozmiaru problemu. Kiedy samobójstwo jest uważane za akt przestępczy, próby samobójcze bywają ukrywane i nie zgłasza się zgonów z powodu samobójstwa, co stwarza wrażenie, że zachowania samobójcze są mniej rozpowszechnione. Wszystkie kraje powinny przeanalizować swoje przepisy prawne pod kątem samobójstwa, aby upewnić się, że nie zniechęcają one ludzi od poszukiwania pomocy.



# PRACA NAD KOMPLEKSOWĄ ODPOWIEDZIĄ KRAJU W SPRAWIE ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM

## **Mit:**

Tylko osoby z zaburzeniami psychicznymi mają skłonności samobójcze.

## **Fakt:**

Zachowania samobójcze świadczą o tym, że człowiek jest głęboko nieszczęśliwy, ale niekoniecznie, że ma zaburzenia psychiczne. Wiele osób z zaburzeniami psychicznymi nie przejawia zachowań samobójczych, a nie wszyscy ci, którzy odbierają sobie życie, są dotknięci zaburzeniami psychicznymi.

Praca nad odpowiedzią kraju w sprawie prewencji samobójstw jest okazją, by włączyć się w realizację zadania polegającego na zapobieganiu samobójstwom na całym świecie w sposób właściwy w kontekście danego kraju. Niezależnie od tego, jaka jest obecna sytuacja kraju pod względem zaangażowania i zasobów inwestowanych w zapobieganie samobójstwom, sam proces przygotowywania odpowiedzi kraju może poprawić prewencję. Praca nad odpowiedzią kraju pozwala nie tylko zgromadzić w jednym miejscu rozmaite instytucje i osoby zainteresowane zapobieganiem samobójstwom, lecz także korzystać z ich kompetencji i doświadczenia dzięki podejściu partycypacyjnemu. W rezultacie spotykają się interesariusze reprezentujący rząd, organizacje pozarządowe, sektor zdrowia i inne spoza opieki zdrowotnej, wszyscy ci, którzy mogą przyczynić się do powstania ogólnokrajowych, długofalowych strategii uwzględniających specyfikę danego kraju, opartych na modelu zdrowia publicznego. Działania na rzecz prewencji samobójstw w poszczególnych krajach podjęło już wielu interesariuszy, począwszy od grup wsparcia dla osób po samobójstwie kogoś bliskiego, a skończywszy na grupach występujących w imieniu zagrożonych populacji. Ministerstwa zdrowia i decydenci odgrywają tu integralną rolę, koordynując cały proces, ponieważ silne przywództwo sprawia, że przyjmowane są dobrze zdefiniowane i mierzalne cele na krótszą i dłuższą metę.

Aby prewencja samobójstw w kraju była efektywna, należy uwzględnić następujące cele:

- udoskonalenie nadzoru (gromadzenia danych statystycznych) i rozszerzenie badań naukowych;
- identyfikacja docelowych grup, którym zagraża samobójstwo;
- udoskonalenie diagnozy zachowań samobójczych i postępowania w takich przypadkach;
- wspomaganie środowiskowych i indywidualnych czynników chroniących;

- zwiększanie świadomości społecznej przez edukację;
- zmiana postaw i przekonań społeczeństwa oraz zlikwidowanie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi lub przejawiających zachowania samobójcze;
- ograniczanie dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa;
- oddziaływanie na media, aby przyjęły właściwszą politykę i praktykę przekazywania informacji o samobójstwach;
- wspieranie osób w żałobie z powodu samobójstwa.

Ponadto we wszystkich krajach należy przeanalizować przepisy prawne dotyczące samobójstwa, aby upewnić się, że nie stawiają barier w poszukiwaniu pomocy.

Brak w pełni rozwiniętej kompleksowej strategii narodowej nie powinien być przeszkodą we wdrażaniu celowanych programów prewencji, ponieważ mogą składać się na odpowiedź kraju w sprawie samobójstw. Takie programy mają na celu, po pierwsze, zidentyfikowanie grup o wysokim ryzyku samobójstwa, a po drugie, poprawę dostępu tych grup do świadczeń i zasobów. Programy te mają zwiększać dobrostan psychiczny i zmniejszać ryzyko samobójstwa. Projektując celowane programy prewencji samobójstw, należy pamiętać o uwzględnianiu różnorodności kulturowej, wykorzystywaniu postępów techniki oraz zaplanowaniu grupowych szkoleń i edukacji w zakresie prewencji (153).

Ewaluacja ogólnej odpowiedzi kraju jest ważna; ten element należy realizować we wszystkich celowanych programach i interwencjach prewencyjnych, lecz nadal stanowi on wyzwanie (154). Zasoby i umiejętności ewaluacji programów są ograniczone we wszystkich systemach świadczeń uczestniczących w zapobieganiu samobójstwom. Aby rozwiązać te problemy, priorytetem jest budowanie infrastruktury w zakresie szkolenia i edukacji, jak również stwarzanie i wspomaganie sposobności do dzielenia się wiedzą o metodach ewaluacji.

## **Przykładowy przypadek: Japonia – zapobieganie samobójstwom w sytuacji przemian socjoekonomicznych**

### **Kontekst**

W roku 1998 liczba samobójstw w Japonii znacznie wzrosła: do 32 863 – od 24 391 w roku poprzednim. W latach 1978–1997 średnia liczba samobójstw wynosiła około 25 tys. rocznie. W opinii większości obywateli tak gwałtowny wzrost wynikał z problemów społeczno-ekonomicznych kraju. Wzrost współczynników samobójstw stwierdzono



we wszystkich grupach wiekowych, lecz przede wszystkim wśród mężczyzn w średnim wieku. Mimo powszechnie znanych czynników ryzyka samobójstwo w Japonii nadal stanowiło temat tabu. Uważano je za problem prywatny i nie mówiło się o nim ani wiele, ani publicznie.

## **Czynniki prowadzące do zmian**

W roku 2000 sytuacja zaczęła się zmieniać, kiedy dzieci, które straciły rodziców z powodu samobójstwa, zaczęły przełamywać tabu, mówiąc otwarcie w mediach o swoich doświadczeniach. W roku 2002 Ministerstwo Zdrowia, Pracy i Opieki Społecznej zorganizowało konferencję okrągłego stołu, na której specjaliści omawiali działania na rzecz zapobiegania samobójstwom. W raporcie pokonferencyjnym zapisano, że polityka prewencji samobójstw musi obejmować nie tylko prawidłowe zajmowanie się problemami zdrowia psychicznego, lecz także wieloaspektowe badanie czynników psychologicznych, społecznych, kulturowych i ekonomicznych. Raport, potraktowany jednak tylko jako zalecenia specjalistów, nie znalazł pełnego odzwierciedlenia w rzeczywistej polityce prewencyjnej.

Samobójstwa zaczęto postrzegać w Japonii jako „problem społeczny” w latach 2005–2006, co doprowadziło do podjęcia konkretnych działań. W maju 2006 r. organizacja pozarządowa LIFELINK we współpracy z posłem do tamtejszego parlamentu zorganizowała pierwsze forum poświęcone samobójstwom. Podczas forum stowarzyszenie LIFELINK i inne NGOs przedstawiły w trybie pilnym propozycje dotyczące kompleksowej prewencji samobójstw. Uczestniczący w forum Minister Zdrowia, Pracy i Opieki Społecznej zobowiązał się w imieniu rządu do zajęcia się problemem samobójstw. Zobowiązaniu temu nadano szeroki rozgłos w mediach.

## **Ustawodawstwo**

W roku 2006 powstała dwupartyjna grupa parlamentarna, aby poprzeć sprecyzowanie polityki w zakresie zapobiegania samobójstwom. Na podstawie podpisanego przez ponad 100 tys. sygnatariuszy wniosku wzywającego do uchwalenia ustawy o prewencji samobójstw Podstawowa Uchwała o Zapobieganiu Samobójstwom została podpisana i stała się prawem w Japonii w czerwcu 2006 r. W następstwie tego aktu kompetencje Ministerstwa Zdrowia, Pracy i Opieki Społecznej w dziedzinie zapobiegania samobójstwom przejął Urząd Rady Ministrów jako siła sprawcza. Prewencja samobójstw zyskała status nadrzędnej polityki rządowej, nieograniczonej do jednego ministerstwa. W 2007 r. weszła w życie jako „Ogólne zasady prewencji samobójstw”, których celem jest

zapobieganie samobójstwom i wspieranie ludzi w żałobie po samobójstwie kogoś bliskiego oraz osób po próbie samobójczej. U podstaw polityki zapobiegania samobójstwom leżała koncepcja, że taka polityka pomoże zbudować społeczeństwo, w którym obywatele będą wiedli sensowne życie, państwo zaś ma przypisane różne obowiązki. Zgodnie z zasadami Ustawy Podstawowej działania na rzecz prewencji samobójstw powinny uwzględniać złożoność czynników związanych z samobójstwem, nie koncentrując się tylko na zaburzeniach psychicznych. Działania te powinny zatem obejmować prewencję, interwencję i postwencję, przy ścisłej współpracy zainteresowanych stron.

Po światowym kryzysie gospodarczym w 2008 r. rząd japoński zabezpieczył finansowanie na rok 2009, ustanawiając „Regionalny fundusz ratunkowy dla kompleksowej prewencji samobójstw”, czyli Fundusz Regionalny. Fundusz ten był nastawiony głównie na wspieranie lokalnych działań w prewencji samobójstw, m.in. intensywnych kampanii zwiększania świadomości społecznej przeprowadzanych w marcu – bo to w tym miesiącu zauważono, że wzrósł współczynnik samobójstw. W 2010 r. rząd ogłosił marzec Narodowym Miesiącem Zapobiegania Samobójstwom, wprowadził także reformę zbierania danych, nakazując Krajowej Agencji Policyjnej ogłaszanie comiesięcznego szczegółowego raportu na temat umieralności z powodu samobójstw w poszczególnych gminach. Ułatwiło to promocję działań na rzecz zapobiegania samobójstwom dostosowanych do miejscowych potrzeb.

W 2012 r. przeprowadzono nowelizację polityki opisanej w „Ogólnych zasadach prewencji samobójstw”, kładąc nacisk na wspieranie młodych ludzi oraz osób po próbach samobójczych.

## **Wyniki**

Od roku 2009 zaczął się stopniowy spadek liczby samobójstw w Japonii – w 2012 r. po raz pierwszy od 1998 r. liczba ta spadła poniżej 30 tys. Spadek nastąpił przeważnie na terenach miejskich. Współczynnik samobójstw młodych ludzi nadal wzrastał, sygnalizując potrzebę nowych interwencji celowanych. Współczynniki samobójstw wśród osób w średnim wieku i seniorów jednak zmalały, powodując ogólny spadek. Dane z Krajowej Agencji Policyjnej świadczą o znacznym spadku liczby samobójstw związanych z problemami ekonomicznymi i zapewnieniem środków do życia.

Źródło: komunikat Ośrodka Prewencji Samobójstw, Japonia.

# Jak można stworzyć kompleksową strategię narodową i dlaczego jest przydatna?

Sposobem na opracowanie odpowiedzi kraju w sposób systematyczny jest stworzenie narodowej strategii zapobiegania samobójstwom. Strategia narodowa świadczy o wyraźnym zobowiązaniu rządu do aktywnego zajęcia się uznanym za priorytet problemem samobójstw. Strategia określa również, kto odgrywa rolę kierowniczą, jakie są podstawowe, oparte na dowodach naukowych, działania na rzecz prewencji samobójstw oraz co powinno być priorytetem. Strategia pozwala przejrzeć określić, która z zainteresowanych stron odpowiada za jakie konkretne zadania, a także definiuje sposoby efektywnego koordynowania ich działań (145).

Jawne włączenie prewencji samobójstw do głównego nurtu innych priorytetowych programów i partnerstw w sektorze zdrowia (takich jak: HIV/AIDS, zdrowie kobiet i dzieci, choroby zakaźne oraz Światowy Sojusz Pracowników Ochrony Zdrowia), a także włączenie jej w obszar polityki i przepisów prawnych innych sektorów (np. edukacji, zatrudnienia, niepełnosprawności, sądownictwa, ochrony praw człowieka, opieki społecznej, redukcji ubóstwa, rozwoju) to istotne rozwiązania umożliwiające spełnienie wielowymiarowych wymogów strategii zapobiegania samobójstwom i w konsekwencji jej zrównoważony rozwój.

Strategia narodowa nie musi być punktem wyjścia dla zapobiegania samobójstwom. Wiele krajów ma już jakieś działania w toku i gotowe odpowiedzi. Narodowa strategia może jednak pomóc w tym sensie, że daje szerokie spojrzenie. Regiony w danym kraju mogą następnie wdrażać ów plan na odpowiednim poziomie.

## Zasady opracowywania i wdrażania strategii narodowych

Po konsultacjach z różnymi ekspertami i przy wsparciu technicznym ze strony WHO, Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) opublikowała *Wytczne dotyczące formułowania i wdrażania narodowych strategii zapobiegania samobójstwom* (155). W tym doniosłym dokumencie podkreślono potrzebę współpracy między sektorami, rolę podejścia wielodyscyplinarnego oraz ciągłej ewaluacji i opiniowania.

Dokument ONZ zwraca uwagę na niektóre działania i podejścia wiodące do osiągnięcia długofalowych celów strategii narodowych. Od tego czasu powstało sporo typowych elementów składowych narodowej strategii zapobiegania samobójstwom (tabela 4).

**Tabela 4. Typowe elementy składowe strategii narodowych**

Element	Cele krótko- i długoterminowe
Nadzór – statystyka samobójstw	Poprawić jakość i aktualność danych o samobójstwach i próbach samobójczych w skali całego kraju. Wspierać powstanie zintegrowanego systemu zbierania danych służącego do identyfikacji zagrożonych grup, poszczególnych osób oraz sytuacji.
Ograniczanie środków	Zmniejszyć osiągalność, dostępność i atrakcyjność środków umożliwiających popełnienie samobójstwa (np. pestycydów, broni palnej, wysokich miejsc). Zmniejszyć toksyczność/śmiercioność osiągalnych środków.
Media	Promować wdrożenie wytycznych dla mediów w celu odpowiedzialnego przekazywania informacji o samobójstwach w druku, przekazach radiowych i telewizyjnych oraz w mediach społecznościowych.
Dostęp do świadczeń	Działać na rzecz poprawy dostępu do kompleksowych świadczeń dla osób ze skłonnością do zachowań samobójczych. Usunąć bariery utrudniające korzystanie z opieki.
Szkolenie i edukacja	Prowadzić ciągłe kompleksowe szkolenia dla zidentyfikowanych strażników (np. pracowników opieki zdrowotnej, szkolnictwa, policji). Zwiększyć kompetencje pracowników podstawowej i psychiatrycznej opieki zdrowotnej w zakresie rozpoznawania i leczenia osób zagrożonych.
Leczenie	Poprawić jakość opieki klinicznej oraz opartych na dowodach interwencji klinicznych, zwłaszcza w przypadku osób zgłaszających się do szpitala po próbie samobójczej. Udoskonalić badania naukowe oraz ewaluację skutecznych interwencji.
Interwencja kryzysowa	Zapewnić społecznościom zdolność reagowania na kryzysy przy użyciu odpowiednich interwencji, a osobom w sytuacji kryzysowej dostęp do opieki psychologicznej i psychiatrycznej w nagłych wypadkach, w tym do pomocy telefonicznej lub przez internet.
Postwengja	Ulepszyć opiekę i wsparcie dla osób dotkniętych samobójstwem lub próbą samobójczą kogoś bliskiego. Zapewnić wsparcie i świadczenia rehabilitacyjne osobom po próbach samobójczych.
Wzrost świadomości	Prowadzić kampanie informacyjne, aby podnieść świadomość społeczną i zrozumienie, że samobójstwom można zapobiec. Zwiększyć dostęp ogółu społeczeństwa i profesjonalistów do informacji o wszystkich aspektach zapobiegania zachowaniom samobójczym.
Redukcja stygmatyzacji	Promować korzystanie z psychiatrycznej opieki zdrowotnej i placówek zajmujących się przeciwdziałaniem nadużywaniu substancji psychoaktywnych oraz prewencją samobójstw. Zmniejszyć dyskryminację osób korzystających z takich usług.
Nadzorowanie i koordynacja	Ustalić, jakie instytucje lub agencje mają wspierać i koordynować badania naukowe, szkolenie i świadczenie usług w obszarze zachowań samobójczych. Wzmocnić reakcję systemów opieki zdrowotnej i socjalnej na zachowania samobójcze.

Kiedy przygotowywano wytyczne ONZ, tylko w Finlandii podjęto inicjatywę finansowanego przez rząd systematycznego opracowania narodowego ramowego programu zapobiegania samobójstwom. Piętnaście lat później ponad 25 krajów z wszystkich kategorii – o niskich, średnich lub wysokich dochodach – miało już swoje narodowe (a w niektórych przypadkach regionalne) strategie zapobiegania zachowaniom samobójczym. Większość tych krajów docenia znaczenie wytycznych ONZ dla budowania strategii narodowej.

Tworząc strategię narodową, trzeba pamiętać o następujących kluczowych elementach:

### **a) Uczynienie z prewencji samobójstw wielosektorowego priorytetu, niezależnie od zasobów**

Nadrzędnym celem narodowej strategii zapobiegania samobójstwom jest promowanie, koordynowanie i wspieranie odpowiednich międzysektorowych planów działania i programów zapobiegania zachowaniom samobójczym na poziomie ogólnokrajowym, regionalnym i lokalnym. Niezbędne są partnerstwa wielu sektorów publicznych (takich jak: ochrona zdrowia, edukacja, zatrudnienie, sądownictwo, mieszkalnictwo, opieka społeczna) z innymi, w tym z sektorem prywatnym, w sposób właściwy dla danego kraju.

### **b) Dostosowanie do różnorodności**

Chociaż istniejące strategie narodowe mają podobne elementy składowe, nie ma dwóch identycznych strategii narodowych, częściowo dlatego, że problem samobójstw jest w każdym kraju inny. Samobójstwo zależy od wielu czynników, a na jego ostateczny obraz wpływa kontekst społeczno-kulturowy. Wprawdzie zidentyfikowano czynniki ryzyka powszechne na całym świecie, ale cele długoo- i krótkoterminowe oraz interwencje należy dostosować do konkretnego kontekstu.

### **c) Ustanowienie najlepszych praktyk**

Z bliższego przyjrzenia się elementom składowym istniejących strategii narodowych wynika, że są to kompilacje poszczególnych interwencji i najlepszych praktyk opartych na dowodach naukowych, które łącznie reprezentują kompleksowe podejście do szerokiego spektrum czynników ryzyka i czynników chroniących, powszechnie występujących w danym kraju. Opracowanie, realizacja i ewaluacja projektów pilotażowych, programów celowanych i etapów działania stanowi podstawę do budowania strategii zapobiegania samobójstwom.

#### **d) Alokacja zasobów (finansów, czasu, kadry pracowniczej)**

Aby strategia zapobiegania samobójstwom była skoordynowana i kompleksowa, niezbędne jest dysponowanie określonymi zasobami finansowymi i ludzkimi, określenie ram czasowych oraz celów krótko-, średnio- i długoterminowych. Budując narodową strategię zapobiegania samobójstwom, trzeba mieć stabilny finansowo model, aby móc osiągnąć pożądane cele. Matryca logiczna jest jednym z wielu narzędzi do planowania i ewaluacji programów. Można się nią posłużyć, aby pokazać związki między problemem, jakim się należy zająć, działaniami do zrealizowania a oczekiwanymi rezultatami.

#### **e) Efektywne planowanie i współpraca**

Niezależnie od tego, jakich narzędzi zechcą użyć poszczególne kraje, powinny przeprowadzać planowanie i ewaluację we współpracy. Powołanie krajowej grupy ds. planowania pozwala interesariuszom omówić swoje założenia, zidentyfikować potrzebne zasoby i nakłady (materiały na wejściu) oraz zaplanować działania, które doprowadzą do pożądanych wyników.

#### **f) Wykorzystanie wyników ewaluacji i dzielenie się wnioskami**

Strategię zapobiegania samobójstwom i jej elementy składowe należy poddać ewaluacji, a wynikami i wyciągniętymi wnioskami należy podzielić się z zainteresowanymi stronami. Wyniki ewaluacji prawdopodobnie będzie można lepiej wykorzystać, jeśli razem z odpowiednimi zaleceniami zostaną przedstawione w sposób dostosowany do konkretnego odbiorcy. Wszyscy uczestniczący w ewaluacji powinni otrzymać informacje zwrotne; należy też ich wspierać we wprowadzaniu zmian po otrzymaniu wyników ewaluacji. Rozpowszechnianie polega na przedstawieniu zainteresowanym stronom wyników i wyciągniętych wniosków we właściwym czasie, bezstronnie i w spójny sposób. W strategii sprawozdawania powinno się brać pod uwagę użytkowników, dla których przeznaczony jest raport, oraz innych interesariuszy, a dostarczone informacje (np. ich styl, ton i format) powinny być dostosowane do odbiorców.

### **Przykładowy przypadek: Chile – uruchomienie nowego systemu**

#### **Kontekst**

W ciągu ostatnich 20 lat odnotowano w Chile dość szybki wzrost współczynników samobójstw, zwłaszcza od 2000 r. Najwyższe współczynniki dotyczą starszych mężczyzn, a największy wzrost nastąpił wśród młodych ludzi. W odpowiedzi na te trendy podjęto następujące kroki:

1. Dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej znacznie się poprawił po wprowadzeniu nowej ustawy pt. „Uniwersalne gwarancje w opiece zdrowotnej”, która weszła w życie w 2005 r. Poprawia ona dostęp do opieki zdrowotnej i dotyczy czterech zaburzeń psychicznych, z których każde jest istotnym czynnikiem ryzyka samobójstwa.

2. *Narodowy Plan Zapobiegania Samobójstwom*, opracowany w 2007 r., obejmuje następujące – oparte na dowodach naukowych – strategie prewencji samobójstw proponowane przez WHO:

- prowadzenie regionalnej i ogólnokrajowej statystyki wszystkich przypadków samobójstw i prób samobójczych po to, by zdefiniować regionalne profile ryzyka i monitorować świadczenie usług zdrowotnych;
- 15 regionalnych międzysektorowych planów prewencji koordynowanych przez regionalne władze resortu zdrowia;
- szkolenie pracowników sektora zdrowia, zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej, pogotowia i oddziałów ratunkowych;
- programy prewencyjne w szkołach, nastawione na ochronę społeczno-środowiskową, kształtowanie samooceny, trening umiejętności życiowych, radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych oraz kompetencji w zakresie podejmowania decyzji;
- system pomocy kryzysowej obejmujący m.in. telefon zaufania, stronę internetową oraz program interwencji w każdym z 29 rejonów opieki zdrowotnej w kraju;
- program edukacyjny dla mediów po to, by ograniczyć niewłaściwe sposoby przekazywania informacji o samobójstwach oraz uświadomić mediom, jak mogą pełnić funkcję chroniącą.

## Cele na przyszłość

Celem Narodowej Strategii Zdrowotnej Chile na lata 2011–2020 jest osiągnięcie 10-procentowego spadku współczynnika samobójstw wśród młodzieży.

Źródło: Komunikat Ministerstwa Zdrowia Chile.

## Wdrażanie narodowej strategii zapobiegania samobójstwom

Przy realizacji narodowej strategii zapobiegania samobójstwom trzeba sprecyzować, czym dysponujemy (jakie są nakłady, dane na wejściu, *inputs*), co zostało zrobione (dane na wyjściu, *outputs*) oraz jakie są wyniki (*outcomes*), aby móc określić, jak postępować dalej. W zależności od tego, na czym koncentruje się strategia, może być ona kierowana centralnie, na poziomie ogólnokrajowym, lecz wprowadzana w życie lokalnie. Poniżej podano przykłady tych pierwszych

trzech elementów matrycy logicznej (tzn. czym dysponujemy, co wykonano oraz jakie są wyniki). Ewaluację tego, co wykonano, ocenę wyników i ich wpływu omówiono bardziej szczegółowo w następnej sekcji.

### **Czym dysponujemy (dane na wejściu, inputs)**

Są to takie zasoby, jak: wniesiony wkład, nakłady i inwestycje potrzebne do realizacji działań, np.:

- źródło finansowania i stabilne finansowanie;
- wystarczająca liczba wyszkolonego personelu, czyli budowanie potencjału;
- stabilne kierownictwo i współpraca;
- odpowiednie kulturowo, oparte na dowodach naukowych programy prewencji;
- dostęp do danych;
- określeni partnerzy do realizacji strategii;
- wola polityczna.

### **Co wykonano (dane na wyjściu, outputs)**

Działania, produkty i usługi lub świadczenia, które docierają do docelowych odbiorców, takie jak:

- programy szkoleniowe dla strażników;
- edukacyjne kampanie społeczne;
- dostęp do opieki;
- programy środowiskowe i telefony zaufania, pomoc online;
- leczenie i programy zapewniające ciągłość opieki zdrowotnej;
- postwencja;
- interwencje w celu ograniczenia dostępu do środków umożliwiających samobójstwo;
- wytyczne dla mediów;
- realizacja polityki.

### **Wyniki**

Zmiany, rezultaty i korzyści dla poszczególnych osób, grup, instytucji, społeczności i/lub systemów osiągnięte dzięki działaniom i innym formom realizacji (*outputs*). Konkretnie wyniki, należące do kategorii krótko-, średnio- i długotrwałych, powinny być mierzalne, na przykład:

- liczba samobójstw i prób samobójczych;
- liczba osób przeszkolonych lub indywidualnych odbiorców innych działań;
- liczba godzin dostępnych usług/swiadczeń;
- liczba osób leczonych;



- miary wskazujące na spadek spostrzeganej stygmatyzacji poszukiwania pomocy;
- poprawa świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- zdrowie psychiczne, dobrostan, więzi społeczne;
- miary efektywności kosztowej (opłacalności);
- spadek współczynników hospitalizacji z powodu prób samobójczych lub liczby zgonów samobójczych.

## Ważna rola danych statystycznych

Przy realizacji odpowiedzi kraju trzeba najpierw poznać problemy, które należy rozwiązać, ograniczyć, zmienić lub którym należy zapobiec. Nadzór, czyli gromadzenie danych (*surveillance*), odnosi się do systematycznego zbierania informacji o wynikach (przede wszystkim danych dotyczących samobójstw i prób samobójczych) „[...] w celu wykorzystania w planowaniu, wdrażaniu i ewaluacji praktyk w dziedzinie zdrowia publicznego” (156). W wielu krajach nie ma żadnych lub w najlepszym przypadku są tylko bardzo podstawowe systemy gromadzenia rutynowych danych statystycznych dotyczących samobójstw. Takie dane, gromadzone systematycznie, mogą dostarczać zarówno informacji ważnych dla interwencji – o przewidzianych w programie jej docelowych adresatach, jak i informacji istotnych dla podejmowania inicjatyw politycznych. Znamienne, że wiele krajów nie wie, jakie są u nich kluczowe metody popełniania samobójstwa, ani jaki procent wszystkich samobójstw zakończonych zgonem stanowią ci, którzy już wcześniej podjęli próbę samobójczą. Pomiar sukcesu (lub niepowodzenia) działań na rzecz zmniejszenia liczby samobójstw i prób samobójczych lub ocena wpływu samobójstw na ogół społeczeństwa wymagają dostępu do rzetelnych i trafnych danych (zob. także ramka 9). Poprawa jakości zależy od tego, czy mamy dane wskazujące, gdzie i co trzeba poprawić.

## Adaptacja programów do wdrożenia

Często istnieją już gotowe programy, które trzeba tylko rozbudować lub zaadaptować, aby nadawały się do docelowych populacji i umożliwiały osiągnięcie wyników określonych w strategii narodowej. Kiedy indziej trzeba opracować i wdrożyć nowe programy. Należy przy tym uwzględniać kontekst danego kraju i przyjęte podejście do zapobiegania samobójstwom. Na przykład jeśli dane statystyczne wskazują na dużą liczbę samobójstw wśród młodzieży z konkretnych grup kulturowych w danym kraju, to w realizacji strategii narodowej trzeba koncentrować się na tych właśnie młodych ludziach. Do problemu samobójstw nie można podchodzić na zasadzie „jeden rozmiar dla wszystkich”, nie można

oczekiwać, że bez uwzględnienia kontekstu i odpowiedniej adaptacji interwencji pod kątem zamierzonego celu takie interwencje, które działają w jednym kraju czy regionie, będą skuteczne gdzie indziej.

## **Określenie priorytetów**

Ze względu na realia fiskalne w większości krajów wieloskładnikowe strategie zapobiegania samobójstwom prawdopodobnie trzeba będzie rozłożyć na kolejno realizowane etapy. Ważne jest określenie priorytetów danego kraju, aby móc jak najlepiej wykorzystać ograniczone zasoby, z kadrą pracowniczą i środkami finansowymi włącznie. Analiza sytuacji dotycząca potrzeb poszczególnych sektorów w kategoriach personelu, kierownictwa i/lub współpracy ma zasadnicze znaczenie dla realizacji strategii. Zwłaszcza w krajach o ograniczonych zasobach konieczne trzeba określić, w jaki sposób można będzie podjąć natychmiastowe działania – na podstawie programów już istniejących lub takich, które da się łatwo zaadaptować. Kraje, które osiągnęły krótkoterminowe cele zapobiegania samobójstwom, być może mają już zasoby umożliwiające podjęcie działań na rzecz długofalowych zmian systemowych.

## **Wyzwania stojące przed wdrażaniem strategii**

Realizacja narodowej strategii zapobiegania samobójstwom często wymaga zmiany sposobu działania poszczególnych jednostek i ich organizacji. Wyzwania w drodze do osiągnięcia pożądaných zmian zależą od kontekstu, lecz mogą obejmować (157):

- ograniczoną wiedzę interesariuszy o tym, jak zmienić swój sposób działania w kierunku zgodnym z dowodami naukowymi;
- osobiste przekonania, postawy i spostrzeżenia dotyczące zmian oraz postrzegane zagrożenia i korzyści;
- indywidualne umiejętności i zdolności przeprowadzania zmian w praktyce;
- słabe kierownictwo i współpracę;
- przeszkody praktyczne, w tym niedostatek środków finansowych, wyposażenia lub kadry;
- środowisko polityczne lub społeczne.

Należy określić potencjalne przeszkody i zająć się nimi. Podejście partycypacyjno-konsultacyjne, polegające na uzyskiwaniu akceptacji ze strony interesariuszy i udzielaniu im informacji zwrotnych, przyczyni się do ograniczenia przeszkód na poziomie indywidualnym. Trening nowych umiejętności i kompetencji powinien stanowić zasadniczy element każdej strategii narodowej.

## Przykładowy przypadek: Szwajcaria – odpowiedź na zróżnicowanie

### Kontekst

Współczynniki samobójstw w Szwajcarii w porównaniu z innymi krajami europejskimi mieszczą się w średnim przedziale wartości: w 2011 r. w Szwajcarii 1034 osoby zginęły śmiercią samobójczą.

Szwajcaria ma strukturę federalną, przy czym Szwajcarskie Federalne Biuro Zdrowia Publicznego zajmuje się kwestiami nadrzędnymi dotyczącymi całego kraju, jak ubezpieczenia zdrowotne i informacje medyczne o zdrowiu. Za zapobieganie samobójstwom odpowiada głównie każdy z 26 kantonów, wobec czego koordynacja ogólnej strategii narodowej jest wyzwaniem. Mimo to działania prewencyjne w ramach Strategii Zapobiegania Samobójstwom w latach 2010–2015 w kantonie Zug okazały się sukcesem na poziomie kantonalnym. Postęp w zapobieganiu samobójstwom osiągnięto w szwajcarskich kantonach na przykład w następujących obszarach:

- projekty redukcji środków umożliwiających popełnienie samobójstwa;
- monitorowanie mediów;
- gromadzenie danych statystycznych;
- interwencje krótkoterminowe i prowadzenie dalszych działań wobec osób po próbie samobójczej;
- szkolenie strażników;
- działania pogłębiające świadomość społeczną w ramach Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom;
- grupy samopomocowe dla osób w żałobie z powodu samobójstwa;
- kryzysowe telefony zaufania.

### Wyzwania stojące przed krajem sfederalizowanym

Mimo sukcesu działań na rzecz zapobiegania samobójstwom i reakcji na poziomie lokalnym brak koordynacji ogólnokrajowej nadal stanowi wyzwanie dla kantonów i może prowadzić do:

- braku możliwości dzielenia się najlepszymi praktykami i wzajemnego uczenia się przez kantony;
- braku ogólnokrajowej koordynacji w zakresie alokacji środków finansowych i gromadzenia danych statystycznych;
- nierównowagi między kantonami, które mogą różnić się w zasobami, i działalnością, ponieważ interwencje w prewencji samobójstw zależą od motywacji poszczególnych kantonów.

## Dalsza droga

Począwszy od roku 2011, wzrosły naciski polityczne na podjęcie działań na rzecz zapobiegania samobójstwom w skali całego kraju. Parlament przyjął wniosek, aby Federacja (a konkretnie: szwajcarskie Federalne Biuro Zdrowia Publicznego) opracowała plan działania w zakresie prewencji samobójstw. Wszystkie zainteresowane strony (kantony, organizacje pozarządowe itd.) muszą brać udział w tym procesie, niezbędne jest także ustalenie podstaw prawnych.

Źródło: Komunikat Federalnego Biura Zdrowia Publicznego, Szwajcaria.

## Jak można śledzić postępy, oceniając skuteczność narodowej strategii zapobiegania samobójstwom?

Ewaluacja jest integralną częścią każdej narodowej strategii zapobiegania samobójstwom i na wiele sposobów prowadzi do wartości dodanej:

**Dostarczanie wiedzy:** ewaluacja dostarcza grupom interesariuszy istotnych informacji o postępach strategii oraz o jej mocnych i słabych stronach. Informacje te nie tylko mogą służyć do monitorowania sukcesu strategii rozumianego jako osiąganie wyników w krótkiej, średniej i odległej perspektywie czasowej, lecz także dają podstawę do wprowadzania modyfikacji w miarę potrzeb, planowania na przyszłość i alokacji zasobów (158).

**Planowanie i zarządzanie:** ewaluacja pokazuje, w jaki sposób można poprawić planowanie strategii narodowej, jej działań składowych, a także zarządzanie nimi. Umożliwia opracowanie klarownych planów nastawionych na wynik, powstanie odpowiednich partnerstw, a także stworzenie systemów gromadzenia danych statystycznych i udzielania informacji zwrotnych, co sprzyja uczeniu się i ciągłemu doskonaleniu (154).

**Odpowiedzialność:** ewaluacja jest narzędziem, które pozwala pokazać odpowiedzialność za wyniki podmiotom finansującym, ustawodawcom i ogółowi społeczeństwa. Pomaga przekonać ich, że nadal stosuje się podejścia najbardziej efektywne, nie marnując nakładów na nieskuteczne programy (158).

Wiele strategii narodowych ma określone ramy czasowe, trwa 5–10 lat i obejmuje wiele krótkoterminowych celów, działań i grup docelowych. Bywa, że w tym okresie niektóre planowane i zamierzone interwencje pozostają niezrealizowane lub nie są kontynuowane. Jeśli strategia narodowa nie doprowadzi do redukcji zachowań samobójczych, osłabienia czynników ryzyka i wzmocnienia czynników chroniących, to przede wszystkim trzeba dowiedzieć się, czy stało się tak wskutek braku realizacji.

Chociaż coraz więcej krajów opracowuje i wdraża narodowe strategie zapobiegania samobójstwom, systematyczne i kompleksowe ewaluacje należą do rzadkości (159, 160, 161). Ewaluacje skuteczności narodowych strategii zapobiegania samobójstwom przynoszą rozbieżne wyniki, w niektórych krajach stwierdza się istotną redukcję współczynników samobójstw w całej populacji (np. w Finlandii, Szkocji), lecz w innych efekty są ograniczone (np. w Australii, Norwegii, Szwecji) (159, 162). Interpretując wyniki ewaluacji, należy jednak zachować ostrożność, ponieważ jakość informacji dotyczących realizacji działań jest ograniczona. Również analizy zmian w wysokości współczynników samobójstw lub czynników ryzyka i czynników chroniących przeprowadzone w poszczególnych krajach różnią się, co utrudnia porównania.

### **Przykładowy przypadek: Szkocja – kompleksowa strategia wielosektorowa**

#### **Inicjatywa**

W roku 2002 rozpoczęto realizację narodowej strategii oraz planu działania w zakresie zapobiegania samobójstwom pt. *Wybierz Życie*, przyjmując za cel obniżenie współczynnika samobójstw w Szkocji o 20% do 2013 r. W Szkocji zaobserwowano wzrost współczynnika samobójstw, zwłaszcza wśród mężczyzn – w roku 2001 wynosił on 27 na 100 tys. (analogiczny współczynnik dla kobiet wynosił 9 na 100 tys.). Strategię *Wybierz Życie* opracowano i wdrożono w ramach narodowego programu publicznego zdrowia psychicznego. Program ten stanowi część ogólniejszej szkockiej polityki, w której dąży się do poprawy zdrowia populacji, popierania sprawiedliwości społecznej i poradzenia sobie z nierównościami. Pozwala to na podjęcie prac nad prewencją samobójstw w ramach szerszego planu, w którym krótkoterminowe cele polityczne i inicjatywy mają wspólny, nadrzędny cel końcowy, czyli poprawę zdrowia psychicznego populacji.

Powstała ogólnokrajowa sieć z udziałem przedstawicieli lokalnych samorządów, policji, pogotowia ratunkowego, służb ratowniczych, funkcjonariuszy więziennych i kluczowych NGOs. Uruchomiono ogólnokrajowy program szkoleń i budowania potencjału.

Opracowano plan realizacji koncentrujący się na 32 rejonach podlegających lokalnym samorządom, przy czym w każdym planie miejscowym przyjęto następujące trzy cele kluczowe:

- Osiągnąć w zakresie prewencji samobójstw koordynację działań sektorów: opieki zdrowotnej, opieki socjalnej, edukacji, mieszkalnictwa, policji, pomocy społecznej i zatrudnienia.
- Opracować wielodyscyplinarne programy szkolenia celu budowania potencjału w dziedzinie wspierania prewencji samobójstw.
- Udzielać wsparcia finansowego interwencjom na rzecz społeczności lokalnych i sąsiedzkich.

W latach 2002–2006 rząd Szkocji zainwestował 20,4 mln funtów we wdrażanie strategii *Wybierz Życie*.

## Wyniki

W roku 2006 przeprowadzono niezależną ewaluację procesu i ocenę wyników w średnio-terminowej perspektywie pierwszej fazy wdrażania strategii. Ewaluacja wykazała, że dokonano znacznego postępu i osiągnięto wiele celów pośrednich, lecz należy położyć większy nacisk na kontynuację strategii *Wybierz Życie* przez włączenie jej celów w inne nurty polityki narodowej. Ewaluacja podkreśliła również potrzebę działań celowanych, takich jak poprawa na poziomie ogólnokrajowym integracji usług klinicznych, w tym leczenia zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

W ciągu dziesięciu lat, od 2000–2002 do 2010–2012, współczynnik samobójstw w Szkocji spadł o 18%. Ewaluację programu *Wybierz Życie* zakończono w 2012 r., trudno jednak stwierdzić, czy odnotowany spadek można przypisać całemu programowi, czy też jakimś jego elementom.

Źródło: *Strategia Zapobiegania Samobójstwom 2013–2016, Szkocja, 2013.*

## Wyzwania w ewaluacji

Ewaluacja narodowej strategii zapobiegania samobójstwom nie przebiega w próżni, lecz pod wpływem różnych ograniczeń rzeczywistego świata (158). Procedury ewaluacji powinny być praktyczne i wykonalne, przy ich przeprowadzaniu trzeba uwzględniać limity dostępnych środków, terminy, a także polityczną, społeczną i ekonomiczną sytuację kraju. Nie istnieje coś takiego, jak jedna właściwa ewaluacja, natomiast w trakcie realizacji strategii może być

potrzebna dowolna liczba ewaluacji. Porównanie rejonów administracyjnych lub terytoriów i społeczności lokalnych pod względem wariantów regionalnych w działaniach prewencyjnych może dostarczyć cennych informacji o typach struktur najbardziej wydajnych i efektywnych w zapobieganiu samobójstwom (163). W krajach, w których samobójstwo ciągle jeszcze uznawane jest za przestępstwo i nie jest akceptowane ze względów społecznych czy religijnych, zarówno wdrażanie, jak i ewaluacja strategii zapobiegania samobójstwom będą skomplikowane przez silną stygmatyzację samobójstwa oraz brak dokładnych danych na temat samobójstw zakończonych zgonem (164, 165).

Przy każdym planie ewaluacji największe obawy budzi to, że zaobserwowane wyniki czy efekty trudno przypisać jakiejś określonej strategii prewencji, ponieważ wiele innych czynników mogło wywrzeć wpływ na współczynniki samobójstw czy inne miary (166). Na przykład wzrost świadomości i bardziej rzetelne dane mogły doprowadzić do ujawniania samobójstw w większym stopniu oraz dokładniejszego informowania o samobójstwach, które dawniej nie zostałyby odnotowane. Może to spowodować pozorny wzrost liczby samobójstw (159, 167). Ponadto zmiany na wielką skalę, takie jak kryzysy ekonomiczne, mogą negatywnie wpływać na zdrowie ludności i liczbę samobójstw, np. przez ograniczenie finansowych możliwości reagowania. Wobec tego zrozumienie kontekstu, w jakim realizowana jest strategia (historii, organizacji oraz ogólniejszych okoliczności polityczno-społecznych), ma zasadnicze znaczenie, bo może ulepszyć sposób projektowania i przeprowadzania ewaluacji (154).

W rygorystycznej ewaluacji obiecujących strategii zapobiegania samobójstwom istnieje luka. Chociaż na całym świecie odnotowano i wdrożono wiele nowych i innowacyjnych interwencji, dopiero trzeba będzie dokonać ich ewaluacji. Jest to problem zwłaszcza dla krajów o niskich dochodach, które w trakcie realizacji programów zapobiegania samobójstwom mogły uzyskać cenne informacje, utracone wskutek braku danych statystycznych. W rezultacie faworyzowane są interwencje i zalecenia z krajów posiadających aktywny sektor akademicki. Tę niezwykle istotną lukę można by zlikwidować przez zwiększenie liczby ewaluacji, zwłaszcza w krajach o niskich dochodach.

## **Koszty i opłacalność działań na rzecz zapobiegania samobójstwom**

Ważne jest, żeby proces ewaluacji obejmował nie tylko ocenę kosztów i nakładów niezbędnych do wdrożenia interwencji w różnych środowiskach, kulturach

i kontekstach, lecz także zbieranie informacji jakościowych zarówno o sukcesie, jak i przeszkodach w realizacji strategii (168). Ewaluacje ekonomiczne, w których uwzględnia się kwestie kontekstu i wdrażania, mogą się przyczynić do ustalenia, czy interwencje, które w jednym kraju okazały się skuteczne i opłacalne, będą możliwe do zrealizowania w innych. W krajach o ograniczonych zasobach ocena opłacalności może pomóc w podjęciu decyzji, na co najlepiej je przeznaczyć.

Oprócz dowodów świadczących o skutkach czy wpływie strategii zapobiegania samobójstwom podmioty odpowiedzialne za planowanie i podejmowanie decyzji w opiece zdrowotnej wymagają informacji o oczekiwanych kosztach, a także o opłacalności wdrożenia, aby zapewnić wybór takich strategii, które są warte swojej ceny. Na przykład w przeprowadzonym w Sri Lance badaniu ekonomicznym nad samobójstwami wskutek otrucia się oszacowano, że nakłady potrzebne na leczenie w tym kraju wynosiłyby 866 tys. USD w roku 2004 (każdy leczony przypadek kosztuje przeciętnie 32 USD) (169).

Na całym świecie brakuje rzetelnych badań ekonomicznych, które podmiotom decydującym o planach i polityce zdrowotnej dostarczyłyby informacji o niezbędnych nakładach budżetowych i zwrotach z inwestycji związanych z zapobieganiem samobójstwom (168). Niedawno dokonany przez WHO przegląd strategii prewencji samobójstw uwzględniający koszty jako jeden z parametrów wykazał, że dwie trzecie strategii ocenionych jako skuteczne lub obiecujące należało do kategorii niskonakładowych oraz że niskie koszty również ściśle wiązały się ze strategiami prewencji uznanymi za uniwersalne lub wybiórcze (w przeciwieństwie do wskazanych) (40).

Po uwzględnieniu składnika ekonomicznego w finansowanych próbach klinicznych w niektórych krajach uzyskano dowody opłacalności niektórych strategii, jak np. samopomocowe grupy online, które doprowadziły do redukcji myśli samobójczych w Holandii (170), lub terapia poznawczo-behawioralna dla osób, które w przeszłości dokonały samouszkodzeń w Wielkiej Brytanii (171). W innych badaniach ekonomicznych posługiwano się metodami modelowania, aby ocenić koszty i zyski oczekiwane w czasie, jak np. w australijskim projekcie *Assessing Cost-Effectiveness in Prevention* (ACE, ocena opłacalności w prewencji), gdzie pod kątem opłacalności porównywano wiele interwencji, takich jak (172):

- ograniczanie dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa przez zmianę legislacji dotyczącej posiadania broni palnej (koszt ponad 50 tys. dolarów australijskich za każdy dodatkowy rok życia w zdrowiu);



- wytyczne dla mediów w sprawie bardziej odpowiedzialnego przekazu (27 tys. dolarów australijskich za każdy zyskany rok życia w zdrowiu, pod warunkiem że uniknięto co najmniej jednego samobójstwa)<sup>1</sup>.

Takie badania stanowią dobre przykłady pokazujące, jak można prowadzić analizy ekonomiczne i jakich informacji o narodowych strategiach zapobiegania samobójstwom mogą one dostarczyć.

---

<sup>1</sup> Rok życia w zdrowiu można definiować jako rok przeżyty w pełnym zdrowiu, bez niepełnosprawności lub chorób.

# DROGA DO ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM

## **Mit:**

Rozmawianie o samobójstwie to zły pomysł, może być potraktowane jako zachęta.

## **Fakt:**

Ze względu na powszechną stygmatyzację samobójstwa większość osób, które zastanawiają się nad samobójstwem, nie wie, z kim może porozmawiać. Otwarta rozmowa nie prowokuje zachowań samobójczych, może natomiast komuś takiemu podsunąć inne możliwości albo dać czas na przemyślenie decyzji, w ten sposób zapobiegając samobójstwu.

## Co można zrobić i kogo należy włączyć w działania?

Działanie jest konieczne, by umożliwić prewencję. Podejście do zapobiegania samobójstwom zmieniało się wraz z zachodzącymi w poszczególnych krajach i społeczeństwach zmianami postaw i przekonań dotyczących samobójstwa. Stygmatyzacja poszukiwania pomocy w związku z samobójstwem zmniejszyła się w wielu krajach. Teraz wyzwaniem dla decydentów i innych interesariuszy jest skorzystanie z ożywienia debaty publicznej na temat samobójstw i podjęcie działań przy udziale środowiska. Wiele krajów ma przed sobą jeszcze długą drogę przy nadal obecnych poważnych przeszkodach w realizacji strategii zapobiegania samobójstwom. W tej części raportu zaproponowano sposoby dalszego postępowania – niezależnie od tego, w jakim miejscu drogi ku zapobieganiu samobójstwom znajduje się dany kraj.

## Budowanie drogi naprzód

Ministrom zdrowia przypada decydująca rola: zapewnienie przywództwa oraz zgromadzenie pod swoim kierownictwem interesariuszy z innych sektorów w kraju. Ministrowie mogą pomóc w koordynacji działań różnych sektorów – m.in. edukacji, mediów publicznych, sądownictwa, pracy, opieki społecznej, religii, transportu i rolnictwa – i aktywnym włączeniu ich w działania na rzecz zapobiegania samobójstwom na podstawie aktualnej wiedzy o prewencji. Na takim zaangażowaniu można dalej budować.

Dalsze kroki, jakie należy podjąć, zależą od tego, w jakim miejscu drogi ku zapobieganiu samobójstwom znajduje się dany kraj. W tabeli 5 podano przykłady

strategicznych działań, które poszczególne kraje mogą realizować, rozwijając prewencję samobójstw na podstawie najlepszych dostępnych dowodów naukowych opisanych w tym raporcie. Tabela przedstawia wiele prowadzonych obecnie działań i wariantów prewencji, które można brać pod uwagę w różnych obszarach strategicznych.

## **Kraje, w których obecnie nie ma działań prewencyjnych**

W krajach, w których nie zrobiono jeszcze niczego w dziedzinie zapobiegania samobójstwom, należy położyć nacisk na działanie. W tych krajach można poszukać interesariuszy i podjąć działania w sposób elastyczny – tam, gdzie potrzeby są największe, albo tam, gdzie istnieją już jakieś zasoby. W trakcie tego procesu i analizowania sytuacji może się okazać, że jakieś grupy społeczne działają na małą skalę na rzecz zapobiegania samobójstwom. Takie grupy często będą wymagały dalszego wsparcia, aby móc zwiększyć skalę czy zakres swego działania, co można osiągnąć przez kontynuację współpracy. Ponadto na tym etapie ważne jest udoskonalenie nadzoru – gromadzenia danych statystycznych, chociaż można to zrobić niekoniecznie kosztem inicjowania stosownych interwencji prewencyjnych, lecz raczej równocześnie z nimi.

## **Kraje, w których już podjęto jakieś działania prewencyjne**

W krajach, w których już podjęto jakieś działania na rzecz zapobiegania samobójstwom, warto skupić się najpierw na konsolidacji przez przeprowadzenie analizy sytuacji. W tych krajach można zwrócić uwagę na luki w usługach (świadczeniach) i zacząć przygotowywać kompleksową odpowiedź kraju, identyfikując wszystkie zainteresowane strony, sporządzając mapę interesariuszy oraz przydzielając im role i zadania w ramach strategii narodowej. Szczególną uwagę można zwrócić na kontekst i na grupy zagrożone, pamiętając o odpowiedniej priorytetyzacji czynników ryzyka.

## **Kraje, które mają strategię narodową**

W krajach, które już mają w miarę kompleksową strategię narodową, można położyć nacisk na ewaluację i ulepszanie. Chociaż z perspektywy ciągłego udoskonalania ewaluacja jest równie ważna także we wcześniejszych etapach, jednak w tym stadium często łatwiej bywa o środki niezbędne do pogłębienia ewaluacji. W tych krajach chodzi przede wszystkim o wykorzystanie w porę nowych danych oraz zapewnienie większej skuteczności i wydajności strategii narodowej.

Skuteczne zapobieganie samobójstwom będzie wymagało uczenia się i działania w cyklu ciągłym. Dla ministrów zdrowia i innych liderów w dziedzinie prewencji samobójstw regularne spotkania poświęcone refleksji nad postępami i rozważeniu kolejnych kroków mogą okazać się korzystne. Do pomiaru postępów może posłużyć analiza SWOT lub jakieś inne narzędzie analizy sytuacji (zob. ramka 8). Dobrze przeprowadzone analizy sytuacyjne mogą służyć do identyfikacji silnych stron, jakie należy wzmocnić, słabych stron, które trzeba naprawić, możliwości, jakie warto wykorzystać, i zagrożeń, którymi trzeba się zająć.

### Przeprowadzanie analizy sytuacji: przykład SWOT

Ciągły postęp w prewencji samobójstw wymaga zaangażowania i nieustannego zastanawiania się nad tym, czego już dokonano, i nad potencjalnymi dalszymi krokami. Ministrowie zdrowia i reprezentujący inne sektory liderzy w dziedzinie prewencji samobójstw mogą odnieść korzyści z okresowo przeprowadzanych analiz sytuacyjnych dotyczących stanu zapobiegania samobójstwom w swoim kraju. Istnieje kilka modeli analiz sytuacyjnych i ważne jest, żeby wybrać model znajomy i uznany za właściwy z punktu widzenia lokalnych potrzeb. Stosunkowo prostą metodą jest analiza SWOT – narzędzie planowania, które może służyć do stawiania celów i określania, jakie kroki są konieczne do osiągnięcia tych celów. Analiza SWOT polega na udzieleniu odpowiedzi na pytania po to, aby określić mocne strony (**S**trengths), słabości (**W**eaknesses), możliwości (**O**pportunities) i zagrożenia (**T**hreats) związane z zapobieganiem samobójstwom. Przeprowadzając analizę sytuacyjną przy użyciu metody SWOT lub innego modelu, trzeba się zastanowić nad istniejącymi zasobami, wolą polityczną, możliwościami politycznymi i legislacyjnymi oraz partnerstwami międzysektorowymi.

### Przykład analizy SWOT dotyczącej nadzoru – gromadzenia danych statystycznych

Mocne strony	Słabości	Możliwości	Zagrożenia
Dostępne są aktualne dane na temat umieralności z powodu samobójstwa.	Brak danych o próbach samobójczych.	Minister edukacji proponuje dodać pytania dotyczące zachowań samobójczych do następnej ogólnokrajowej ankiety na temat używania substancji psychoaktywnych, przeznaczonej dla uczniów szkół średnich.	Środki potrzebne na analizę i rozpowszechnienie wyników. Partnerstwa z badaczami i mediami są ograniczone.

Ramka 8

Tabela 5 przedstawia obszary działań strategicznych. Należą do nich: angażowanie odpowiednich interesariuszy, którzy mogą pracować w swoich własnych

sektorach oraz prowadzić działania międzysektorowe w celu zmniejszenia liczby samobójstw; starania o ograniczenie dostępu do środków umożliwiających samobójstwo; poprawa nadzoru – systematycznego gromadzenia danych statystycznych po to, by poznać trendy w obszarze samobójstw; monitorowanie efektów działań prewencyjnych w czasie; działania ukierunkowane na skorygowanie mitów i wzrost świadomości społecznej – uświadomienie społeczeństwu, że samobójstwom można zapobiec i że stanowią problem z zakresu zdrowia publicznego; mobilizacja systemu ochrony zdrowia.

W kolumnach tabeli przedstawiono propozycje kolejnych kroków dla każdego działania strategicznego, niezależnie od tego, na jakim etapie wdrażania skutecznej strategii zapobiegania samobójstwom znajduje się dany kraj. Chodzi o to, by partnerzy wykorzystali te informacje do rozważenia, jakie strategiczne działania powinni realizować. Przy każdym strategicznym działaniu zaproponowano interesariuszy, którzy mogliby odgrywać rolę liderów. Lista wymienionych działań może im pomóc zidentyfikować inne, dodatkowe działania prewencyjne, które uzupełniałyby aktualnie prowadzone interwencje, wypełniając luki w narodowej strategii zapobiegania samobójstwom.

**Tabela 5. Proponowane działania strategiczne w zapobieganiu samobójstwom (dla różnych poziomów wdrażania strategii narodowej)**

Obszary działania strategicznego	Liderzy – interesariusze	Brak działań (nie ma obecnie żadnej strategii zapobiegania samobójstwom na szczeblach lokalnym i ogólnokrajowym)	Podjęto działania (rozpoczęto prace dotyczące prewencji samobójstw w priorytetowych obszarach albo lokalnie, albo w całym kraju)	Ustalona strategia zapobiegania samobójstwom istnieje w skali całego kraju
Werbowanie kluczowych interesariuszy	Ministerstwo Zdrowia jako lider lub inny koordynujący podmiot z sektora zdrowia	Zainicjować identyfikację i zaangażowanie kluczowych interesariuszy w priorytety kraju lub tam, gdzie już istnieją działania.	Zidentyfikować wszystkich kluczowych interesariuszy z różnych sektorów i zaangażować ich kompleksowo w prewencję samobójstw; przydzielić obowiązki.	Regularnie oceniać rolę, obowiązki i działania wszystkich kluczowych interesariuszy. Na podstawie wyników rozszerzać udział sektorów i zwiększać zaangażowanie interesariuszy.
Ograniczanie dostępu do środków umożliwiających samobójstwo	System prawny i sądowy, decydnictwo, rolnictwo, transport	Poprzez interwencje w społeczności zacząć starania o ograniczenie dostępu do środków umożliwiających samobójstwo.	Koordynować i rozszerzać istniejące starania o ograniczenie dostępu do środków umożliwiających samobójstwo (włączając prawa, politykę i praktyki w skali ogólnokrajowej).	Oceńić działania na rzecz ograniczenia dostępu do środków umożliwiających samobójstwo. Na podstawie wyników ewaluacji wprowadzać udoskonalenia.

Obszary działania strategicznego	Liderzy – interesariusze	Brak działań (nie ma obecnie żadnej strategii zapobiegania samobójstwom na szczeblach lokalnym i ogólnokrajowym)	Podjęto działania (rozpoczęto prace dotyczące prewencji samobójstw w priorytetowych obszarach albo lokalnie, albo w całym kraju)	Ustalona strategia zapobiegania samobójstwom istnieje w skali całego kraju
Nadzór – gromadzenie danych statystycznych i poprawa ich jakości	Ministerstwo Zdrowia, Urząd Statystyczny, wszyscy inni interesariusze, a zwłaszcza formalne i nieformalne systemy zbierania danych w sektorze zdrowia	Zacząć gromadzenie danych, przede wszystkim dotyczące umieralności, z podstawowymi informacjami (wiek, płeć i metoda samobójstwa). Zacząć identyfikację reprezentatywnych miejscowości w celu opracowania modeli.	Wprowadzić system zbierania danych statystycznych do monitorowania samobójstw i prób samobójczych w całym kraju (z dodatkowym rozbićciem na części składowe). Zapewnić, by dane te były rzetelne, trafne i dostępne publicznie. Opracować wykonalne modele danych, które są efektywne i mogą być rozwijane.	Monitorować w sposób terminowy kluczowe cechy systemu gromadzenia danych, takie jak: reprezentatywność, jakość, aktualność, użyteczność, koszty. Wykorzystywać wyniki do ulepszania systemu. Rozbudowywać efektywne modele w celu kompleksowego i wysokiej jakości opracowywania danych.
Wzrost świadomości społecznej	Wszystkie sektory, zwiadającą rolę Ministerstwa Zdrowia i mediów	Organizować działania uświadamiające, że samobójstwom można zapobiegać. Zapewnić, by taki komunikat docierał do adresatów – niektórych z wybranych regionów lub populacji przez co najmniej jeden powszechnie dostępny kanał przekazu.	Opracować strategiczne informacyjne kampanie społeczne i realizować je, przekazując informacje oparte na dowodach w skali ogólnokrajowej. Używać metod i komunikatów dostosowanych do populacji docelowych.	Oceńić skuteczność uświadamiających kampanii społecznych. Wykorzystać wyniki ewaluacji do udoskonalania przyszłych kampanii.
Zaangażowanie mediów	Media i Ministerstwo Zdrowia, w partnerstwie	Rozpocząć dialog z mediami na temat odpowiedzialnego informowania o samobójstwach.	Zwrócić się do największych organizacji medialnych w kraju z prośbą, by opracowały własne standardy praktyki odpowiedzialnego informowania o samobójstwach. Pracować z interesariuszami z sektora mediów nad popularyzacją zasobów w dziedzinie prewencji samobójstw i kierowaniem poszukujących pomocy pod właściwe adresy.	Prowadzić ewaluację sposobu przekazywania przez media informacji o przypadkach samobójstw. Zainteresować wszystkie media odpowiedzialnym sposobem przekazu i szkolić je w tym zakresie. Wprowadzić szkolenia dla nowych pracowników mediów po przyjęciu do pracy.

Obszary działania strategicznego	Liderzy – interesariusze	Brak działań (nie ma obecnie żadnej strategii zapobiegania samobójstwom na szczeblach lokalnym i ogólnokrajowym)	Podjęto działania (rozpoczęto prace dotyczące prewencji samobójstw w priorytetowych obszarach albo lokalnie, albo w całym kraju)	Ustalona strategia zapobiegania samobójstwom istnieje w skali całego kraju
Mobilizowanie systemu opieki zdrowotnej i szkolenie pracowników sektora zdrowia	Formalne i nieformalne systemy opieki zdrowotnej, sektor edukacji	Zacząć planowanie i wdrażanie opieki dla osób po próbie samobójczej oraz szkolić pracowników opieki zdrowotnej.	Zapewnić dostępną, opartą na dowodach opiekę kryzysową, opiekę kliniczną oraz postwencję w skali ogólnokrajowej. Prowadzić szkolenia odświeżające wiedzę dla pracowników opieki zdrowotnej. Adaptować programy szkolenia dla takich pracowników.	Wdrożyć regularne monitorowanie i ewaluację istniejących usług. Na podstawie wyników ewaluacji ulepszać istniejącą opiekę.
Zmiana postaw i przekonań	Media, sektor opieki zdrowotnej, sektor edukacji, organizacje społeczne	Rozpocząć wdrażanie przeciwdziałania stigmatyzacji dotyczącej poszukiwania pomocy w związku z samobójstwem. Zwiększyć częstotliwość poszukiwania pomocy.	Zmienić postawy wobec korzystania z poradni zdrowia psychicznego, szpitali psychiatrycznych i zmniejszyć dyskryminację użytkowników takich usług.	Przeprowadzać okresowo ewaluację w celu monitorowania zmian postaw i przekonań społeczeństwa na temat samobójstwa, zaburzeń psychicznych i związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz poszukiwania pomocy.
Prowadzenie ewaluacji i badań naukowych	Odpowiednie miejscowe ośrodki zdrowia, przychodnie, sektor edukacji i Ministerstwo Zdrowia	Rozpocząć planowanie i priorytetyzację niezbędnych badań naukowych nad prewencją samobójstw, zestawić istniejące dane (np. na temat zgonów samobójczych).	Rozszerzyć istniejące badania, przydzielając finansowania na pogłębienie wiedzy i ewaluację prewencji samobójstw na szczeblu regionalnym i/lub ogólnokrajowym.	Przeprowadzać okresowo ocenę badań naukowych w celu monitorowania ich postępu oraz zidentyfikowania istniejących luk wiedzy. Przekierowywać środki finansowe na podstawie ewaluacji.
Opracowanie i wdrożenie kompleksowej narodowej strategii zapobiegania samobójstwom	Ministerstwo Zdrowia	Rozpocząć opracowywanie strategii narodowej zapobiegania samobójstwom, która ma służyć jako punkt zborny, nawet jeśli nie ma jeszcze dostępnych danych i środków.	Kontynuować opracowywanie strategii narodowej, która powinna być kompleksowa, wielosektorowa i ma wypełniać wszelkie luki w usługach i wdrażaniu.	Ewaluować i monitorować wdrażanie strategii i jej wyniki w celu zidentyfikowania najsłabszych elementów. Na podstawie wyników ewaluacji aktualizować strategię w trybie ciągłym.



Podstawowa praca polega na angażowaniu kluczowych interesariuszy i ma zasadnicze znaczenie dlatego, że zapewnia udział różnych sektorów. Postępując się tabelą 5, można rozważyć, jaki jest obecnie wkład poszczególnych sektorów w zapobieganie samobójstwom, oraz określić możliwości zwiększenia udziału tych sektorów, szanse na zaangażowanie innych partnerów i na stymulowanie postępu w innych działaniach na rzecz zapobiegania samobójstwom.

Tabela 5 w żadnym razie nie jest wyczerpująca – ma zachęcać do ciągłego udoskonalania oraz podsuwać pomysły działań, jakie można realizować. Podaje przykłady strategicznych działań czy sposobów myślenia o postępie. Intencją autorów tabeli nie było zaproponowanie gotowego wzoru czy recepty na zapobieganie samobójstwom.

Idąc naprzód – warto pamiętać o dwóch kluczowych sprawach.

Po pierwsze, działania na rzecz zapobiegania samobójstwom powinno się prowadzić równolegle ze zbieraniem danych (zob. ramka 9). Zbieranie, zestawianie i porównywanie dokładnych danych o samobójstwach i próbach samobójczych jest ważne i stanowi duże wyzwanie w większości krajów. Jednak czekanie na doskonały system nadzoru – gromadzenia danych statystycznych – nie jest dobrym pomysłem. Doskonalenie gromadzenia danych powinno następować w miarę wdrażania przez dany kraj interwencji na rzecz zapobiegania samobójstwom. W tym procesie powinno się wprowadzać niezbędne zmiany w odpowiedzi na uzyskane dane.

Po drugie, niektóre kraje mogą uważać, że z różnych przyczyn nie są gotowe, żeby mieć narodową strategię zapobiegania samobójstwom. Jednak proces konsultowania się z interesariuszami w sprawie strategii narodowej często stwarza okoliczności sprzyjające zmianom. W trakcie prac nad odpowiedzią kraju w sprawie samobójstw wzrasta zaangażowanie interesariuszy, debata społeczna nad problemami stygmatyzacji ulega ożywieniu, zagrożone grupy docelowe zostają zidentyfikowane, określa się priorytety badań naukowych i wzrasta świadomość zarówno ogółu społeczeństwa, jak i mediów. Wobec tego tworzenie odpowiedzi kraju nie powinno być postrzegane jako rezultat końcowy, lecz raczej jako jeden z ważnych elementów na drodze do skutecznego zapobiegania samobójstwom.

#### **Kluczowe działania w zakresie nadzoru – gromadzenia danych statystycznych**

Skuteczne zapobieganie samobójstwom wymaga udoskonalonego nadzoru – gromadzenia danych statystycznych oraz monitorowania samobójstw i prób samobójczych. Ponieważ środki na prewencję samobójstw są ograniczone, administratorzy, agencje zdrowia

publicznego i inni interesariusze muszą zdecydować, jaką część funduszy i innych zasobów dostępnych na zapobieganie samobójstwom należy przeznaczyć na monitorowanie i jak powinno się je rozdysponować na różne typy monitoringu. Sytuacja poszczególnych krajów jest bardzo różna, nie ma więc podręcznika „w jednym rozmiarze dla wszystkich”, brak zatem wytycznych co do podejmowania tych decyzji. Istnieją jednak pewne ogólne zasady dotyczące kluczowych działań, które mogą być przydatne w większości jurysdykcji. Należy:

- **Powołać stałą, specjalną grupę roboczą odpowiedzialną za monitorowanie i podnoszenie jakości danych dotyczących samobójstw, w ramach ogólnej strategii zapobiegania samobójstwom.**

Udoskonalanie jakości informacji dotyczących samobójstwa jest tak zasadniczym składnikiem działań na rzecz prewencji samobójstw i każdej narodowej strategii zapobiegania samobójstwom, że powinno się powołać specjalną grupę roboczą, która koncentrowałaby się na tej działalności. Po przeprowadzeniu analizy sytuacyjnej obecnego stanu danych dotyczących samobójstw należałoby opracować plan poprawy dostępności, kompleksowości i jakości tych danych, monitorować jego wdrażanie i ów plan co pewien czas aktualizować.

- **Przeprowadzać co pewien czas ocenę dostępności, kompleksowości i jakości danych dotyczących samobójstw i prób samobójczych.**

Duże znaczenie ma okresowa ocena i podnoszenie jakości danych z każdego z trzech głównych źródeł:

- poprawa jakości danych dotyczących samobójstwa rejestrowanych w urzędach stanu cywilnego. Działania niezbędne, aby rozpocząć lub ulepszyć rejestrowanie zgonów z powodu samobójstwa będą zależały od aktualnego stanu systemu rejestrowania zgonów i urodzeń w danym kraju;
- poprawa jakości danych o leczeniu osób po próbie samobójczej. Stworzenie systemu monitorowania na podstawie danych szpitalnych jest procesem skomplikowanym, lecz na początek można opracować możliwą do zrealizowania metodę zbierania danych z kilku reprezentatywnych miejsc, a następnie rozszerzać ją na cały kraj;
- poprawa jakości ankiet środowiskowych dotyczących zachowań samobójczych. Trzeba pamiętać o wielkości badanej próby – próba ma być tak duża, by była reprezentatywna dla danej społeczności lub kraju. Należy używać pytań standaryzowanych, przy czym najważniejsze i najbardziej przydatne jest pytanie o próby samobójcze w minionym roku.

- **Gromadzić raczej wysokiej jakości dane z kilku reprezentatywnych miejsc niż słabej jakości dane z całego kraju.**

W większości krajów o niskich i średnich dochodach, a także w niektórych krajach o wysokich dochodach ograniczenia finansowe, techniczne lub szczupłość zasobów ludzkich uniemożliwiają stworzenie ogólnokrajowego systemu monitorowania samobójstw i prób samobójczych lub regularne prowadzenie ogólnokrajowych badań ankietowych. W tej sytuacji lepiej jest zidentyfikować kilka reprezentatywnych miejsc docelowych i następnie rozszerzać wnioski z danych tak uzyskanych na cały kraj.

- **W miarę możliwości integrować monitorowanie samobójstw z innymi działaniami zamiast osobno podejmować niezależny monitoring.**

Przypadki zgonów z powodu samobójstwa zwykle rejestruje się w ogólnym systemie gromadzenia danych o wszystkich zgonach, a nie w osobnym systemie monitoringu. Monitoring prób samobójczych na podstawie liczby osób leczonych na szpitalnych oddziałach ratunkowych najlepiej prowadzić jako część ogólnego systemu monitorowania przypadków uszkodzeń ciała. Środowiskowe badania ankietowe dotyczące zachowań samobójczych można z łatwością połączyć z innymi ankietowymi badaniami zdrowia fizycznego lub psychicznego.

- **Uwzględnić działania na rzecz zmniejszenia stygmatyzacji w ogólnym planie poprawiania jakości danych.**

Największą przeszkodą w uzyskiwaniu dobrej jakości danych o samobójstwach może być stygmatyzacja zachowań samobójczych. Praca z mediami nad zmianą sposobu myślenia społeczeństwa oraz z uczelniami medycznymi i pielęgniarskimi nad zmianą postaw środowiska medycznego (np. przez pokazywanie, że samobójstwo jest poważnym, możliwym do leczenia problemem zdrowia publicznego) to ważne kroki na drodze do celu długofalowego, czyli zmniejszenia stygmatyzacji związanej z samobójstwem.

- **Znaleźć równowagę między zapotrzebowaniem na dane w skali kraju a potrzebą danych dotyczących określonej społeczności.**

Dane ogólnokrajowe mogą mieć ograniczoną wartość dla opracowywania i monitorowania lokalnych strategii prewencji, gdyż między poszczególnymi regionami kraju mogą zachodzić znaczne różnice demograficzne, ekonomiczne lub kulturowe. Ważne jest, by określić, w jakim stopniu lokalny profil samobójstw odstaje od profilu ogólnokrajowego.

- **Zadbać, by system monitoringu był przydatny i używany przy projektowaniu i ocenie działań na rzecz prewencji samobójstw.**

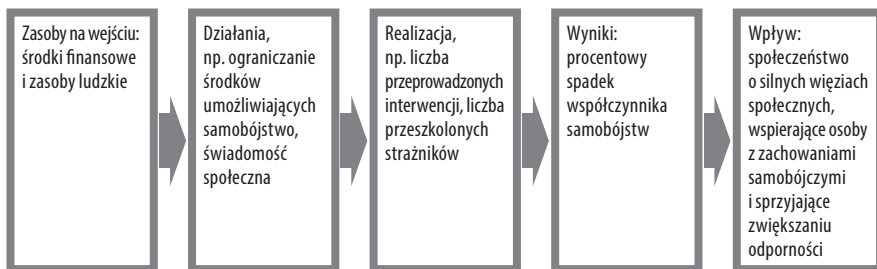
We wszystkich dużych finansowanych przez rząd badaniach nad prewencją samobójstw należy przyjąć liczbę samobójstw lub prób samobójczych za podstawowe miary osiągniętych wyników. Na monitorowanie tych wyników należy przeznaczyć odpowiednią część budżetu.

Ramka 7

## Jak wygląda sukces?

Model logiczny przedstawiony na rysunku 9 może służyć nie tylko jako pomoc w planowaniu zasobów i działań, lecz wraz z innymi narzędziami monitorowania i ewaluacji może być przydatny do śledzenia postępów i mierzenia sukcesu. Po przeanalizowaniu możliwych zasobów początkowych („na wejściu”), działań

i współczynników ich realizacji, niezbędnych do zaplanowania i wdrożenia narodowej strategii zapobiegania samobójstwom, warto zająć się jej wynikami, a także – kontynuując ewaluację – spojrzeć dalej, na szerzej rozumiany wpływ.



Rysunek 9. Model logiczny stosowany w prewencji samobójstw (55)

## Wyniki

Do oceny postępu przydatne są współczynniki ilościowe jako miara głównych wyników strategii narodowej. Do tych współczynników należą:

- procentowy spadek współczynnika samobójstw;
- liczba udanych interwencji zapobiegających samobójstwom;
- zmniejszenie liczby osób hospitalizowanych po próbie samobójczej.

Kraje, które kierują się wytycznymi *Planu Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego 2013–2020* (1), mogą dążyć do 10-procentowej redukcji współczynnika samobójstw. Niektóre kraje mogą pójść jeszcze dalej; np. Anglia w swojej poprzedniej narodowej strategii zdrowotnej *Ocalić życie: nasz zdrowszy naród, 1999* (173) w obszarze zdrowia psychicznego przyjęła za cel obniżenie współczynnika zgonów z powodu samobójstwa lub obrażeń ciała o nieustalonej przyczynie o co najmniej 20% do roku 2010. Cel ten udało się osiągnąć już w roku 2008 (174). Współczynniki jakościowe powiązane z kluczowymi działaniami dostarczają informacji niezmiernie ważnych dla koordynowania realizacji strategii narodowej przez wszystkie sektory.

## Szerszy wpływ

Chociaż główne wyniki docelowe są istotne i świadczą o postępie, jednak mogą pomijać inne ważne informacje jakościowe. Niekiedy współczynniki samobójstw nie ulegają obniżeniu dlatego, że nastąpiła poprawa systemu zgłaszania

samobójstw, albo też z powodu innych czynników kontekstowych. Należy wyjść poza podstawowe współczynniki realizacji działań i poza osiągnięte wyniki, trzeba spojrzeć dalej, na szerszy wpływ strategii, aby uzyskać kompletny obraz i pełne zrozumienie postępu i sukcesu. Wśród miar szerszego wpływu mogą znaleźć się takie współczynniki, jak:

- społeczności, w których istnieją organizacje (szkoły, organizacje religijne, zakłady pracy itd.), które udzielają ludziom wsparcia i są na tyle zintegrowane, że kierują potrzebujących pomocy pod właściwe adresy;
- rodziny i kręgi towarzyskie, które dają wsparcie, zwiększają odporność, rozpoznają czynniki ryzyka zagrażające samobójstwem oraz skutecznie interweniują, aby pomóc swoim bliskim;
- klimat społeczny, w którym poszukiwanie pomocy w związku z zachowaniami samobójczymi nie jest już tematem tabu, lecz może być przedmiotem debaty publicznej.

Takie współczynniki bywają trudniejsze do mierzenia, lecz są ważne, bo mogą sygnalizować istotny postęp w prewencji samobójstw. Powinno się je uważać za równie ważne, kiedy dany kraj ocenia dokonane postępy i to, jak będzie wyglądał sukces.

# **KLUCZOWE WNIOSKI**

**Samobójstwa zbierają obfite żniwo. Co roku ponad 800 tys. osób umiera z powodu samobójstwa; jest to druga najczęstsza przyczyna śmierci w grupie wiekowej 15–29 lat. Istnieją dane świadczące, że na każdą osobę dorosłą, która straciła życie z powodu samobójstwa, może przypadać ponad 20 innych, które podjęły próbę samobójczą.**

Samobójstwo jest zjawiskiem globalnym. Dotyka wszystkie kraje. Wbrew dawniejszym poglądom, że rozpowszechnienie samobójstw jest większe w krajach o wysokich dochodach, w rzeczywistości do 75% samobójstw dochodzi w krajach o niskich lub średnich dochodach. Samobójstwo uderza nie tylko tych, którzy podejmują próbę samobójczą lub umierają z powodu samobójstwa, ale ma też potężny, dalekosiężny wpływ na rodzinę, przyjaciół, społeczność i cały kraj.

**Samobójstwom można zapobiec – aby odpowiedź kraju była skuteczna, potrzebna jest kompleksowa, wielosektorowa strategia zapobiegania samobójstwom.**

Skuteczność strategii narodowej powinna zapewnić współpraca między sektorem zdrowia a innymi sektorami na poziomie rządowym i pozarządowym. Powinny w niej uczestniczyć nie tylko społeczności, lecz także media, które należy skłonić do odpowiedzialnego przekazywania informacji o samobójstwach. W ramach strategii należy doskonalić nadzór – zbieranie danych statystycznych oraz politykę w dziedzinie zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem nadużywania alkoholu. Podstawowym elementem każdej opracowywanej strategii powinna być wczesna prewencja.

**Ograniczanie dostępu do środków umożliwiających samobójstwo działa. Skuteczną strategią zapobiegania samobójstwom i próbom samobójczym jest ograniczenie dostępu do środków najpopularniejszych, takich jak pestycydy, broń palna i niektóre leki.**

Ograniczenie dostępu do środków odgrywa istotną rolę w prewencji samobójstw, zwłaszcza samobójstw impulsywnych. Wdrożenie skutecznej polityki w połączeniu z interwencjami środowiskowymi ma zasadnicze znaczenie dla redukcji liczby samobójstw przez ograniczenie środków.

**Zapobieganie samobójstwom należy włączyć w system ochrony zdrowia jako jego zasadniczy element. Zaburzenia psychiczne i szkodliwe picie alkoholu przyczyniają się do wielu samobójstw na całym świecie. Wczesna identyfikacja i efektywne zarządzanie mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia ludziom koniecznej opieki.**

Dzięki poprawie jakości opieki dla osób poszukujących pomocy wczesne interwencje będą skuteczne. Poprawa jakości opieki jest kluczem do zmniejszenia liczby samobójstw związanych z zaburzeniami psychicznymi, z zaburzeniami w następstwie nadużywania alkoholu oraz z innymi czynnikami ryzyka. Polityka w zakresie zaburzeń psychicznych i picia alkoholu powinna uznać opiekę za priorytet, dążyć do jej zintegrowania z całym systemem opieki zdrowotnej oraz zapewnić finansowanie wystarczające na poprawę tych usług.

**Społeczności odgrywają decydującą rolę w prewencji samobójstw. Mogą udzielać wsparcia społecznego osobom zagrożonym, uczestniczyć w opiece poszpitalnej, zwalczać stygmatyzację i wspierać ludzi w żałobie po samobójstwie kogoś bliskiego.**

We wszystkich krajach, zwłaszcza tych o ograniczonych zasobach, ogromna rola społeczności i środowiskowych programów wsparcia w zapobieganiu samobójstwom jest nie do przecenienia. Efektywne wsparcie społeczne w środowisku oraz indywidualna odporność mogą pomóc, chronić przed samobójstwem osoby zagrożone. Można tego dokonać, budując i doskonaląc więzi społeczne i umiejętności radzenia sobie z trudnościami. Społeczności mogą udzielać pomocy przede wszystkim w sytuacjach kryzysowych, utrzymywać regularne kontakty z osobami, które próbowały popełnić samobójstwo, oraz wspierać osoby w żałobie po samobójstwie kogoś bliskiego.



## Bibliografia

1. *Mental health action plan 2013–2020*, WHO, Geneva 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf), dostęp: 23.04.2014).
2. *WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update*, WHO, Geneva 2013 ([http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality\\_rawdata/en/](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/), dostęp: 19.05.2014).
3. *WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper*, WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7, WHO, Geneva 2014.
4. Värnik P., Sisask M., Värnik A., Yur'Yev A., Kölves K., Leppik L. et al., *Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides?*, *Scand J Public Health*. 2010;38(4):395–403.
5. Värnik P., Sisask M., Värnik A., Arensman E., Van Audenhove C., van der Feltz-Cornelis C.M. et al., *Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark*, *Inj Prev*. 2012;18(5):321–5.
6. Höfer P., Rockett I.R., Värnik P., Etzersdorfer E., Kapusta N.D., *Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic?*, *BMC Public Health*. 2012;11(12):644.
7. Wu K.C.C., Chen Y.Y., Yip P.S.F., *Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention*, *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(4):1135–58.
8. Gunnell D., Eddleston M., Phillips M.R., Konradsen F., *The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review*, *BMC public health*. 2007a;7:357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
9. Chang S.S., Chen Y.Y., Yip P.S.F., Lee W.J., Hagihara A., Gunnell D., *Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis*, *PLoS Medicine*. 2014;11(4):e1001622.
10. *National Violent Death Reporting System (NVDRS) Coding manual*, version 3, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (GA) 2014 ([http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS\\_Coding\\_Manual\\_Version\\_3-a.pdf](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS_Coding_Manual_Version_3-a.pdf), dostęp: 15.05.2014).
11. Paulozzi L.J., Mercy J., Frazier L. Jr., Annett J.L., *CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology*, *Inj Prev*. 2004;10(1):47–52.
12. Phillips M.R., Yang G., Zhang Y., Wang L., Ji H., Zhou M., *Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study*, *Lancet*. 2002;360:1728–36.
13. Patel V., Ramasundarahettige C., Vijayakumar L., Thakur J.S., Gajalakshmi V., Gururaj G. et al., *Suicide mortality in India: a nationally representative survey*, *Lancet*. 2012;379 (9834):2343–51.

14. Kessler R., Ustun T.B. (eds.), *The WHO World Mental Health Surveys*, Cambridge University Press, New York (NY) 2008.
15. *STEPS optional module: mental health/suicide*, WHO, Geneva 2014 (<http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>, dostep: 15.05.2014).
16. *Preventing suicide: a resource for suicide case registration*, WHO, Geneva 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665_eng.pdf?ua=1), dostep: 5.05.2014).
17. *Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*, WHO, Geneva 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1), dostep: 7.06.2014).
18. *Methodology of the youth risk behavior surveillance system – 2013*, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 62:1–20.
19. Borges G., Haro J.M., Chiu W.T., Hwang I., de Girolamo G., Medina-Mora M.E. et al., *Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys*, w: M.K. Nock, G. Borges, Y. Ono (eds.), *Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys*, Cambridge University Press, New York (NY) 2012:185–98.
20. Perry I.J., Corcoran P., Fitzgerald A.P., Keeley H.S., Reulbach U., Arensman E., *The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first registry*, PLoS ONE. 2012;7(2):1–7.
21. Arensman E., Larkin C., Corcoran P., Reulbach U., Perry I.J., *Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm*, Eur J Public Health. 2013;1–6.
22. Wittouck C., De Munck S., Portzky G., Van Rijsselberghe L., Van Autreve S., van Heeringen K., *A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment*, Arch Suicide Res. 2010;14(2):135–45.
23. Ludvigsson J.F., Andersson E., Ekblom A., Feychting M., Kim J.L., Reuterwall C. et al., *External review and validation of the Swedish national inpatient register*, BMC Public Health. 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
24. *Web-based injury statistics query and reporting system*, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (GA) 2014 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>, dostep: 15.05.2014).
25. Jansen E., Buster M.C.A., Zuur A.L., Das C., *Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005*, Crisis. 2009;30(4):180–5.
26. Miller M., Azraek D., Hemenway D., *The epidemiology of case fatality rates for suicide in the Northeast*, Inj Prev Res. 2004;43(6):723–30.
27. *Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours*, WHO, Geneva 2008 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456_eng.pdf), dostep: 23.04.2014).
28. Dawson A.H., Eddleston M., Senarathna L., Mohamed F., Gawarammana I., Bowe S.J. et al., *Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study*, PLoS Medicine. 2010;7(10):e1000357. doi:10.1371/journal.pmed.1000357.
29. Mrazek P.B., Haggerty R.J. (eds.), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, National Academies Press, Washington (DC) 1994.
30. Gordon R.S.J., *An operational classification of disease prevention*, Public Health Rep. 1983;98(2):107–9.
31. Niederkrotenthaler T., Fu K.W., Yip P.S., Fong D.Y., Stack S., Cheng Q et al., *Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis*, J Epidemiol Community Health. 2012;66(11):1037–42.
32. Sisask M., Värnik A., *Media roles in suicide prevention: a systematic review*, Int J Environ Res Public Health. 2012;9:123–38.

33. Daine K., Hawton K., Singaravelu V., Stewart A., Simkin S., Montgomery P., *The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people*, PLoS ONE. 2013;8(10):e77555.
34. Westerlund M., Hadlaczy G., Wasserman D., *The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians*, J Med Internet Res. 2012;14(5):122. doi:10.2196/jmir.1979p.
35. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*, WHO, Geneva 2010 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/), dostę: 23.04.2014).
36. Chisholm D., Rehm J., Van Ommeren M., Monteiro M., *Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis*, J Stud Alcohol. 2004;65(6):782–93.
37. Cho J., Lee W.J., Moon K.T., Suh M., Sohn J., Ha K.H. et al., *Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses*, J Prev Med Public Health. 2013;46(3):147–54.
38. *Health literacy: the solid facts*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf), dostę: 23.04.2014).
39. Ajdacic-Gross V., Weiss M.G., Ring M., Hepp U., Bopp M., Gutzwiller F. et al., *Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database*, Bull World Health Organ. 2008;86(9):726–32.
40. *Towards evidence-based suicide prevention programmes*, WHO, Regional Office for the Western Pacific, Manila 2010 ([http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.p\\_d?ua=1](http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.p_d?ua=1), dostę: 24.04.2014).
41. Yip P.S., Caine E., Yousuf S., Chang S.S., Wu K.C.C., Chen Y.Y., *Means restriction for suicide prevention*, Lancet. 2012;379 (9834):2393–9.
42. Du Roscoät E., Beck F., *Efficient interventions on suicide prevention: a literature review*, Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2013;61(4):363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
43. Eddleston M., Karalliedde L., Buckley N., Fernando R., Hutchinson G., Isbister G. et al., *Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list*, Lancet. 2002;360(9340):1163–7.
44. Gunnell D., Fernando R., Hewagama M., Priyangika W.D.D., Konradsen F., Eddleston M., *The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka*, In J Epid. 2007b;36:1235–42.
45. *Safer access to pesticides: community interventions*, WHO, Geneva 2006 ([http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/pesticides\\_safer\\_access.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf), dostę: 22.04.2014).
46. *Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means*, WHO, Geneva 2009 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence-4th\\_milestones\\_meeting/publications](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence-4th_milestones_meeting/publications), dostę: 23.04.2014).
47. Brent D.A., Bridge J., *Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions*, Am Behav Sci. 2003;46(9):1192–210.
48. Anglemeyer A., Horvath T., Rutherford G., *The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis*, Ann Intern Med. 2014;160(2):101–10. doi:10.7326/M13-1301.
49. Ajdacic-Gross V., Killias M., Hepp U., Gadola E., Bopp M., Lauber C. et al., *Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data*, Am J Public Health. 2006;96:1752–5.
50. Cox G.R., Robinson J., Nicholas A., Lockley A., Williamson M., Pirkis J. et al., *Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review*, BMC Public Health. 2013;13 (1):214. doi:10.1186/1471-2458-13-214.
51. Sarchiapone M., Mandelli L., Iosue M., Andrisano C., Roy A., *Controlling access to suicide means*, Int J Environ Res Public Health. 2011;8(12):4550–62. doi:10.3390/ijerph8124550.
52. Yip P.S.F., Law C.K., Fu K.W., Law Y.W., Wong P.W., Xu Y., *Restricting the means of suicide by charcoal burning*, Br J Psychiatry, 2010;196:241–2.

53. Hegerl U., Wittenburg L., *Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behavior*, Psychiatr Serv. 2009;60(5):596–9.
54. Hawton K.L., Bergen H., Simkin S., Dodd S., Pocock P., Bernal W. et al., *Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses*, BMJ. 2013;346:f403.
55. *A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives*, National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force, Rockville (MD) 2014.
56. *Preventing suicide: a resource for media professionals*, WHO, Geneva 2008 ([http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resourc\\_e\\_media.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resourc_e_media.pdf), dostęp: 23.04.2014).
57. Pirkis J., *Suicide and the media*, Psychiatry. 2009;8:269–271.
58. Bohanna I., Wang X., *Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness*, Crisis. 2012;33(4):190–8.
59. Collin P.J., Metcalf A.T., Stephens-Reicher J.C., Blanchard M.E., Herrman H.E., Rahilly K. et al., *ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people*, Advances in Mental Health. 2011;10(1):39–51.
60. Mishara B.L., Kerkhof J.F.M. (eds.), *Suicide prevention and new technologies: evidence based practice*, Palgrave MacMillan, Basingstoke 2013.
61. Youthhealthtalk (website), University of Oxford, Oxford ([www.youthhealthtalk.org](http://www.youthhealthtalk.org), dostęp: 14.04.2014).
62. Matsubayash T., Sawada Y., Ueda M., *The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan*, J Affect Disord. 2014;152-154:526-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.007.
63. Reynders A., Kerkhof A.J., Molenberghs G., Van Audenhove C., *Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(2):231–9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.
64. Carli V., Wasserman C., Wasserman D., Sarchiapone M., Apter A., Balazs J. et al., *The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics*, BMC Public Health. 2013;13(1):479. doi:10.1186/1471-2458-13-479.
65. Wasserman C., Hoven C.W., Wasserman D., Carli V., Sarchiapone M., Al-Halabi S. et al., *Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study*, BMC Public Health. 2012;12:776. doi:10.1186/1471-2458-12-776.
66. Wasserman D., Hoven C.W., Wasserman C., Wall M., Eisenberg R., Hadlaczky G. et al., *A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study*, Lancet. 2014, May.
67. Kölves K., Kölves K.E., De Leo D., *Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review*, J Affect Disord. 2013;146(1):1–14.
68. Fortune S., Hawton K., *Culture and mental disorders: suicidal behaviour*, w: D. Bhugra, K. Bhui (eds.), *Textbook of cultural psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge 2007:255–71.
69. Oliver L.N., Peters P.A., Kohen D.E., *Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008*, Statistics Canada, Ottawa 2012.
70. Gundston D.B., Molock S.D., Whitbeck L.B., Murakami J.L., Zayas L.H., Hall G.C.N., *Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment*, Am Psychol. 2008;63(1):14–31.
71. Casiano H., Katz L.Y., Globerman D., Sareen J., *Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review*, J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;22(2):118–24.
72. Fazel S., Grann M., Kling B., Hawton K., *Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46:191–5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.

73. Haas A.P., Eliason M., Mays V.M., Mathy R.M., Cochran S.D., D'Augelli A.R., *Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations*, J Homosex. 2011;58(1):10–51. doi:10.1080/00918369.2011.534038.
74. Brunstein Klomek A., Sourander A., Gould M., *The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings*, Can J Psychiatry. 2010;55(5):282–8.
75. Kalt A., Hossain M., Kiss L., Zimmerman C., *Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries*, Am J Public Health. 2013;103(3):30–42.
76. Foster T., *Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies*, Arch Suicide Res. 2011;15(1):1–15.
77. Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., Kasen S., Brown J., Brook J.S., *Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood*, Arch Gen Psychiatry. 2002;59(8):741–9.
78. Ben-Efraim Y.J., Wasserman D., Wasserman J., Sokolowski M., *Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations*, Mol Psychiatry. 2013;18(7):758–66. doi:10.1038/mp.2012.86.
79. Kposowa A.J., *Divorce and suicide risk*, J Epidemiol Community Health. 2003;57(12):993.
80. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, WHO, Geneva 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> dostęp: 14.04.2014).
81. Garcia-Moreno C., Jansen H.A., Ellsberg M., Heise L., Watts C.H., *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*, Lancet. 2006;368:1260–9.
82. Matsubayashi T., Sawada Y., Ueda M., *Natural disasters and suicide: evidence from Japan*, Soc Sci Med. 2013;82:126–33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.021.
83. Jankovic J., Bremner S., Bogic M., Lecic-Tosevski D., Ajdukovic D., Franciskovic T., *Trauma and suicidality in war affected communities*, Eur Psychiatry. 2013;28(8):514–20. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.
84. Ratkowska K.A., De Leo D., *Suicide in immigrants: an overview*, Open J Med Psychol. 2013;2:124–33.
85. Clifford A.C., Doran C.M., Tsey K., *A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand*, BMC public health. 2013;13(1):463. doi:10.1186/1471-2458-13-463.
86. Fazel S., Cartwright J., Norman-Nott A., Hawton K., *Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors*, J Clin Psychiatry. 2008;69(11):1721–31.
87. Marshal M.P., Dietz L.J., Friedman M.S., Stall R., Smith H.A., McGinley J. et al., *Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review*, J Adolesc Health. 2011;49(2):115–23. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.
88. Szumilas M., Kutcher S., *Post-suicide intervention programmes: a systematic review*, Can J Public Health. 2011;102(1):18–29.
89. Kang H.K., Bullman T.A., *Is there an epidemic of suicides among current and former U.S. military personnel?*, Ann Epidemiol. 2009;19(10):757–60.
90. Kang H.K., Bullman T.A., *Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones*, JAMA. 2008;300(6):652–3.
91. Schoenbaum M., Kessler R.C., Gilman S.E., Colpe L.J., Heeringa S.G., Stein M.B. et al., *Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS)*, JAMA Psychiatry. 2014;71(5):493–503. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417.

92. Kemp J., *Suicide rates in VHA patients through 2011 with comparisons with other Americans and other veterans through 2010* (PowerPoint slides), Department of Veterans Affairs, Washington (DC) 2014 ([http://www.mentalhealth.va.gov/docs/Suicide\\_Data\\_Report\\_Update\\_January\\_2014.pdf](http://www.mentalhealth.va.gov/docs/Suicide_Data_Report_Update_January_2014.pdf), dostę: 7.06.2014).
93. Matthieu M., Hensley M., *Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population*, Ment Health Subst Use. 2013;6(4):274–86. doi:10.1080/17523281.2012.744342.
94. Devries K.M., Child J.C., Bacchus L.J., Mak J., Falder G., Graham K. et al., *Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis*, Addiction. 2014 ;109(3):379–91. doi:10.1111/add.12393.
95. Tompkins T.L., Witt J., Abraibesh N., *Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness*, Suicide Life Threat Behav. 2010;40(5):506–15. doi:10.1521/suli.2010.40.5.506.
96. Mishara B.L., Martin N., *Effects of a comprehensive police suicide prevention program*, Crisis. 2011;33(3):162–8.
97. Gould M.S., Kalafat J., Harrismunfakh J.L., Kleinman M., *An evaluation of crisis hotline outcomes, Part 2: Suicidal callers*, Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):338–52. doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
98. Pil L., Pauwels K., Muijzers E., Portzky G., Annemans L., *Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention*, J Telemed Telecare. 2013;19(5):273–81. doi:10.1177/1357633X13495487.
99. Yoshimasu K., Kiyohara C., Miyashita K., *Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies*, Environ Health Prev Med. 2008;13(5):243–56.
100. Beautrais A.L., *Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up*, Aust NZ J Psychiatry. 2003;37(5):595–9.
101. Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M., *Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review*, Psychol med. 2003;33(3):395–405.
102. Radhakrishnan R., Andrade C., *Suicide: an Indian perspective*, Indian J Psychiatry. 2012;54(4):304–19.
103. Bostwick J.M., Pankratz V.S., *Affective disorders and suicide risk: a re-examination*, Am J Psychiatry. 2000; 157(12):1925–32.
104. Schneider B., *Substance use disorders and risk for completed suicide*, Arch Suicide Res. 2009;13(4):303–16.
105. Hawton K.L., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Harriss L., *Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors*, J Clin Psychiatry. 2005; 66(6):693–704.
106. Nordentoft M., Mortensen P.B., Pedersen C.B., *Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder*, Arch Gen Psychiatry. 2011;68(10):1058–64.
107. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M., *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*, Arch Gen Psychiatry. 2005;62(3):247–53.
108. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T., Fergusson D.M., Deavoll B.J., Nightingale S.K., *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study*, Am J Psychiatry. 1996; 153(8):1009–14.
109. *Global status report on alcohol and health 2014*, WHO, Geneva 2014 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/), dostę: 7.07.2014).
110. Bohnert K.M., Ilgen M.A., McCarthy J.F., Ignacio R.V., Blow F.C., Katz I.R., *Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality*, Addiction. 2014;109(1):155–62.
111. Chang S.S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D., *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries*, BMJ. 2013;347:f5239.
112. Stuckler D., Basu S., *The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death*, Penguin Press, London 2013.



113. O'Connor R.C., Nock M.K., *The psychology of suicidal behavior*, Lancet Psychiatry. 2014;1(1):73–85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
114. Beck A.T., Brown G., Berchick R.J., Stewart B.L., Steer R.A., *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients*, Am J Psychiatry. 1990;147(2):190–5.
115. Tang N.K., Crane C., *Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links*, Psychol Med. 2006;36(5):575–86.
116. Stenager E., Stenager E., *Somatic diseases and suicidal behaviour*, w: D. Wasserman, C. Wasserman (eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*, Oxford University Press, Oxford 2009:293–9.
117. Jordan J.R., McIntosh J.L. (eds.), *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement)*, Routledge, New York (NY) 2011.
118. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner Jr T.E., *The interpersonal theory of suicide*, Psychol Rev. 2010;117(2):575–600.
119. Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B., *Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers*, Lancet. 2002;360(9340):1126–30.
120. Mann J.J., Currier D.M., *Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression*, Eur Psychiatry. 2010;25(5):268–71.
121. Luxton D.D., June J.D., Comtois K.A., *Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence*, Crisis. 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158.
122. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 1.0*, WHO, Geneva 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf), dostę: 23.04.2014).
123. Fleischmann A., *Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries*, Bull WHO 2008;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995.
124. Michel K., Gysin-Maillart A. (eds.), *Kurztherapie nach Suizidversuch: ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program*, Germany, Verlag Hans Huber, 2013.
125. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D. et al., *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*, Eur Psychiatry. 2012;27(2):129–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
126. Pearson A., Saini P., Da Cruz D., Miles C., While D., Swinson N. et al., *Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness*, Br J Gen Pract. 2009;59 (568):825–32. doi:10.3399/bjgp09X472881.
127. Knox K.L., Pflanz S., Talcott G.W., Campise R.L., Lavigne J.E., Bajorska A. et al., *The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy*, Am J Public Health. 2010;100(12):2457–63.
128. Hegerl U., Rummel-Kluge C., Värnik A., Arensman E., Koburger N., *Alliances against depression – a community based approach to target depression and to prevent suicidal behavior*, Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(10):2404–9.
129. Hegerl U., Network E.A.A.D., *The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality*, Eur Psychiatry. 2009;24:164.
130. While D., Bickley H., Roscoe A., Windfuhr K., Rahman S., Shaw J. et al., *Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study*, Lancet. 2012;379(9820):1005–12.
131. Johnson J., Wood A.M., Gooding P., Taylor P.J., Tarrier N., *Resilience to suicidality: the buffering hypothesis*, Clin Psychol Rev. 2011;31:563–91.

132. Van Praag H., *The role of religion in suicide prevention*, w: D. Wasserman, C. Wasserman (eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*, Oxford University Press, Oxford 2009:7–12.
133. Rezaeian M., *Epidemiology of self-immolation*, Burns. 2013;39(1):184–6.
134. Sisask M., Värnik A., Kolves K., Konstabel K., Wasserman D., *Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt*, Nord J Psychiatry. 2008;62(6):431–5.
135. Luthar S.S. (ed.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*, Cambridge University Press, Cambridge 2003.
136. Davidson C.L., Babson K.A., Bonn-Miller M.O., Souter T., Vannoy S., *The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans*, Suicide Life Threat Behav. 2013;43(3):279–89.
137. Sarchiapone M., Mandelli L., Carli V., Iosue M., Wasserman C., Hadlaczky G. et al., *Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation*, Sleep Med. 2014;15(2):248–54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
138. Jané-Llopis E., Barry M., Hosman C., Patel V., *Mental health promotion works: a review*, Promot Educ. 2005;12(2):9–25.
139. Fergusson D.M., McLeod G.F., Horwood L.J., *Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand*, Child Abuse Negl. 2013;37(9):664–674. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
140. Mejdoubi J., van den Heijkant S.C., van Leerdam F.J., Heymans M.W., Hirasing R.A., Crijnen A.A., *Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial*, PLoS ONE. 2013;8(10):e78185. doi: 10.1371/journal.pone.0078185.
141. Olds D.L., Henderson C.R., Chamberlin R., Tatelbaum R., *Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation*, Pediatrics. 1986;78(1):65–78.
142. Chan C.S., Rhodes J.E., Howard W.J., Lowe S.R., Schwartz S.E., Herrera C., *Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships*, J Sch Psychol. 2013;51(1):129–42. doi: 10.1016/j.jsp.2012.10.001
143. Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Monahan K.C., Abbott R.D., Arthur M.W., *Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial*, Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(2):141–8. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.183.
144. Lewis K.M., DuBois D.L., Bavarian N., Acock A., Silverthorn N., Day J., *Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial*, J Adolesc Health, 2013;53(6):706–11. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.012.
145. *Public health action for the prevention of suicide: a framework*, WHO, Geneva 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf), dostę: 23.04.2014).
146. Soubrier J.P., *Looking back and ahead. Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives?* Forum – Prevention of Suicide Worldwide, World Psychiatry. 2004;3 (3):159–60.
147. Chandler M.J., Lalonde C.E., *Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations*, w: L. Kirmayer, G. Valaskakis (eds.), *The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and community*, University of British Columbia Press, Vancouver 2008:221–48.
148. Soubrier J.P., *Collaboration between psychiatrists and other physicians*, w: D. Wasserman (ed.), *Suicide – an unnecessary death*, Martin Dunitz Ltd, London 2001:231–6.
149. De Leo D., Cimitan A., Dyregrov K., Grad O., Andriessen K. (eds.), *Bereavement after traumatic death – helping the survivors*, Hogrefe Publishing, Boston (MA) 2014.



150. Coveney C.M., Pollock K., Armstrong S., Moore J., *Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline*, *Crisis*. 2012;33(6):313–24.
151. Mishara B.L., Chagnon F., Daigle M., Balan B., Raymond S., Marcoux I. et al., *Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network*, *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):291–307.
152. Mishara B.L., Weisstub D.N., *Suicide Laws: An International Review*, *International Journal of Law and Psychiatry*. 2014 (in press).
153. Benson K.M., *Evidence-based approaches to suicide prevention*, w: D. Lester, J.R. Rogers (eds.), *Suicide: a global issue*, Vol. 2: Prevention, ABC-CLIO, LLC, Santa Barbara (CA) 2013.
154. *Framework for program evaluation in public health*, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999 Sep 17;48(RR-11):1–40.
155. United Nations, *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*, New York (NY) 1996.
156. Thacker S.B., Berkelman R.L., *Public health surveillance in the United States*, *Epidemiol Rev.* 1988;10:164–90.
157. *How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change*, National Institute for Health and Clinical Excellence, London 2007 (<http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/barrierstochange.jsp>, dostę: 22.04.2014).
158. *Developing an effective evaluation plan*, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (GA) 2011.
159. De Leo D., Evans R.W., *International suicide rates and prevention strategies*, Hogrefe & Huber, Göttingen 2004.
160. Wasserman D., *Evaluating suicide prevention: various approaches needed*, *World Psychiatry*. 2004;3:153–4.
161. Wasserman G.A., McReynolds L.S., Musabegovic H., Whited A.L., Keating J.M., Huo Y., *Evaluating Project Connect: improving juvenile probationers' mental health and substance use service access*, *Adm Policy Ment Health*. 2009;36(6):393–405.
162. *Suicide Prevention Strategy 2013–2016*, Scottish Government, Edinburgh 2013 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616/downloads#res439429>, dostę: 14.04.2014).
163. *National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action. A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*, U.S. Department of Health and Human Services, Washington (DC) 2012.
164. Hjelmeland H., Dieserud G., Dyregrov K., Knizek B.L., Leenaars A.L., *Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed?*, *Death Stud.* 2012; 36(7):605–26.
165. Khan M.M., Hyder A.A., *Suicides in the developing world: case study from Pakistan*, *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(1):76–81.
166. Mitchell P. (ed.), *Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy*, Australian Institute of Family Studies, Melbourne 2000.
167. Scott A., Guo B. (eds.), *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? HEN synthesis report*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
168. Zechmeister I., Kilian R., McDaid D., *Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations*, *BMC Public Health*, 2008;22(8):20.
169. Wickramasinghe K., Steele P., Dawson A., Dharmaratne D., Gunawardena A., Senarathna L. et al., *Cost to government health-care services of treating acute self-poisonings in a rural district in Sri Lanka*, *Bull World Health Organ.* 2009;87:180–5.

170. Van Spijker B.A., Majo M.C., Smit F., van Straten A., Kerkhof A., *Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help*, J Med Internet Res. 2012;14:e141.
171. Byford S., Knapp M., Greenshields J., Ukoumunne O.C., Jones V., Thompson S. et al., *Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach*, Psychol Med. 2003;33:977–86.
172. Vos T., Carter R., Barendregt J., Mihalopoulos C., Veerman J.L., Magnus A. et al (red.), *Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-Prevention): final report*, University of Queensland and Deakin University, Brisbane and Melbourne 2010.
173. *Saving lives: our healthier nation*, Secretary of State for Health, London 1999 ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/265576/4386.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf), dostęp: 5.05.2014).
174. *National suicide prevention strategy for England. Annual report on progress*, National Mental Health Development Unit, London 2009 ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/265576/4386.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf), dostęp: 5.05.2014).

## Zalecana literatura polska

- Afirmacja życia. O zapobieganiu zachowaniom samobójczym. Poradnik dla duchownych Kościoła Rzymskokatolickiego w Polsce*, Warszawa–Płock 2016.
- Czabański A., *Samobójstwa altruistyczne*, Kraków 2009.
- Gmitrowicz A., Młodożeniec A., Makara-Studzińska M., *Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Diagnostyka, terapia, profilaktyka*, Warszawa 2015.
- Hołyst B. (red.), *Kondycja psychiczna społeczeństwa polskiego a samobójstwa*, Warszawa 2013.
- Hołyst B., *Na granicy życia i śmierci*, wyd.V rozszerzone, Warszawa 1999.
- Hołyst B., *Suicydologia*, wyd. 2 poprawione, Warszawa 2012.
- Jarosz M., *Samobójstwo. Dlaczego teraz?*, Warszawa 2013.
- Rosa K., Czabański A., *Percepcja zachowań samobójczych między opiniami a doświadczeniami*, Kraków 2014.
- Zapobieganie samobójstwom. Jak założyć grupę wsparcia dla osób po samobójstwie kogoś bliskiego*, Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa – Warszawa 2004.
- Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu*, Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa–Warszawa 2003.
- Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*, Światowa Organizacja Zdrowia, Rzecznik Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2007.
- Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej*, Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa–Warszawa 2003.
- „Suicydologia”, roczniki Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego – 2005, 2006, 2007, 2008, 2009/2010 – Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk i PTS; 2015 t. VII, 2016 t. VII, 2018 t. IX – WN PWN i Uczelnia Łazarskiego.

# Aneksy

**Aneks 1. Dane szacunkowe: ogólna liczba i współczynniki samobójstw z podziałem na płeć i wiek w latach 2000 i 2012\***

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieku*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.) rok 2012	Standaryzowane względem wieku*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.) rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku	5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat			
Afghanistan [Afganistan] (4)	ogółem	1205	4,0	0,8	7,5	6,1	8,3	12,6	5,7	6,1	–5,9
	K	643	4,4	0,9	9,8	5,4	5,4	8,5	5,3	4,7	14,4
	M	562	3,7	0,7	5,1	6,7	11,4	17,9	6,2	7,6	–17,6
Albania (2)	ogółem	205	6,5	0,8	5,3	7,0	9,1	19,3	5,9	7,0	–15,3
	K	93	5,9	1,0	4,9	5,8	8,3	17,4	5,2	5,6	–7,0
	M	112	7,1	0,6	5,7	8,3	9,9	21,4	6,6	8,5	–22,0
Algieria (4)	ogółem	677	1,8	0,3	2,2	2,1	2,5	6,1	1,9	2,2	–12,8
	K	277	1,5	0,3	2,0	1,6	1,8	5,1	1,5	1,9	–16,8
	M	400	2,1	0,4	2,3	2,6	3,2	7,3	2,3	2,6	–10,6
Angola (4)	ogółem	2206	10,6	2,3	21,4	17,4	13,7	18,8	13,8	9,2	50,3
	K	612	5,8	1,9	11,7	8,2	7,9	10,7	7,3	4,4	64,8
	M	1594	15,5	2,7	31,3	26,8	20,2	29,3	20,7	14,3	45,1
Argentina [Argentyna] (2)	ogółem	4418	10,8	1,1	13,8	10,9	15,8	21,6	10,3	12,4	–17,1
	K	901	4,3	0,9	5,3	4,7	5,9	7,0	4,1	5,1	–20,4
	M	3517	17,5	1,2	21,9	17,3	26,9	45,6	17,2	20,6	–16,5
Armenia (2)	ogółem	98	3,3	0,3	2,8	3,6	4,6	8,8	2,9	3,2	–8,1
	K	17	1,2	0,2	0,9	0,7	1,2	5,2	0,9	1,0	–5,2
	M	81	5,3	0,4	4,3	6,4	8,3	14,0	5,0	5,9	–14,8
Australia (1)	ogółem	2679	11,6	0,6	12,2	17,2	13,2	12,9	10,6	11,9	–10,6
	K	649	5,6	0,8	6,5	7,9	6,2	5,4	5,2	5,0	4,6
	M	2030	17,7	0,4	17,5	26,5	20,4	22,2	16,1	18,9	–15,1
Austria (1)	ogółem	1319	15,6	1,0	9,5	14,3	21,5	32,9	11,5	16,3	–29,7
	K	330	7,6	0,7	3,3	6,5	12,2	14,0	5,4	7,4	–27,2
	M	989	23,9	1,3	15,5	22,1	31,3	61,2	18,2	26,7	–32,1
Azerbajdżan [Azarbejdżan] (2)	ogółem	154	1,7	0,2	1,6	1,8	2,6	5,2	1,7	1,7	–4,6
	K	48	1,0	0,2	1,2	0,8	1,3	4,3	1,0	0,9	17,6
	M	106	2,3	0,3	2,1	2,9	4,1	6,6	2,4	2,7	–12,8

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku	5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat			
Bahamas [Bahamy] (2)	ogółem	9	2,3	0,2	1,0	1,8	4,5	14,8	2,3	3,0	–23,6
	K	3	1,4	0,2	0,6	0,9	2,2	9,2	1,3	2,1	–39,7
	M	6	3,3	0,3	1,4	2,7	7,1	23,6	3,6	4,2	–13,2
Bahrain (2)	ogółem	96	7,3	1,1	8,7	8,2	8,9	36,4	8,1	8,0	0,1
	K	11	2,2	0,3	2,9	2,2	3,2	16,6	2,9	3,0	–3,4
	M	85	10,3	1,7	12,1	11,0	12,2	57,1	11,6	11,8	–1,8
Bangladesh [Bangladesz] (4)	ogółem	10 167	6,6	1,0	8,1	6,4	13,6	28,9	7,8	7,8	–0,1
	K	5773	7,6	1,3	10,8	6,6	13,9	31,6	8,7	8,2	5,8
	M	4394	5,6	0,7	5,5	6,1	13,4	26,4	6,8	7,3	–6,8
Barbados (2)	ogółem	7	2,6	0,2	2,2	2,2	4,0	8,1	2,3	3,4	–33,6
	K	1	0,7	0,1	0,5	0,6	0,8	2,5	0,6	1,0	–44,7
	M	6	4,6	0,3	3,7	3,7	7,4	16,7	4,1	6,0	–31,3
Belarus [Białoruś] (1)	ogółem	2051	21,8	0,9	20,1	27,2	26,0	31,7	18,3	35,5	–48,4
	K	400	7,9	0,5	6,2	8,9	9,5	13,4	6,4	8,8	–27,9
	M	1651	37,8	1,2	33,4	46,6	47,0	76,6	32,7	66,2	–50,6
Belgium [Belgia] (1)	ogółem	1955	17,7	0,7	9,5	24,1	24,6	25,1	14,2	18,0	–21,1
	K	548	9,7	0,5	4,9	11,1	16,4	12,4	7,7	9,2	–16,4
	M	1407	25,9	0,8	14,0	36,8	33,0	43,8	21,0	27,4	–23,1
Belize (1)	ogółem	7	2,0	0,3	1,6	2,7	2,5	21,9	2,6	3,9	–32,6
	K	1	0,6	0,0	1,2	0,8	0,0	0,0	0,5	0,6	–12,1
	M	6	3,5	0,5	1,9	4,7	5,0	48,6	4,9	7,3	–32,2
Benin (4)	ogółem	367	3,7	0,7	5,5	4,5	8,0	26,5	5,7	6,0	–5,5
	K	105	2,1	0,5	3,1	2,2	5,0	14,1	3,1	3,2	–2,2
	M	262	5,2	1,0	7,9	6,7	11,3	44,7	8,8	9,6	–7,7
Bhutan (4)	ogółem	118	16,0	1,9	15,7	24,6	28,8	37,9	17,8	23,8	–25,1
	K	35	10,2	1,4	13,1	14,2	16,7	19,1	11,2	16,1	–30,5
	M	83	20,9	2,4	18,0	32,4	38,2	53,0	23,1	30,6	–24,5
Bolivia [Boliwia] (2)	ogółem	1224	11,7	4,8	20,6	13,3	12,0	13,9	12,2	12,5	–2,2
	K	450	8,6	4,9	17,2	7,7	5,5	8,6	8,5	9,3	–9,4
	M	774	14,8	4,8	23,9	19,1	19,2	20,9	16,2	15,9	2,0
Bosnia and Herzegovina [Bośnia i Hercegowina](2)	ogółem	532	13,9	0,4	6,8	13,2	23,8	29,0	10,8	12,0	–10,6
	K	114	5,8	0,3	1,4	4,4	10,3	15,1	4,1	4,9	–16,5
	M	418	22,3	0,5	12,0	22,1	38,8	48,2	18,0	20,2	–10,7

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standardyzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standardyzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku								
			5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat				
Botswana (4)	ogółem	65	3,2	0,6	4,5	3,8	5,2	12,6	3,8	4,1	–7,8
	K	17	1,7	0,3	2,2	1,4	3,4	8,7	2,0	2,3	–11,8
	M	48	4,7	0,8	6,9	5,9	7,4	19,4	5,7	6,2	–7,0
Brazyl [Brazylia] (1)	ogółem	11 821	6,0	0,4	6,7	8,4	8,0	9,8	5,8	5,3	10,4
	K	2623	2,6	0,3	2,6	3,7	3,8	3,3	2,5	2,1	17,8
	M	9198	9,4	0,4	10,7	13,3	12,7	18,5	9,4	8,7	8,2
Brunei Darussalam (2)	ogółem	25	6,2	0,2	6,0	8,0	11,2	15,1	6,4	5,5	16,9
	K	10	4,9	0,2	4,5	6,1	9,3	13,7	5,2	4,2	24,2
	M	15	7,4	0,2	7,5	10,0	13,0	16,7	7,7	6,8	12,6
Bulgaria [Bułgaria] (2)	ogółem	1054	14,5	0,8	8,0	14,4	21,2	24,1	10,8	15,5	–30,5
	K	288	7,7	0,5	3,2	6,9	10,6	14,9	5,3	8,0	–34,3
	M	766	21,6	1,1	12,5	21,5	33,1	38,6	16,6	23,5	–29,3
Burkina Faso (4)	ogółem	485	3,0	0,6	4,8	3,9	6,4	21,5	4,8	4,8	0,0
	K	151	1,8	0,4	2,9	1,9	4,5	12,7	2,8	2,6	8,1
	M	334	4,1	0,8	6,7	5,9	9,0	36,0	7,3	7,6	–3,8
Burundi (4)	ogółem	1617	16,4	5,2	27,3	21,0	29,2	82,4	23,1	19,6	17,8
	K	401	8,0	4,2	11,4	7,0	16,7	70,8	12,5	10,3	21,7
	M	1216	25,0	6,3	44,2	35,1	41,7	96,5	34,1	29,6	15,4
Cabo Verde [Republika Zielonego Przylądka] (4)	ogółem	20	3,9	0,3	2,5	2,7	7,2	38,7	4,8	5,4	–12,3
	K	4	1,5	0,1	0,6	0,8	2,8	14,2	1,6	2,0	–18,2
	M	16	6,4	0,6	4,3	4,5	12,8	77,7	9,1	10,0	–8,7
Cambodia [Kambodża] (4)	ogółem	1339	9,0	2,1	13,0	12,8	9,4	15,8	9,4	11,5	–18,0
	K	474	6,2	1,8	8,7	6,9	9,2	11,5	6,5	8,5	–24,2
	M	865	11,9	2,4	17,2	19,2	9,7	21,9	12,6	14,9	–15,2
Cameroon [Kamerun] (4)	ogółem	1071	4,9	1,2	7,9	6,0	8,6	30,5	7,0	6,8	3,1
	K	257	2,4	0,7	3,2	2,7	5,6	15,1	3,4	3,4	0,9
	M	814	7,5	1,7	12,5	9,2	11,8	49,6	10,9	10,5	3,6
Canada [Kanada] (1)	ogółem	3984	11,4	0,6	10,0	15,2	15,6	11,3	9,8	11,0	–11,1
	K	958	5,5	0,5	5,2	7,1	8,0	3,3	4,8	4,9	–2,8
	M	3026	17,5	0,6	14,6	23,2	23,5	22,0	14,9	17,2	–13,5
Central African Republic [Republika Środkowej Afryki] (4)	ogółem	356	7,9	1,4	13,1	11,6	11,3	17,8	9,5	7,8	22,7
	K	100	4,4	1,3	6,7	5,6	7,5	11,8	5,3	4,5	18,4
	M	256	11,5	1,6	19,6	17,7	15,9	26,1	14,1	11,3	24,6

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku	5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat			
Chad [Czad] (4)	ogółem	336	2,7	0,5	4,1	4,0	7,4	21,4	4,7	4,5	4,2
	K	81	1,3	0,4	1,7	1,5	4,8	10,6	2,3	2,1	8,5
	M	255	4,1	0,7	6,4	6,5	10,3	34,5	7,4	7,2	2,4
Chile (1)	ogółem	2262	13,0	1,0	16,5	16,0	16,2	16,8	12,2	10,7	14,3
	K	533	6,0	1,1	8,0	7,9	6,9	5,0	5,8	2,9	98,6
	M	1729	20,0	0,9	24,8	24,2	26,1	33,9	19,0	19,1	–0,7
China [Chiny] (3)	ogółem	120 730	8,7	0,5	4,2	5,1	15,7	51,5	7,8	19,4	–59,6
	K	67 542	10,1	0,5	5,9	7,1	17,0	47,7	8,7	21,7	–59,7
	M	53 188	7,4	0,4	2,7	3,2	14,4	55,8	7,1	17,4	–59,3
Colombia [Kolumbia] (1)	ogółem	2517	5,3	1,1	8,0	6,4	6,6	7,1	5,4	7,0	–22,8
	K	471	1,9	1,2	3,6	1,6	2,2	0,4	1,9	3,0	–35,6
	M	2046	8,7	0,9	12,4	11,4	11,5	16,3	9,1	11,3	–19,3
Comoros [Komory] (4)	ogółem	76	10,5	1,9	12,9	13,0	28,6	82,1	16,9	15,6	8,6
	K	21	6,0	1,5	6,5	5,5	16,3	67,0	10,3	9,6	7,4
	M	54	14,9	2,2	19,2	20,5	41,4	101,6	24,0	21,9	9,7
Congo [Kongo] (4)	ogółem	338	7,8	1,4	14,4	11,7	10,1	16,8	9,6	10,5	–8,7
	K	82	3,8	1,0	6,7	5,3	5,3	9,1	4,6	5,6	–17,6
	M	256	11,8	1,7	22,1	18,1	15,1	26,2	14,7	15,6	–5,6
Costa Rica [Kostaryka] (1)	ogółem	331	6,9	0,6	7,9	10,4	8,5	7,2	6,7	7,0	–3,7
	K	53	2,2	0,2	3,2	3,2	2,5	0,6	2,2	1,8	24,6
	M	278	11,4	1,0	12,3	17,4	14,5	15,1	11,2	12,1	–7,8
Côte d'Ivoire [Wybrzeże Kości Słoniowej] (4)	ogółem	1064	5,4	1,5	8,5	6,8	9,1	26,7	7,4	6,5	15,0
	K	279	2,9	1,0	4,1	3,7	6,2	13,7	4,1	3,5	16,3
	M	785	7,8	2,0	12,8	9,7	11,4	37,7	10,6	9,2	15,5
Croatia [Chorwacja] (1)	ogółem	709	16,5	0,4	8,0	14,6	23,2	37,2	11,6	16,4	–29,1
	K	155	7,0	0,1	2,7	5,1	9,7	16,0	4,5	6,9	–35,5
	M	554	26,7	0,6	13,0	23,9	37,8	73,0	19,8	27,4	–27,8
Cuba [Kuba] (1)	ogółem	1649	14,6	0,8	6,0	14,8	24,4	36,1	11,4	14,6	–21,9
	K	334	6,0	1,5	1,5	4,2	13,4	12,0	4,5	8,7	–48,1
	M	1315	23,2	0,1	10,2	25,0	35,7	65,1	18,5	20,8	–11,3
Cyprus [Cypr] (1)	ogółem	58	5,2	0,0	5,9	7,8	5,0	4,7	4,7	1,3	269,8
	K	9	1,6	0,0	2,4	2,0	1,5	1,5	1,5	1,1	41,5
	M	49	8,6	0,0	9,0	13,1	8,6	8,7	7,7	1,5	416,9

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku	5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat			
Czech Republic [Republika Czeska] (1)	ogółem	1663	15,6	0,2	10,6	17,8	23,8	19,4	12,5	13,7	–8,4
	K	269	5,0	0,0	3,6	5,5	6,8	7,3	3,9	5,2	–24,8
	M	1394	26,6	0,3	17,1	29,5	42,0	39,0	21,5	23,0	–6,5
Democratic People's Re- public of Korea [Korea Północja, Koreańska Republika Ludowo-Demokratyczna] (4)	ogółem	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	K	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	M	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Democratic Republic of the Congo [Demokratyczna Repu- blika Konga] (4)	ogółem	5248	8,0	1,9	14,9	12,5	11,0	15,2	10,1	8,0	26,3
	K	1287	3,9	1,6	7,2	4,9	5,7	8,4	4,8	3,6	32,7
	M	3961	12,1	2,3	22,6	20,3	16,8	24,3	15,8	12,8	23,6
Denmark [Dania] (1)	ogółem	626	11,2	0,2	5,7	12,9	18,3	16,9	8,8	12,0	–27,0
	K	154	5,5	0,1	2,9	5,1	9,8	8,4	4,1	6,0	–31,6
	M	471	17,0	0,2	8,4	20,7	26,9	28,2	13,6	18,4	–26,2
Djibouti [Dżibuti] (4)	ogółem	92	10,7	1,8	12,5	9,8	22,7	85,3	15,1	14,7	2,9
	K	27	6,3	1,4	6,4	4,4	13,4	69,9	9,5	9,3	2,1
	M	65	15,0	2,2	18,5	15,1	32,4	103,9	20,9	20,2	3,4
Dominican Republic [Dominikana] (2)	ogółem	375	3,7	0,4	3,3	4,7	7,1	13,8	4,1	5,9	–31,1
	K	95	1,9	0,4	1,4	2,1	4,0	7,9	2,1	3,1	–34,2
	M	280	5,4	0,3	5,2	7,3	10,3	20,3	6,1	8,6	–29,4
Ecuador [Ekwador] (2)	ogółem	1377	8,9	2,0	15,7	8,6	10,7	15,9	9,2	8,9	3,4
	K	410	5,3	1,8	10,9	4,0	4,4	9,4	5,3	5,7	–8,0
	M	967	12,5	2,2	20,4	13,4	17,4	23,4	13,2	12,1	9,0
Egypt [Egipt] (2)	ogółem	1264	1,6	0,3	1,9	2,0	2,4	5,3	1,7	2,6	–33,6
	K	433	1,1	0,2	1,3	1,2	1,6	4,2	1,2	2,1	–45,3
	M	831	2,1	0,4	2,4	2,8	3,3	7,1	2,4	3,1	–24,1
El Salvador [Salwador] (2)	ogółem	806	12,8	1,6	17,6	18,1	17,5	20,6	13,6	13,7	–1,3
	K	191	5,8	1,8	9,6	5,9	6,5	6,9	5,7	7,5	–24,5
	M	615	20,6	1,5	25,8	34,0	32,1	39,3	23,5	21,3	10,1
Equatorial Guinea [Gwinea Równikowa] (4)	ogółem	102	13,9	2,7	24,8	18,3	19,5	30,1	16,6	13,8	20,4
	K	26	7,4	2,1	14,3	7,5	10,4	16,4	8,6	6,3	35,6
	M	76	20,1	3,2	35,2	28,1	27,2	44,8	24,1	20,8	15,9

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku								
			5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat				
Eritrea [Erytra] (4)	ogółem	510	8,3	1,0	8,3	11,6	35,0	79,0	16,3	16,4	–0,4
	K	124	4,0	0,6	3,0	4,1	18,0	57,8	8,7	9,2	–5,5
	M	386	12,6	1,3	13,6	19,4	55,1	116,6	25,8	25,3	2,0
Estonia (1)	ogółem	227	17,5	1,6	13,3	15,6	25,1	33,6	13,6	25,0	–45,9
	K	46	6,6	0,0	3,7	3,1	7,3	19,5	3,8	9,5	–59,7
	M	181	30,2	3,0	22,6	28,3	47,8	65,5	24,9	43,6	–42,8
Ethiopia [Etiopia] (4)	ogółem	6852	7,5	1,7	10,7	8,1	15,9	61,3	11,5	13,1	–12,7
	K	1781	3,9	1,2	4,1	2,7	9,5	52,2	6,7	7,5	–11,1
	M	5071	11,1	2,1	17,2	13,6	22,9	71,4	16,5	18,9	–13,0
Fiji [Fidzi] (2)	ogółem	52	5,9	0,3	3,8	6,1	14,5	36,5	7,3	8,5	–13,7
	K	14	3,2	0,2	1,7	2,6	7,8	27,0	4,1	5,5	–25,4
	M	38	8,5	0,3	5,8	9,4	21,3	48,4	10,6	11,5	–8,4
Finland [Finlandia] (1)	ogółem	901	16,7	0,3	18,8	21,0	21,2	16,5	14,8	20,8	–28,9
	K	224	8,1	0,1	10,7	10,0	10,9	5,6	7,5	10,0	–25,3
	M	677	25,5	0,5	26,6	31,5	31,8	33,3	22,2	31,8	–30,2
France [Francja] (1)	ogółem	10 093	15,8	0,6	7,6	19,3	23,1	28,9	12,3	14,9	–17,2
	K	2618	7,9	0,5	3,2	8,8	13,0	12,7	6,0	7,4	–19,5
	M	7475	24,2	0,6	11,8	29,9	34,1	54,0	19,3	23,3	–17,4
Gabon (4)	ogółem	114	7,0	0,9	12,0	8,8	9,6	20,4	8,2	7,9	3,8
	K	31	3,8	0,8	6,2	4,5	5,7	12,1	4,5	4,3	3,0
	M	83	10,1	1,1	17,6	13,1	13,7	31,5	12,1	11,7	3,2
Gambia (4)	ogółem	58	3,2	0,8	5,4	4,3	6,3	20,9	5,0	5,2	–3,1
	K	15	1,6	0,5	2,3	2,2	4,3	9,9	2,6	2,7	–4,8
	M	43	4,9	1,2	8,7	6,6	8,3	31,7	7,6	7,7	–1,9
Georgia [Gruzja] (2)	ogółem	164	3,8	0,4	2,9	4,4	4,7	8,1	3,2	4,3	–26,1
	K	32	1,4	0,1	1,4	0,8	1,3	4,4	1,0	1,4	–25,2
	M	132	6,4	0,6	4,5	8,4	8,8	14,3	5,7	7,6	–25,3
Germany [Niemcy] (1)	ogółem	10 745	13,0	0,3	7,7	12,7	16,9	23,7	9,2	11,1	–17,0
	K	2621	6,2	0,2	3,1	5,6	8,0	11,6	4,1	5,2	–20,2
	M	8124	20,0	0,3	12,0	19,4	26,0	40,7	14,5	17,5	–17,4
Ghana (4)	ogółem	577	2,3	0,5	3,4	2,4	4,1	13,7	3,1	2,6	18,0
	K	205	1,6	0,4	2,0	1,6	3,5	9,6	2,2	1,8	19,4
	M	372	3,0	0,6	4,7	3,3	4,8	19,7	4,2	3,4	23,4



Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku	5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat			
Greece [Grecja] (2)	ogółem	548	4,9	0,1	3,0	5,9	6,4	7,6	3,8	3,4	10,5
	K	99	1,8	0,0	0,9	1,9	2,4	2,8	1,3	1,2	8,5
	M	449	8,2	0,1	5,0	9,7	10,6	14,1	6,3	5,7	10,3
Guatemala (2)	ogółem	1101	7,3	1,5	12,8	10,3	9,9	15,0	8,7	7,2	20,6
	K	317	4,1	1,5	8,4	4,5	3,3	4,9	4,3	3,4	27,2
	M	784	10,7	1,6	17,2	17,5	17,4	26,7	13,7	11,4	20,1
Guinea [Gwinea] (4)	ogółem	377	3,3	0,9	5,3	4,0	5,9	17,7	4,7	4,7	–1,3
	K	95	1,7	0,6	2,3	1,8	3,9	9,1	2,4	2,5	–3,7
	M	282	4,9	1,2	8,2	6,1	8,1	28,2	7,1	7,1	–0,7
Guinea-Bissau [Gwinea Bissau] (4)	ogółem	52	3,1	0,6	4,8	3,0	6,7	23,1	4,7	4,3	7,9
	K	14	1,6	0,4	2,5	1,2	4,1	11,8	2,4	2,4	1,3
	M	38	4,5	0,8	7,2	4,8	9,4	36,	7,2	6,6	9,5
Guyana [Gujana] (2)	ogółem	277	34,8	2,9	29,7	64,0	81,4	95,1	44,2	48,3	–8,5
	K	72	18,3	2,8	17,6	29,3	38,5	51,1	22,1	24,6	–10,0
	M	205	50,8	2,9	41,6	98,3	126,6	206,9	70,8	72,2	–1,9
Haiti (2)	ogółem	235	2,3	1,1	2,5	2,9	4,6	8,0	2,8	3,1	–9,7
	K	107	2,1	1,3	2,4	2,3	3,8	6,3	2,4	2,5	–5,6
	M	128	2,5	0,9	2,6	3,7	5,4	10,1	3,3	3,8	–13,0
Honduras (4)	ogółem	387	4,9	1,4	7,3	6,5	7,1	9,6	5,5	5,6	–2,1
	K	110	2,8	1,2	5,3	2,8	2,0	3,0	2,8	2,9	–4,5
	M	277	7,0	1,5	9,3	10,3	12,3	17,4	8,3	8,4	–0,8
Hungary [Węgry] (1)	ogółem	2519	25,3	0,6	10,9	26,2	41,1	42,3	19,1	25,7	–25,8
	K	567	10,8	0,5	3,4	9,2	17,6	20,4	7,4	10,6	–29,7
	M	1952	41,2	0,6	18,1	42,8	69,6	84,4	32,4	43,1	–24,7
Iceland [Islandia] (1)	ogółem	49	15,1	0,0	8,2	28,4	22,9	7,0	14,0	16,4	–14,5
	K	12	7,5	0,0	4,5	9,8	17,1	2,5	6,7	6,0	11,8
	M	37	22,5	0,0	11,9	46,4	28,6	12,5	21,0	26,5	–20,7
India [Indie] (3)	ogółem	258 075	20,9	2,0	35,5	28,0	20,0	20,9	21,1	23,3	–9,2
	K	99 977	16,7	2,4	36,1	17,2	11,1	11,2	16,4	20,3	–19,1
	M	158 098	24,7	1,6	34,9	38,0	28,9	32,7	25,8	26,2	–1,6
Indonesia [Indonezja] (4)	ogółem	9106	3,7	0,3	3,6	3,9	7,4	18,4	4,3	5,4	–19,6
	K	5206	4,2	0,4	3,6	4,2	9,0	22,1	4,9	5,9	–18,4
	M	3900	3,1	0,2	3,6	3,6	5,8	13,5	3,7	4,7	–21,0

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku								
			5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat				
Iran (Islamic Republic of) (2)	ogółem	4069	5,3	0,7	7,8	5,6	5,0	16,1	5,2	7,2	–28,0
	K	1369	3,6	0,6	5,5	3,0	3,7	13,4	3,6	6,4	–43,7
	M	2700	7,0	0,8	10,0	8,1	6,5	18,6	6,7	7,9	–15,5
Iraq [Irak] (2)	ogółem	376	1,2	0,3	1,4	1,7	2,5	7,1	1,7	1,4	16,0
	K	246	1,5	0,3	2,0	2,0	2,7	9,1	2,1	1,9	11,8
	M	130	0,8	0,2	0,7	1,4	2,1	4,3	1,2	1,0	22,2
Ireland [Irlandia] (1)	ogółem	524	11,5	0,8	14,5	15,7	15,4	7,1	11,0	12,1	–9,0
	K	126	5,5	0,5	6,2	7,4	8,3	3,4	5,2	4,2	23,0
	M	398	17,5	1,0	23,1	24,2	22,6	12,0	16,9	19,9	–15,3
Israel [Izrael] (1)	ogółem	471	6,2	0,2	4,7	7,8	11,5	14,7	5,9	6,5	–8,2
	K	94	2,4	0,1	1,8	3,3	5,0	3,4	2,3	2,6	–10,7
	M	377	10,0	0,2	7,4	12,5	18,5	30,3	9,8	10,6	–6,9
Italy [Włochy] (1)	ogółem	3908	6,4	0,2	3,4	6,7	8,9	10,8	4,7	5,0	–7,4
	K	817	2,6	0,1	1,3	2,7	3,7	4,0	1,9	2,4	–22,4
	M	3091	10,5	0,3	5,4	10,7	14,4	20,6	7,6	8,0	–4,3
Jamaica [Jamajka] (2)	ogółem	33	1,2	0,2	1,2	1,4	1,5	4,6	1,2	1,1	4,4
	K	10	0,7	0,2	0,8	0,7	0,8	2,7	0,7	0,6	7,8
	M	23	1,7	0,3	1,5	2,2	2,3	7,0	1,8	1,7	4,2
Japan [Japonia] (1)	ogółem	29 442	23,1	0,5	18,4	26,8	31,8	25,5	18,5	18,8	–1,9
	K	8554	13,1	0,3	10,8	14,3	16,2	17,1	10,1	9,9	2,1
	M	20 888	33,7	0,7	25,7	38,9	48,0	37,6	26,9	28,1	–4,0
Jordan [Jordania] (2)	ogółem	114	1,6	0,3	2,2	2,1	2,7	6,8	2,0	2,4	–15,0
	K	54	1,6	0,3	2,4	2,0	2,1	6,1	1,9	2,1	–10,8
	M	60	1,7	0,3	2,0	2,2	3,3	7,5	2,2	2,7	–18,0
Kazakhstan [Kazachstan] (1)	ogółem	3911	24,0	3,2	30,8	34,4	28,8	28,8	23,8	37,6	–36,7
	K	788	9,4	2,4	15,0	10,5	9,5	11,9	9,3	12,6	–26,1
	M	3123	39,8	4,0	46,6	59,8	53,6	63,4	40,6	66,9	–39,3
Kenya [Kenia] (4)	ogółem	4647	10,8	2,4	16,2	13,2	21,4	78,7	16,2	16,5	–1,6
	K	1050	4,9	1,6	5,7	4,3	10,9	62,4	8,4	9,2	–8,8
	M	3597	16,7	3,2	26,8	22,0	33,2	98,8	24,4	24,0	1,7
Kuwait [Kuwejt] (1)	ogółem	33	1,0	0,3	1,4	1,3	1,2	0,0	0,9	1,4	–35,0
	K	12	0,9	0,4	1,4	1,3	0,3	0,0	0,8	1,3	–39,4
	M	21	1,1	0,2	1,3	1,3	1,7	0,0	1,0	1,4	–33,6

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wieku), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku								
			5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat				
Kyrgyzstan [Kirgistan] (1)	ogółem	476	8,7	0,8	11,6	13,3	11,3	14,4	9,2	15,4	–40,2
	K	123	4,4	0,4	7,3	5,5	3,1	12,2	4,5	5,8	–22,2
	M	353	13,1	1,2	15,9	21,3	21,0	17,9	14,2	26,0	–45,1
Lao People's Democratic Republic [Laos] (4)	ogółem	422	6,4	0,4	6,9	8,4	15,6	36,4	8,8	14,4	–38,9
	K	161	4,8	0,3	4,7	5,6	13,3	29,2	6,6	11,8	–44,2
	M	261	7,9	0,5	9,1	11,5	18,1	45,9	11,2	17,2	–34,6
Latvia [Łotwa] (1)	ogółem	419	20,4	0,3	13,8	23,9	30,4	26,2	16,2	29,0	–44,2
	K	68	6,1	0,3	2,8	4,9	9,4	10,7	4,3	9,3	–54,1
	M	351	37,3	0,3	24,5	43,5	58,2	62,4	30,7	52,8	–42,0
Lebanon [Liban] (4)	ogółem	43	0,9	0,1	0,6	0,6	1,5	5,6	0,9	1,7	–46,4
	K	14	0,6	0,1	0,7	0,4	0,6	3,4	0,6	1,2	–52,5
	M	29	1,2	0,1	0,6	0,8	2,3	7,9	1,2	2,2	–45,5
Lesotho (4)	ogółem	110	5,4	1,4	8,3	6,3	7,2	16,8	6,1	4,0	53,7
	K	32	3,1	1,1	4,6	3,0	4,5	10,1	3,4	2,3	49,8
	M	78	7,7	1,7	12,0	9,6	11,5	27,6	9,2	6,0	53,8
Liberia (4)	ogółem	110	2,6	0,5	3,7	2,9	6,7	21,3	4,3	5,0	–14,1
	K	26	1,2	0,3	1,5	1,1	4,0	10,1	2,0	2,2	–9,0
	M	84	4,0	0,6	5,8	4,6	9,6	34,6	6,8	7,9	–14,8
Libya [Libia] (4)	ogółem	91	1,5	0,2	1,4	1,7	3,0	8,4	1,8	2,7	–33,7
	K	38	1,2	0,2	1,5	1,4	1,7	5,8	1,4	2,0	–31,8
	M	53	1,7	0,2	1,2	1,9	4,2	11,7	2,2	3,3	–32,9
Lithuania [Litwa] (1)	ogółem	1007	33,3	0,6	26,8	46,6	43,6	35,3	28,2	44,9	–37,2
	K	177	10,9	0,4	6,5	14,0	11,3	20,2	8,4	15,0	–44,4
	M	830	59,5	0,7	46,5	80,8	86,0	72,5	51,0	79,3	–35,6
Luxembourg [Luksemburg] (1)	ogółem	56	10,8	0,3	6,1	12,9	18,9	13,4	8,7	13,3	–34,7
	K	14	5,5	0,0	4,4	5,7	8,0	9,6	4,4	7,1	–38,5
	M	42	16,1	0,6	7,7	19,9	29,6	19,0	13,0	20,0	–35,0
Madagascar [Madagaskar] (4)	ogółem	1625	7,3	2,2	10,6	8,0	16,0	52,4	11,0	10,8	1,0
	K	474	4,2	1,5	5,6	3,2	10,3	44,3	6,9	7,2	–3,6
	M	1151	10,4	2,9	15,6	12,9	22,2	61,8	15,2	14,6	3,8
Malawi (4)	ogółem	1376	8,7	1,6	10,5	9,7	24,7	96,7	16,0	13,1	22,5
	K	370	4,7	1,4	5,0	2,8	12,4	70,0	8,9	7,1	26,0
	M	1006	12,6	1,8	15,9	16,4	39,4	129,0	23,9	19,6	22,1

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieku*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieku*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku								
			5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat				
Malaysia [Malezja] (2)	ogółem	771	2,6	0,1	2,3	2,8	5,5	13,3	3,0	4,0	–23,9
	K	183	1,2	0,1	1,0	1,1	2,9	7,7	1,5	2,3	–35,4
	M	588	4,2	0,2	3,8	4,7	8,1	18,6	4,7	5,7	–18,1
Maldives [Malediwy] (2)	ogółem	17	5,0	0,5	4,1	4,1	11,9	40,2	6,4	20,9	–69,4
	K	6	3,6	0,4	2,2	2,4	9,9	36,9	4,9	18,3	–73,0
	M	11	6,4	0,5	5,9	6,0	13,8	43,0	7,8	23,3	–66,4
Mali (4)	ogółem	411	2,8	0,6	4,3	3,5	6,3	25,8	4,8	5,2	–7,7
	K	129	1,7	0,5	2,9	1,8	4,0	12,6	2,7	2,8	–4,2
	M	282	3,8	0,6	5,5	5,3	9,2	42,1	7,2	7,8	–8,8
Malta (1)	ogółem	29	6,8	0,0	4,0	11,2	8,6	5,6	6,0	6,0	–0,3
	K	2	0,7	0,0	2,1	0,0	1,2	0,0	0,7	2,2	–68,8
	M	27	12,8	0,0	5,8	21,8	16,1	13,0	11,1	9,8	13,0
Mauritania [Mauretania] (4)	ogółem	67	1,8	0,3	2,4	1,8	4,0	17,6	2,9	3,1	–5,6
	K	18	1,0	0,2	1,2	0,8	2,5	9,2	1,5	1,6	–5,6
	M	49	2,6	0,4	3,5	2,7	5,6	29,1	4,5	4,8	–5,0
Mauritius (1)	ogółem	105	8,5	0,8	10,7	12,1	8,8	7,4	8,0	9,8	–18,5
	K	19	3,0	1,4	4,5	3,0	3,4	2,8	2,9	5,0	–42,7
	M	86	14,1	0,2	16,8	21,1	14,5	14,4	13,2	14,8	–10,6
Mexico [Meksyk] (1)	ogółem	4951	4,1	0,9	6,0	5,3	5,1	5,8	4,2	3,6	16,6
	K	1055	1,7	0,8	3,1	2,0	1,3	0,5	1,7	1,1	55,1
	M	3896	6,7	1,0	8,9	9,1	9,6	12,7	7,1	6,5	10,0
Mongolia (4)	ogółem	261	9,4	0,7	8,9	15,7	13,6	19,0	9,8	10,4	–6,3
	K	47	3,4	0,3	3,4	4,6	5,4	11,6	3,7	5,6	–34,9
	M	214	15,5	1,0	14,3	27,1	23,1	29,8	16,3	15,4	5,9
Montenegro [Czarnogóra] (2)	ogółem	117	18,9	0,8	11,2	17,4	31,0	48,7	15,3	11,3	35,0
	K	28	9,0	0,3	3,2	5,8	15,0	30,1	6,4	5,0	28,8
	M	89	29,0	1,2	18,8	29,3	48,1	74,9	24,7	18,2	36,2
Morocco [Maroko] (2)	ogółem	1629	5,0	0,9	5,9	6,4	7,2	14,4	5,3	2,7	97,8
	K	198	1,2	0,2	1,7	1,3	1,3	3,7	1,2	1,3	–6,1
	M	1431	8,9	1,5	10,1	12,0	13,5	30,1	9,9	4,2	135,0
Mozambique [Mozambik] (4)	ogółem	4360	17,3	5,0	25,2	19,2	36,7	144,7	27,4	24,6	11,5
	K	1639	12,7	4,5	14,2	10,5	29,4	147,9	21,1	19,1	11,0
	M	2721	22,1	5,4	36,3	29,3	45,4	140,1	34,2	30,9	10,5

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku								
			5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat				
Myanmar (4)	ogółem	6558	12,4	1,3	15,7	12,7	19,4	41,7	13,1	12,1	8,2
	K	2704	10,0	1,1	11,8	10,3	15,7	31,6	10,3	10,3	–0,2
	M	3854	15,0	1,5	19,8	15,2	23,8	55,8	16,5	14,3	15,5
Namibia (4)	ogółem	46	2,0	0,4	2,6	2,5	4,3	11,2	2,7	3,0	–7,5
	K	13	1,1	0,2	1,3	1,2	2,5	6,0	1,4	1,7	–13,9
	M	33	3,0	0,6	3,9	3,9	6,8	18,9	4,4	4,5	–2,0
Nepal (4)	ogółem	5572	20,3	2,0	25,8	22,3	45,2	82,2	24,9	33,5	–25,7
	K	2468	17,5	2,1	25,4	19,8	29,0	57,5	20,0	27,1	–26,2
	M	3104	23,3	1,9	26,2	25,2	61,3	110,3	30,1	40,5	–25,5
Netherlands [Holandia] (1)	ogółem	1667	10,0	0,3	6,7	13,0	14,8	11,9	8,2	7,9	3,3
	K	496	5,9	0,1	3,6	7,9	8,4	7,4	4,8	5,1	–7,0
	M	1171	14,1	0,5	9,7	18,0	21,1	18,2	11,7	10,9	6,9
New Zealand [Nowa Zelandia] (1)	ogółem	459	10,3	1,3	13,0	13,2	12,6	10,7	9,6	12,2	–21,4
	K	122	5,4	0,9	7,3	7,1	5,5	5,5	5,0	4,3	15,8
	M	337	15,4	1,7	18,5	19,8	20,1	17,1	14,4	20,6	–29,8
Nicaragua [Nikaragua] (2)	ogółem	547	9,1	1,4	13,4	13,9	11,5	13,2	10,0	11,5	–13,1
	K	146	4,8	1,8	8,1	5,5	4,8	5,5	4,9	6,2	–21,5
	M	401	13,5	1,0	18,7	22,9	18,8	22,4	15,4	17,0	–9,3
Niger (4)	ogółem	314	1,8	0,4	2,6	2,3	5,7	19,3	3,5	3,5	2,3
	K	87	1,0	0,3	1,4	1,0	3,8	9,9	1,9	1,9	0,5
	M	227	2,6	0,4	4,0	3,6	7,3	30,8	5,3	5,2	1,1
Nigeria (4)	ogółem	7237	4,3	1,3	7,0	5,1	8,9	25,6	6,5	6,4	2,0
	K	1584	1,9	0,8	2,8	1,8	5,0	11,3	2,9	2,6	8,7
	M	5653	6,6	1,8	11,0	8,2	12,9	41,6	10,3	10,3	–0,7
Norway [Norwegia] (1)	ogółem	509	10,2	0,3	10,2	12,9	14,6	10,8	9,1	11,5	–20,4
	K	145	5,8	0,3	5,5	7,6	8,6	5,2	5,2	5,5	–5,6
	M	364	14,6	0,3	14,7	18,0	20,4	18,5	13,0	17,5	–25,4
Oman (2)	ogółem	32	1,0	0,1	1,3	1,0	1,3	3,5	1,0	2,0	–50,3
	K	6	0,5	0,1	0,7	0,5	1,0	2,5	0,6	1,2	–52,0
	M	26	1,3	0,1	1,6	1,3	1,6	4,3	1,2	2,5	–51,4
Pakistan (4)	ogółem	13 376	7,5	1,1	9,1	8,5	16,3	33,7	9,3	9,1	2,6
	K	7085	8,1	1,6	12,0	7,5	15,4	32,5	9,6	9,6	0,3
	M	6291	6,8	0,7	6,3	9,4	17,2	34,8	9,1	8,7	5,0

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku	5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat			
Panama (1)	ogółem	171	4,5	0,7	5,8	5,2	8,0	7,6	4,7	6,2	–23,7
	K	25	1,3	0,6	3,0	0,4	2,0	0,9	1,3	1,6	–15,8
	M	146	7,6	0,8	8,4	9,8	14,1	15,2	8,1	10,8	–25,1
Papua New Guinea [Papua-Nowa Gwinea] (4)	ogółem	549	7,7	0,6	6,5	9,9	27,8	55,1	12,4	14,8	–15,9
	K	193	5,5	0,5	4,5	5,2	20,2	52,0	9,1	10,9	–16,8
	M	356	9,7	0,7	8,4	14,4	36,1	59,8	15,9	18,8	–15,4
Paraguay [Paragwaj] (2)	ogółem	356	5,3	0,5	6,3	7,9	9,9	12,2	6,1	6,2	–1,9
	K	94	2,8	0,6	3,8	3,4	5,1	6,3	3,2	3,5	–9,5
	M	262	7,8	0,5	8,7	12,3	14,6	19,0	9,1	9,0	0,9
Peru (2)	ogółem	942	3,1	0,6	4,9	3,7	3,8	5,2	3,2	4,4	–27,1
	K	311	2,1	0,6	4,0	1,9	2,0	3,1	2,1	2,9	–29,6
	M	631	4,2	0,6	5,8	5,6	5,8	7,7	4,4	6,0	–26,2
Philippines [Filipiny; Republika Filipin] (1)	ogółem	2559	2,7	0,3	4,3	3,8	3,3	4,6	2,9	2,6	13,5
	K	550	1,1	0,3	2,2	1,3	1,0	1,9	1,2	1,4	–13,0
	M	2009	4,2	0,3	6,4	6,3	5,8	8,6	4,8	3,9	24,4
Poland [Rzeczpospolita Polska] (2)	ogółem	7848	20,5	0,5	12,7	24,6	31,2	29,0	16,6	18,5	–10,5
	K	1028	5,2	0,3	2,6	4,7	7,8	10,8	3,8	4,8	–20,1
	M	6820	37,0	0,8	22,5	44,2	57,7	61,2	30,5	33,8	–9,8
Portugal [Portugalia] (1)	ogółem	1324	12,5	0,3	3,8	10,4	16,3	34,8	8,2	8,8	–7,0
	K	300	5,5	0,1	1,7	4,7	7,0	13,6	3,5	3,4	4,8
	M	1024	19,9	0,6	5,9	16,2	26,6	66,3	13,6	15,1	–9,6
Qatar [Katar] (2)	ogółem	95	4,7	0,2	4,6	5,6	6,2	16,1	4,6	4,1	12,6
	K	3	0,7	0,1	0,8	0,6	2,0	8,1	1,2	1,9	–34,9
	M	92	5,9	0,3	5,6	6,7	7,7	20,2	5,7	5,2	10,7
Republic of Korea [Korea Południowa; Republika Korei] (1)	ogółem	17 908	36,6	1,2	18,2	35,7	50,4	116,2	28,9	13,8	109,4
	K	5755	23,4	1,0	14,9	23,5	25,3	69,1	18,0	8,1	123,5
	M	12 153	49,9	1,3	21,3	47,6	76,7	192,1	41,7	20,4	104,6
Republic of Moldova [Moldawia; Republika Moldawii] (1)	ogółem	565	16,1	2,1	10,1	19,4	28,9	16,6	13,7	15,4	–11,1
	K	102	5,5	2,8	3,5	4,8	9,7	8,0	4,8	4,0	20,6
	M	463	27,8	1,4	16,8	35,0	51,9	33,4	24,1	28,9	–16,8
Romania [Rumunia] (1)	ogółem	2782	12,8	1,0	7,8	15,4	20,6	15,3	10,5	11,3	–7,3
	K	418	3,7	0,7	2,2	3,7	5,7	6,3	2,9	3,6	–19,5
	M	2364	22,3	1,3	13,0	26,7	37,6	29,3	18,4	19,4	–5,2

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku								
			5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat				
Russian Federation [Rosja; Federacja Rosyjska] (1)	ogółem	31 997	22,4	1,7	27,3	26,5	22,6	32,1	19,5	35,0	–44,4
	K	5781	7,5	1,3	8,0	7,5	6,9	15,4	6,2	9,6	–34,9
	M	26 216	39,7	2,2	46,1	46,8	43,7	72,3	35,1	64,3	–45,3
Rwanda (4)	ogółem	865	7,6	1,9	11,1	9,2	15,6	68,0	11,9	18,5	–35,7
	K	236	4,0	1,4	4,7	3,3	9,7	59,0	7,2	12,1	–40,3
	M	629	11,3	2,4	18,0	15,4	22,7	79,1	17,1	25,5	–32,7
Saudi Arabia [Arabia Saudyjska] (2)	ogółem	97	0,3	0,1	0,6	0,3	0,5	1,8	0,4	0,6	–27,6
	K	19	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,9	0,2	0,3	–29,6
	M	78	0,5	0,1	0,8	0,4	0,7	2,6	0,6	0,9	–29,4
Senegal (4)	ogółem	437	3,2	0,5	4,3	3,8	7,8	30,6	5,4	5,3	0,8
	K	119	1,7	0,3	2,2	1,6	4,8	16,2	2,8	3,0	–6,4
	M	318	4,7	0,7	6,4	6,3	11,7	49,4	8,6	8,1	5,3
Serbia (1)	ogółem	1600	16,8	0,1	5,7	15,2	26,8	47,3	12,4	18,5	–32,8
	K	411	8,4	0,1	2,8	5,9	12,9	25,6	5,8	9,9	–41,7
	M	1189	25,5	0,1	8,5	24,6	41,9	79,8	19,9	28,2	–29,3
Sierra Leone (4)	ogółem	337	5,6	1,4	10,7	6,0	8,7	25,9	7,7	9,6	–20,1
	K	98	3,3	1,0	5,8	3,2	6,4	15,0	4,5	5,2	–13,8
	M	239	8,1	1,8	15,7	8,9	11,1	37,2	11,0	14,2	–22,6
Singapore [Singapur] (1)	ogółem	469	8,9	0,7	6,2	8,2	14,4	22,2	7,4	11,1	–32,9
	K	168	6,3	0,5	6,0	4,9	10,7	11,5	5,3	7,7	–30,5
	M	301	11,5	0,8	6,4	11,7	18,0	36,5	9,8	14,7	–33,3
Slovakia [Słowacja] (1)	ogółem	687	12,6	0,3	7,6	13,7	21,6	17,5	10,1	12,6	–20,0
	K	90	3,2	0,1	1,7	3,0	5,5	5,4	2,5	4,3	–42,1
	M	597	22,5	0,4	13,3	24,1	39,7	40,0	18,5	21,8	–15,2
Slovenia [Słowenia] (1)	ogółem	354	17,1	0,2	8,4	15,6	26,8	32,2	12,4	25,2	–51,0
	K	71	6,8	0,0	1,5	4,4	14,0	11,1	4,4	12,3	–64,6
	M	283	27,5	0,5	14,8	26,0	39,6	67,5	20,8	39,8	–47,8
Solomon Islands [Wyspy Salomona] (4)	ogółem	35	6,3	0,6	6,0	7,5	19,7	61,6	10,6	13,9	–24,0
	K	11	4,0	0,5	3,7	3,9	12,4	51,6	7,2	9,7	–26,0
	M	24	8,4	0,6	8,3	11,1	26,7	71,1	13,9	18,0	–22,9
Somalia (4)	ogółem	815	8,0	2,7	12,7	10,4	16,7	51,0	12,4	12,3	0,6
	K	208	4,1	2,3	4,8	3,2	10,2	43,9	6,8	6,7	1,5
	M	607	12,0	3,2	20,6	17,8	23,7	59,8	18,1	18,0	0,6

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieku***współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku								
			5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat				
South Africa [Republika Południowej Afryki] (2)	ogółem	1397	2,7	0,4	2,8	2,8	5,6	10,5	3,0	3,3	–8,8
	K	280	1,0	0,2	1,0	0,9	2,2	4,3	1,1	1,0	7,7
	M	1117	4,4	0,6	4,5	4,7	10,3	22,4	5,5	6,1	–10,5
South Sudan [Sudan Południowy] (4)	ogółem	1470	13,6	4,1	19,6	15,7	27,3	85,2	19,8	20,8	–4,8
	K	443	8,2	3,5	9,5	7,1	18,4	76,8	12,8	12,9	–1,3
	M	1027	18,9	4,6	29,6	24,4	36,8	95,4	27,1	28,9	–6,3
Spain [Hiszpania] (1)	ogółem	3296	7,1	0,1	3,0	7,8	9,6	13,9	5,1	6,4	–20,3
	K	730	3,1	0,0	1,1	3,5	4,5	5,2	2,2	2,9	–24,1
	M	2566	11,1	0,1	4,9	11,9	15,0	26,6	8,2	10,4	–20,7
Sri Lanka (2)	ogółem	6170	29,2	1,2	23,7	31,9	48,3	111,1	28,8	52,7	–45,4
	K	1446	13,4	0,9	10,7	10,1	23,2	63,6	12,8	22,3	–42,5
	M	4724	45,8	1,5	36,8	55,0	76,3	172,1	46,4	84,1	–44,8
Sudan (4)	ogółem	4286	11,5	3,0	15,0	14,3	25,3	80,8	17,2	15,2	12,9
	K	1340	7,2	2,6	8,1	6,2	18,2	72,8	11,5	10,6	8,4
	M	2946	15,8	3,5	21,8	22,4	32,9	90,1	23,0	19,9	15,8
Suriname [Surinam] (1)	ogółem	146	27,2	2,9	28,2	37,9	46,6	47,9	27,8	19,8	40,4
	K	32	11,9	2,8	20,7	7,2	19,8	22,6	11,9	9,7	22,3
	M	114	42,4	3,1	35,5	67,4	75,2	84,4	44,5	29,7	50,0
Swaziland [Eswatini albo Suazi, dawniej: Swaziland] (4)	ogółem	65	5,3	1,4	8,7	6,4	6,4	17,3	6,2	5,6	10,6
	K	22	3,5	1,0	5,6	3,9	5,1	10,6	4,1	3,6	11,5
	M	43	7,2	1,8	11,8	9,1	8,0	27,0	8,6	7,9	8,8
Sweden [Szwecja] (1)	ogółem	1255	13,2	0,5	11,9	14,1	21,0	15,2	11,1	11,5	–3,6
	K	341	7,1	0,8	5,3	8,2	12,1	6,8	6,1	7,0	–12,9
	M	914	19,3	0,2	18,2	19,8	29,8	26,2	16,2	16,3	–0,6
Switzerland [Szwajcaria] (1)	ogółem	972	12,2	0,2	7,6	11,5	19,6	20,1	9,2	15,6	–40,9
	K	269	6,6	0,1	4,4	5,9	11,7	8,8	5,1	8,4	–39,3
	M	703	17,8	0,4	10,8	17,1	27,5	36,2	13,6	23,5	–42,1
Syrian Arab Republic [Syria, Syryjska Republika Arabska] (4)	ogółem	77	0,4	0,1	0,4	0,4	0,6	1,7	0,4	0,5	–13,7
	K	22	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	–28,1
	M	55	0,5	0,1	0,5	0,7	1,0	2,8	0,7	0,7	–7,1
Tajikistan [Tadżykistan] (2)	ogółem	258	3,2	0,4	3,6	4,6	8,2	11,9	4,2	5,0	–15,2
	K	85	2,1	0,2	2,6	2,6	5,4	9,4	2,8	3,4	–17,6
	M	173	4,3	0,5	4,7	6,6	11,2	14,9	5,7	6,6	–13,4



Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku	5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat			
Thailand [Tajlandia] (2)	ogółem	8740	13,1	0,6	8,7	10,8	20,2	53,1	11,4	15,1	–24,6
	K	1816	5,3	0,4	3,6	3,4	8,5	23,0	4,5	6,6	–32,0
	M	6924	21,2	0,9	13,9	18,5	33,2	92,2	19,1	24,6	–22,4
The former Yugoslav Republic of Macedonia [Macedonia, Była Jugosłowiańska Republika Macedonii] (1)	ogółem	141	6,7	0,2	2,1	6,0	13,9	15,1	5,2	6,7	–22,0
	K	45	4,2	0,0	1,1	4,4	7,1	11,8	3,2	4,0	–20,0
	M	96	9,1	0,3	3,0	7,6	20,9	19,6	7,3	9,4	–22,5
Timor–Leste [Timor Wschodni] (4)	ogółem	60	5,4	0,7	9,0	7,4	11,9	27,8	8,0	12,1	–34,0
	K	23	4,2	0,6	7,3	4,0	10,3	22,0	5,8	8,3	–29,8
	M	37	6,6	0,8	10,7	10,6	13,6	34,5	10,2	15,8	–35,6
Togo (4)	ogółem	247	3,7	1,0	6,1	4,1	7,2	22,5	5,5	4,9	12,8
	K	64	1,9	0,6	2,8	1,9	4,7	11,3	2,8	2,6	8,0
	M	183	5,6	1,3	9,5	6,3	10,1	36,6	8,5	7,5	13,2
Trinidad and Tobago [Trynidad i Tobago] (1)	ogółem	192	14,4	0,6	7,6	22,2	25,1	17,4	13,0	12,6	3,8
	K	46	6,9	0,2	4,2	13,3	7,5	6,8	6,2	4,5	36,4
	M	146	22,1	1,0	10,9	31,1	43,4	32,7	20,4	20,8	–2,0
Tunisia [Tunezja] (4)	ogółem	262	2,4	0,3	2,7	2,8	3,0	7,3	2,4	2,5	–5,6
	K	76	1,4	0,2	1,5	1,4	1,7	5,6	1,4	1,6	–17,2
	M	186	3,5	0,4	3,9	4,4	4,3	9,3	3,4	3,4	0,9
Turkey [Turcja] (2)	ogółem	5898	8,0	2,7	12,4	10,3	4,2	16,4	7,9	12,6	–37,8
	K	1613	4,3	1,8	7,6	4,2	2,2	9,8	4,2	7,9	–47,0
	M	4285	11,8	3,6	17,0	16,6	6,6	25,5	11,8	17,8	–33,4
Turkmenistan (2)	ogółem	1003	19,4	2,1	25,7	30,3	22,8	18,4	19,6	15,2	28,9
	K	197	7,5	1,2	12,0	8,0	9,4	12,0	7,5	7,0	8,0
	M	806	31,7	2,9	39,3	53,5	38,5	28,6	32,5	24,0	35,1
Uganda (4)	ogółem	4323	11,9	3,8	19,3	15,8	26,0	91,8	19,5	18,6	5,1
	K	1278	7,1	3,0	10,0	6,9	16,4	80,7	12,3	11,2	10,0
	M	3045	16,7	4,5	28,5	24,6	35,9	105,2	26,9	26,2	2,5
Ukraine [Ukraina] (1)	ogółem	9164	20,1	1,4	19,5	24,4	22,9	28,8	16,8	29,8	–43,6
	K	1690	6,9	0,9	5,5	6,3	7,8	13,7	5,3	9,1	–41,2
	M	7474	35,6	1,8	32,8	43,4	43,3	61,7	30,3	54,5	–44,4

Kraj (jakość danych dotyczących śmiertelności)**	Płeć	Liczba samobójstw (wszystkie grupy wiekowe), 2012	Orientacyjne współczynniki samobójstw (na 100 tys.) dla całej populacji i poszczególnych grup wiekowych, 2012						Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2012	Standaryzowane względem wieków*** współczynniki samobójstw (na 100 tys.), rok 2000	Zmiany w standaryzowanych względem wieku współczynnikach samobójstw, rok 2012 (%)
			wszystkie grupy wieku	5–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat			
United Arab Emirates [Zjednoczone Emiraty Arabskie] (4)	ogółem	274	3,0	0,4	3,8	3,1	3,4	13,7	3,2	3,7	–12,9
	K	31	1,1	0,2	1,8	1,0	1,9	10,9	1,7	2,5	–32,7
	M	243	3,8	0,5	4,7	3,7	4,1	15,3	3,9	4,3	–9,0
United Kingdom [Wielka Brytania] (1)	ogółem	4360	6,9	0,1	5,9	10,5	9,2	6,3	6,2	7,8	–21,1
	K	960	3,0	0,1	2,5	4,3	4,0	3,1	2,6	3,4	–23,6
	M	3400	11,0	0,1	9,1	16,7	14,7	10,5	9,8	12,3	–20,9
United Republic of Tanzania [Tanzania, Zjednoczona Republika Tanzanii] (4)	ogółem	7228	15,1	3,5	20,7	17,7	36,8	133,2	24,9	23,8	4,6
	K	2445	10,2	3,1	10,7	8,3	27,5	133,6	18,3	18,6	–1,5
	M	4783	20,0	3,9	30,7	26,9	47,2	132,7	31,6	29,1	8,8
United States of America [Stany Zjednoczone Ameryki] (1)	ogółem	43 361	13,7	0,8	12,7	17,4	20,1	16,5	12,1	9,8	24,2
	K	9306	5,8	0,5	4,7	8,0	9,2	4,0	5,2	3,8	36,6
	M	34 055	21,8	1,0	20,4	26,9	31,7	33,8	19,4	16,2	19,9
Uruguay [Węgry] (1)	ogółem	469	13,8	0,3	12,1	14,6	19,5	34,4	12,1	14,7	–17,9
	K	108	6,2	0,1	3,8	7,4	7,4	16,0	5,2	4,9	4,5
	M	361	22,0	0,5	20,2	21,9	33,3	65,9	20,0	26,2	–23,9
Uzbekistan (1)	ogółem	2184	7,7	1,0	8,6	10,0	14,4	19,1	8,5	10,4	–18,5
	K	538	3,8	0,5	4,9	4,0	6,1	11,8	4,1	4,9	–16,7
	M	1646	11,6	1,4	12,2	16,3	23,5	29,5	13,2	16,3	–19,0
Venezuela (Bolivarian Republic of) [Wenezuela] (1)	ogółem	748	2,5	0,4	3,2	3,5	3,1	5,7	2,6	6,8	–61,3
	K	141	1,0	0,6	1,2	1,0	1,4	1,4	1,0	1,9	–48,7
	M	607	4,0	0,3	5,2	6,0	4,8	10,9	4,3	11,8	–63,3
Viet Nam [Wietnam] (4)	ogółem	4600	5,1	0,4	5,0	5,1	7,7	20,5	5,0	5,7	–12,2
	K	1169	2,5	0,3	1,8	1,4	4,2	15,1	2,4	3,0	–20,7
	M	3431	7,7	0,5	8,1	8,7	11,7	30,5	8,0	8,8	–9,2
Yemen [Jemen] (4)	ogółem	733	3,1	0,8	5,2	4,6	3,8	6,7	3,7	3,6	0,3
	K	320	2,7	0,7	5,1	3,3	2,7	5,3	3,0	3,0	1,0
	M	413	3,4	0,9	5,2	5,8	5,1	8,3	4,3	4,4	–0,2
Zambia (4)	ogółem	1346	9,6	3,0	15,4	10,4	21,5	82,7	15,7	24,4	–35,4
	K	433	6,1	3,0	8,2	4,3	14,0	79,2	10,8	18,8	–42,8
	M	913	13,0	2,9	22,7	16,4	29,3	87,0	20,8	29,9	–30,3
Zimbabwe (4)	ogółem	2282	16,6	4,1	30,9	18,5	16,4	41,6	18,1	19,2	–5,7
	K	619	8,9	3,8	15,3	7,7	9,8	28,9	9,7	10,1	–4,0
	M	1663	24,6	4,4	46,7	29,0	25,1	58,5	27,2	28,8	–5,6

Legenda: K – kobiety; M – mężczyźni.

\* W 172 państwach członkowskich WHO z liczbą ludności 300 tys. lub większą. Podane dane szacunkowe to najlepsze oszacowania dokonane przez WHO przy użyciu standardowych kategorii, definicji i metod zapewniających porównywalność różnych krajów. Dane te mogą nie być identyczne z oficjalnymi oszacowaniami danego kraju. Dane szacunkowe WHO zaokrąglono do odpowiedniej liczby istotnych cyfr.

\*\* 1. Kompleksowe dane z urzędów stanu cywilnego dotyczące zgonów z okresu co najmniej 5 lat. 2. Dane dotyczące zgonów rejestrowane niezbyt dokładnie, duży procent zgonów bez określonej przyczyny lub brak nowszych danych. 3. Wyrywkowo rejestrowane dane dotyczące próbki populacji kraju. 4. Brak rejestracji zgonów i urodzeń.

\*\*\* Standaryzowane na podstawie opracowanej przez WHO World Standard Population (Standardowej Populacji Świata).

## Aneks 2. Państwa członkowskie WHO z podziałem według regionów WHO i według przeciętnego dochodu na głowę mieszkańca\*

Wysokie dochody		Andora, Antigua i Barbuda, Australia, Austria, Bahamy, Bahrajn, Barbados, Belgia, Brunei Darussalam, Kanada, Chile, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Izrael, Włochy, Japonia, Kuwejt, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Malta, Monako, Holandia, Nowa Zelandia, Norwegia, Oman, Polska, Portugalia, Katar, Republika Korei, Federacja Rosyjska, Saint Kitts i Nevis, San Marino, Arabia Saudyjska, Singapur, Słowacja, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Trynidad i Tobago, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone Ameryki, Urugwaj
Niskie lub średnie dochody	Region WHO:  Afrykański	Algieria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Wyspy Zielonego Przylądka, Kamerun, Republika Środkowej Afryki, Czad, Komory, Kongo, Wybrzeże Kości Słoniowej, Demokratyczna Republika Konga, Erytrea, Etiopia, Gwinea Równikowa, Gabon, Gambia, Ghana, Gwinea, Gwinea-Bissau, Kenia, Lesoto, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretania, Mauritius, Mozambik, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Wyspy Świętego Tomasza i Książęca, Senegal, Seszele, Sierra Leone, Afryka Południowa, Suazi, Togo, Uganda, Zjednoczona Republika Tanzanii, Zambia, Zimbabwe
	Obu Ameryk	Argentyna, Belize, Boliwia (Wielonarodowe Państwo Boliwii), Brazylia, Kolumbia, Kostaryka, Kuba, Dominika, Republika Dominikany, Ekwador, Salwador, Grenada, Gwatemala, Gujana, Haiti, Honduras, Jamajka, Meksyk, Nikaragua, Panama, Paragwaj, Peru, Saint Lucia, Saint Vincent i Grenadyny, Surinam, Wenezuela (Boliwariańska Republika Wenezueli)
	Południowo-Wschodniej Azji	Bangladesz, Bhutan, Koreańska Republika Ludowo-Demokratyczna, Indie, Indonezja, Malediwy, Birma/Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tajlandia, Timor Wschodni
	Europejski	Albania, Armenia, Azerbejdżan, Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Gruzja, Węgry, Kazachstan, Kirgistan, Czarnogóra, Mołdawia, Rumunia, Serbia, Tadżykistan, Była Jugosłowiańska Republika Macedonii, Turcja, Turkmenistan, Ukraina, Uzbekistan
	Wschodnio-Śródziemnomorski	Afganistan, Dżibuti, Egipt, Iran (Islamska Republika Iranu), Irak, Jordania, Liban, Libia, Maroko, Pakistan, Somalia, Sudan Południowy**, Sudan, Syryjska Republika Arabska, Tunezja, Jemen
	Zachodniego Pacyfiku	Kambodża, Chiny, Wyspy Cooka, Fidżi, Kiribati, Laotańska Republika Ludowo-Demokratyczna, Malezja, Wyspy Marshalla, Mikronezja (Sfederowane Stany Mikronezji), Mongolia, Nauru, Palau, Papua Nowa Gwinea, Filipiny, Samoa, Wyspy Salomona, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wietnam

\* Regionalna klasyfikacja państw członkowskich WHO dokonana na podstawie podziału na regiony WHO z 2012 r.; analizy dochodu gospodarek na rok fiskalny 2014 dokonane przez Bank Światowy oparto na podanej w Atlasie z 2012 r. szacunkowej wysokości produktu narodowego brutto per capita (Bank Światowy, lista krajów świata według PKB, lipiec 2013).

\*\* Sudan Południowy został ponownie zaliczony do Regionu Afrykańskiego WHO w maju 2013 r. Ponieważ niniejsze analizy globalnych danych zdrowotnych odnoszą się do okresów sprzed tej daty, szacunkowe dane dla Sudanu Południowego włączono do współczynników podanych dla Wschodnio-Śródziemnomorskiego Regionu WHO.