

Wytyczne i wskazówki

**PRZECIWDZIAŁANIE SAMOBÓJSTWOM
W WARUNKACH KRYZYSÓW
HUMANITARNYCH**

IASC MHPSS Grupa Referencyjna

Grudzień 2022

Zatwierdzony przez IASC OPAG



Przeciwdziałanie samobójstwom w warunkach kryzysów humanitarnych

Wytyczne i wskazówki



IASC Inter-Agency
Standing Committee

Sugerowane cytowanie:

Stały Komitet Międzyagencyjny (ang. Inter-Agency Standing Committee, IASC). Wytyczne i wskazówki. Przeciwdziałanie samobójstwom w warunkach kryzysów humanitarnych. IASC, Genewa 2022.



Tłumaczenia:

Wszystkie tłumaczenia zostaną opublikowane na stronie internetowej IASC MHPSS RG. W sprawie koordynowania tłumaczeń należy skontaktować się z Grupą Referencyjną IASC ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Kryzysowych (Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings): mhpss.refgroup@gmail.com.

Twórcy tłumaczenia lub adaptacji tego materiału winni pamiętać, że:

- Nie jest dozwolone dodawanie swojego logo (ani logo agencji finansującej projekt) do materiału.
- W przypadku adaptacji (tj. zmian w tekście lub obrazach) użycie logo IASC nie jest dozwolone. W żadnym przypadku nie należy sugerować, że IASC popiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkt lub usługę.
- Adaptacja lub tłumaczenie dokumentu wymaga objęcia jej taką samą lub równoważną licencją Creative Commons. Sugerowane jest wykorzystanie licencji CC BY-NC-SA 4.0 lub 3.0. Listę kompatybilnych licencji można znaleźć na: <https://creativecommons.org/share-your-work/licensing-considerations/compatible-licenses>.
- Należy dodać następujące zastrzeżenie w języku tłumaczenia: "Niniejsze tłumaczenie/adaptacja nie zostało stworzone przez Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC nie ponosi odpowiedzialności za treść lub dokładność tego tłumaczenia. Oryginalna wersja opublikowana w języku angielskim jako "Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guidance Note: Addressing Suicide in Humanitarian Settings", Licencja CC BY-NC-SA 3.0 IGO, jest tekstem wiążącym i autentycznym.

© IASC, 2022. Niniejsza publikacja została opublikowana na licencji Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Zgodnie z warunkami niniejszej licencji zezwala się na kopiowanie, tłumaczenie i adaptację niniejszego dokumentu do celów niekomercyjnych, pod warunkiem, że jest on prawidłowo cytowany.

Wprowadzenie: Przeciwdziałanie samobójstwom w warunkach kryzysów humanitarnych



Sytuacje kryzysowe natury humanitarnej mają miejsce najczęściej w krajach o niskich i średnich dochodach (ang. low-and middle-income countries, LMIC), które, mając bardziej ograniczone zasoby ludzkie oraz mniejsze środki budżetowe, przeznaczone na obszar zdrowia psychicznego i odpowiednie systemy raportowania, mogą być mniej przygotowane do zapobiegania samobójstwom i reagowania na nie, przy niższej świadomości społecznej w zakresie zdrowia psychicznego.

Ponadto, populacje dotknięte kryzysami humanitarnymi, zmagając się z trudnościami ekonomicznymi, utratą zasobów, przemocą i nadużyciami oraz izo-

lacją społeczną, mogą doświadczać stresorów sytuacyjnych, które zwiększają ryzyko samobójstw. Jednocześnie dostęp do wsparcia rodziny i odpowiedniej opieki w zakresie zdrowia psychicznego może być ograniczony, a stygmatyzacja problemów ze zdrowiem psychicznym jest powszechna.

Istnieje również duże zapotrzebowanie na większą liczbę danych i badań na temat ryzyka samobójstwa w takich warunkach, jak również na skuteczne zapobieganie samobójstwom i postwencję w populacjach dotkniętych sytuacjami kryzysowymi w LMIC².

1. World Health Organization (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)

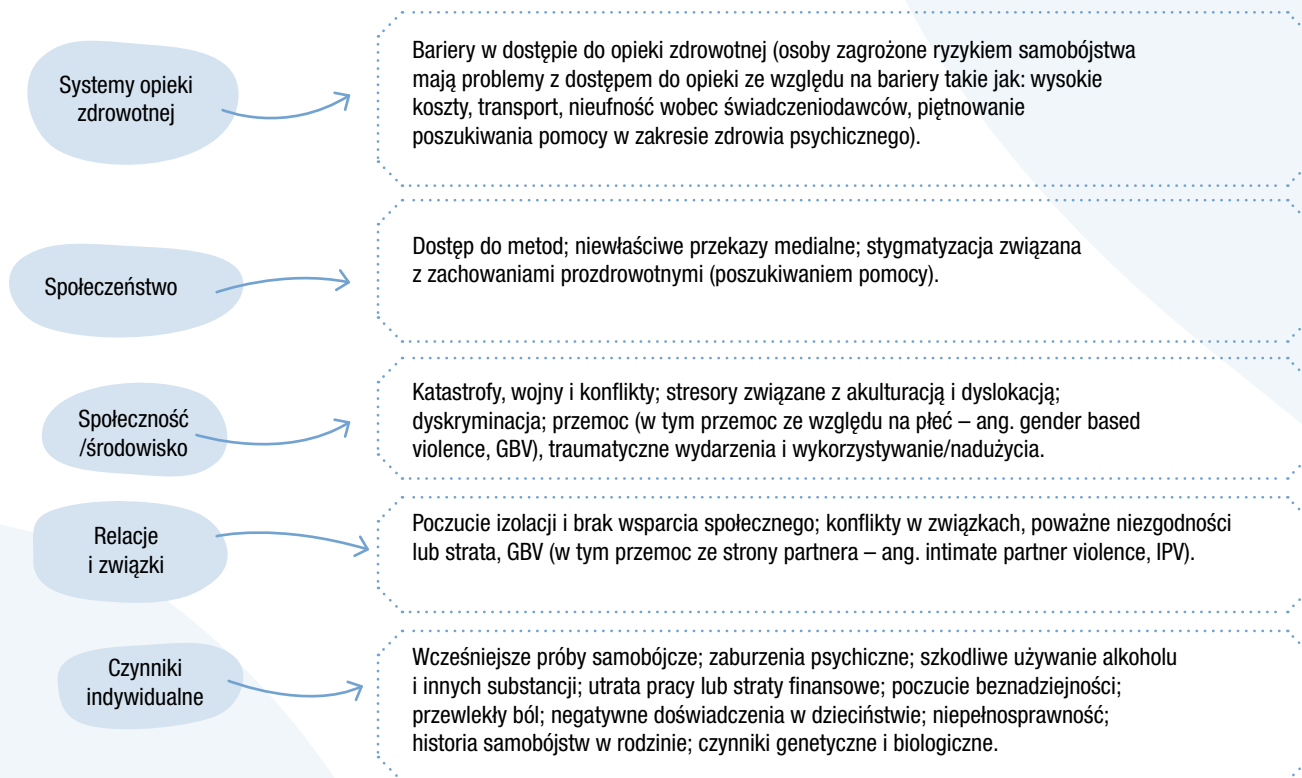
2. Ibid.

Czynniki ryzyka i ochronne

W populacji dotkniętej kryzysem niektóre osoby mogą myśleć o odebraniu sobie życia. Można wiele zrobić, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo, że dana osoba dokona samouszkodzenia lub samobójstwa, a także, by zidentyfikować osoby zagrożone.

Czynniki ryzyka i ochronne mogą występować na różnych poziomach, w tym na poziomie jednostki, związku/relacji, społeczności, a także całego społeczeństwa.

Czynniki wpływające na ryzyko samobójstwa³



Każda utrata życia jest tragedią, a działania mające na celu zapobieganiu samobójstwom mają kluczowe znaczenie dla ratowania życia. Cele zrównoważonego rozwoju ONZ (Sustainable Development Goals - SDGs) i **Kompleksowy Plan Działania WHO w Zakresie Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2030⁴** uwzględniają **cel** w postaci zmniejszenia globalnej śmiertelności spowodowanej samobójstwami o jedną trzecią do 2030 r. Jak wskazano w najnowszym Atlasie Zdrowia Psychicznego WHO (WHO Mental Health Atlas 2020), postępy poczynione od roku 2013 do końca roku 2019 wskazują na zmniejszenie wskaźnika samobójstw o 10%.⁵

Elementy programu WHO LIVE LIFE (2021)⁶



WHO opracowała globalne wytyczne, aby pomóc rządóm w opracowaniu kompleksowych krajowych strategii zapobiegania samobójstwom.⁷ Wytyczne te wspierają zaangażowanie społeczności w zapobieganie samobójstwom⁸, ustanawianie i utrzymywanie systemów monitoringu samouszkodzeń⁹ oraz ustanawianie systemowego podejścia do zapobiegania samobójstwom w obszarze zdrowia publicznego. W 2021 r. WHO opublikowała LIVE LIFE (ŻYJ ŻYCIEM), wytyczne wdrożeniowe w zakresie zapobiegania samobójstwom¹⁰ na poziomie krajowym. Niniejszy dokument został opracowany tak, by zachować spójność z wytycznymi LIVE LIFE, przy uwzględnieniu specyficznych adaptacji i czynników charakterystycznych dla kryzysów humanitarnych.

3. Zaadaptowano z: World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.

4. World Health Organization (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*.

5. World Health Organization (2021). *Mental Health Atlas 2020*.

6. World Health Organization (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

7. World Health Organization (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples, and indicators*.

8. World Health Organization (2019). *Suicide prevention: Toolkit for engaging communities*.

9. World Health Organization (2016). *Practice Manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*.


10. World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide*.

Jak wykorzystywać niniejsze wytyczne?

Niniejsze wytyczne mają na celu wsparcie osób wdrażających programy, koordynatorów i innych osób, działających w warunkach kryzysów humanitarnych. Przedstawiają one szeroki zakres podejść, narzędzi, dokumentów referencyjnych i przykładów. Poniższy diagram może być wykorzystany do nawigacji po treści niniejszego dokumentu i identyfikowania najbardziej przydatnych rozdziałów i elementów niniejszych wytycznych.

1. Koordynacja i ocena międzyagencyjna 6

Rozpocząć jak najwcześniej i przed rozpoczęciem realizacji działań w ramach programu:

-  1.1. Koordynacja i współpraca między wieloma sektorami i interesariuszami 7
- 1.2. Ocena kontekstu, potrzeb i zasobów w celu ukierunkowania programu 12



2. Zasadnicze elementy wszystkich programów 18

Należy je zainicjować na samym początku realizacji działań programowych i kontynuować przez cały czas realizacji programów:

- 2.1. Podnoszenie świadomości i rzecznictwo 21
- 2.2. Nadzór, monitoring i ewaluacja 23
- 2.3. Opieka i dbanie o dobrostan pracowników i wolontariuszy 27
- 2.4. Kompetencje pracowników i wolontariuszy 28



3. Kluczowe działania w ramach programu skutecznego zapobiegania samobójstwom i interwencji 30

Ustalanie priorytetów, wybór i planowanie działań programowych z menu:

- 3.1. Ograniczenie dostępu do metod samobójczych 31
- 3.2. Zapewnienie odpowiedzialnej komunikacji i przekazów w mediach 33
- 3.3. Rozwijanie kompetencji pracowników pierwszej linii i osób pierwszego kontaktu 35
- 3.4. Świadczenie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej 40
- 3.5. Rozwijanie umiejętności życiowych wśród młodzieży 41

Przykłady z terenu

Irak strona 10



Okupowane terytoria palestyńskie strona 10



Granica turecko-syryjska strona 11



Sudan Południowy strona 21



Jordania strona 21



Ukraina strona 21



Bangladesz strona 25



Irak strona 32



Bangladesz strona 33



Uganda strona 38



Indie strona 38



Egipt strona 38



Najważniejsze ogólnie użyteczne zasoby i wytyczne

LIVE LIFE

World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries](#). Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców UNHCR (2022). Projekt: Zapobieganie samobójstwom i łagodzenie ryzyka samobójstw w środowisku uchodźców: Wielosektorowy zestaw narzędzi dla operacji UNHCR.

[The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package.](#)



Wersja polska: [Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń.](#)

World Health Organization (n.d.). [Suicide prevention resources.](#)

World Health Organization (n.d.). [E-learning: Engaging communities in preventing suicide.](#)

World Health Organisation (n.d.). [E-learning: Preventing self-harm/suicide. Empowering primary health care providers.](#)

IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2021). [Suicide Prevention.](#)

IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2021). [Suicide prevention during COVID-19.](#)

WHO (2021). [WHO World Mental Health Day 2021. Key messages on suicide.](#) [Światowy dzień zdrowia psychicznego WHO 2021.

[Kluczowe przekazy w zakresie samobójstw\].](#)

Światowa Organizacja Zdrowia (2019). [mhGAP Intervention Guide - Version 2.0: for mental, neurological and substance use disorders](#)

[in non-specialized health settings. Provides guidance for non-specialized health workers in the assessment and](#)

[management of suicide and self-harm. Wersja polska: Podręcznik interwencji mhGAP \(mhGAP IG\), wersja 2.0: w zaburzeniach psychicznych, neurologicznych](#)

[i spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych do wykorzystania w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Wersja 2.0. dostarcza wskazówek dla](#)

[pracowników ochrony zdrowia niebędących specjalistami zdrowia psychicznego w zakresie oceny i postępowania w przypadku samobójstw i samouszkodzeń.](#)



IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.](#)

Wersja polska: [Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych.](#)





1.

Koordinacja i ocena międzyagencyjna





1.1. Koordynacja i współpraca między wieloma sektorami i interesariuszami

Dlaczego?

Samobójstwo jest złożonym problemem, a skuteczne działania prewencyjne w kontekście humanitarnym wymagają **koordynacji i współpracy między wieloma sektorami i interesariuszami**. Wymiana doświadczeń i dzielenie się wiedzą fachową między osobami pracującymi w wielu sektorach i efektywne wykorzystanie już istniejących zasobów pozwala na wdrożenie kompleksowych, dobrze zintegrowanych inicjatyw z większym prawdopodobieństwem osiągnięcia wyznaczonych celów¹¹. Istniejące zasoby mogą obejmować: określenie istniejących środowiskowych mechanizmów i praktyk reagowania, włączenie zapobiegania samobójstwom do innych programów, takich jak świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, reagowanie na przemoc ze względu na płeć (GBV), prowadzenie spraw/przypadków, bezpieczne przestrzenie i programy ochrony dzieci oraz inicjatywy wspierające osoby z niepełnosprawnością.¹²

Jak?

Koordynacja i współpraca są **kluczowymi elementami wszystkich działań związanych z zapobieganiem samobójstwom**. Należy **zidentyfikować istniejące zespoły zadaniowe lub grupy koordynacyjne** i zdecydować, czy należy:

- Dołączyć do istniejącej już grupy, która skupia się na zapobieganiu samobójstwom;
- Wspierać włączenie kwestii zapobiegania samobójstwom do zakresu działań istniejącej grupy (techniczne grupy robocze MHPSS lub rządowa grupa zadaniowa ds. zdrowia psychicznego);
- Prowadzić lub wspierać stworzenie nowej grupy, która skupi się na zapobieganiu samobójstwom.

Komunikacja dotycząca samobójstw i prewencji samobójstw powinna wykorzystywać właściwy język (słownictwo)

Jakiego języka używać?

Samobójstwo lub zachowania samobójcze, śmierć spowodowana samobójstwem, śmierć samobójcza, śmierć w wyniku samobójstwa

Używanie następujących wyrażeń: „zmarł(a) w wyniku samobójstwa” lub „odebrał(a) sobie życie”

Jasne i poprawne opisy sposobów na znalezienie pomocy i dostępnych form pomocy

Przedstawianie faktów dotyczących samobójstwa bez angażowania się w spekulacje

Jakiego języka unikać?

„Popelnienie samobójstwa” (wyrażenie to sugeruje element przestępstwa lub grzechu, co może zwiększyć piętno i zniechęcić ludzi do szukania pomocy)

Określanie samobójstwa jako „udanego”, „skutecznego”, „nieudanego” lub „nieudanej próby”

Opisanie metody lub wykorzystanie wizualnych treści, wskazujących metodę użytą podczas samobójstwa

Opisywanie samobójstwa w sposób sensacyjny lub jego gloryfikacja

11. World Health Organization (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries](#).

12. Kolves K, Fitzgerald C, Nordentoft M, Wood, SJ, Erlangsen, A. (2021). [Assessment of suicidal behaviors among individuals with autism spectrum disorder in Denmark](#). *JAMA Network Open*. 4(1):e2033565.

Co powinni wziąć pod uwagę interesariusze?



Podjęcia wielosektorowe obejmują więcej niż jeden sektor, taki jak zdrowie, oświata, opieka społeczna, bezpieczeństwo, rolnictwo, sprawy religijne, prawo i obrona narodowa. W sytuacjach kryzysów humanitarnych może to na przykład obejmować ministerstwa nadzorujące wsparcie dla uchodźców, migrantów i osób wewnętrznie przesiedlonych (IDP) lub osoby zaangażowane w radzenie sobie z klęskami żywiołowymi, a także odpowiednie grupy koordynacyjne lub klastry, takie jak ochrona zdrowia, bezpieczeństwo, oświata, schronienie, sprawy bytowe i inne.

Podjęcia angażujące wielu interesariuszy obejmują współpracę z interesariuszami ze społeczności lokalnych i specyficznych środowisk, z organizacjami pozarządowymi (NGO) i osobami ze środowisk dotkniętych danymi problemami, w tym z osobami z osobistymi doświadczeniami w zakresie zaburzeń psychicznych. Pomocne jest uzyskanie komentarzy i informacji zwrotnej od osób, które społeczności

i środowiska wyznaczyły jako liderów i ekspertów, a nie tylko od osób wyznaczonych jako liderzy przez struktury reagowania na kryzys humanitarny i na potrzeby tych struktur. Tam, gdzie problemy związane ze zdrowiem psychicznym są piętnowane, tacy „społecznie desygnowani” partnerzy mogą być zaangażowani w dyskusje podnoszące świadomość, w celu udzielenia informacji i obalania mitów na temat samobójstwa.

Młodzież oraz osoby pracujące bezpośrednio z młodzieżą, w tym doradcy [pedagodzy i psychologowie] szkolni, pielęgniarki, lokalne podmioty działające na rzecz ochrony zdrowia i chronienia młodzieży, kluby sportowe i stowarzyszenia młodzieżowe, powinny zostać uwzględnione w opracowywaniu i weryfikacji/walidacji interwencji, kampanii zmierzających do poniesienia świadomości i struktur reagowania. Rodzice i opiekunowie również powinni być zaangażowani. Młodzież może odgrywać istotną rolę w angażowaniu rówieśników i może być włączona w działania jako rzeczniczcy, doradcy, trenerzy i mentorzy rówieśniczy.

Stworzenie mapy interesariuszy (czyli tabeli pokazującej różne role interesariuszy, ich wiedzę/zasoby i sieci, w których funkcjonują) może pomóc w uzyskaniu jasności co do motywacji, umiejętności i możliwości potencjalnych interesariuszy, pochodzących z różnych środowisk i społeczności.



Techniczne grupy robocze ds. zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego (Mental Health and Psychosocial Support Technical Working Groups - TWGs)¹³

Techniczne grupy robocze ds. MHPSS, które działają międzysektorowo, powinny być zaangażowane w kontekstach, w których są dostępne i mogą zapewniać wsparcie. Techniczne grupy robocze ds. MHPSS są w stanie:

- ◆ Wspierać **zaangażowanie interesariuszy** (powiązanie ze strukturami rządowymi i konkretnymi klastrami humanitarnymi lub obszarami odpowiedzialności, zapewniając zaspokojenie potrzeb grup takich jak osoby dotknięte GBV i osoby z niepełnosprawnością);
- ◆ **Organizować grupy zadaniowe lub grupy robocze**, zajmujące się zapobieganiem samobójstwom w celu zarządzania, prowadzenia i koordynowania działań oraz stwarzając warunki do zapewnienia szczególnej uwagi, budowania kompetencji i koordynacji;
- ◆ **Stworzyć mapę dostępnych świadczeń i wsparcia** w zakresie zapobiegania samobójstwom i reagowania na nie oraz udostępnić raporty mapowe będące rezultatem tego procesu przedstawiające potrzeby i luki, a także opracować listy kontaktowe świadczeń i usług;
- ◆ W przypadku stwierdzenia **luk** podczas oceny/analizy sytuacji, opracować plany działań rzeczniczych na rzecz interwencji i koordynacji odpowiednich świadczeń interwencyjnych (w tym zarządzania kryzysowego) i działań następczych;
- ◆ Stworzyć mapy odpowiednich świadczeniodawców i zapewnić, że działania prewencyjne i podejmowane w odpowiedzi na samobójstwa są częścią **opracowywanych planów i schematów postępowania**. Schematy postępowania powinny być jasno ustrukturywane i zapewniać **poufność** w postępowaniu;
- ◆ Upowszechniać i podnosić **rangę komunikatów** rzeczniczych oraz wspierać zainteresowanie kampaniami podnoszącymi świadomość, prowadzonymi przez podmioty z różnych sektorów, które uczestniczą w Technicznej grupie roboczej ds. MHPSS lub z nią współpracują, a także organizować **wydarzenia związane** z odpowiednimi kampaniami;
- ◆ Świadczyć **wsparcie dla programów nadzoru oraz monitoringu i ewaluacji**, a także pomoc w identyfikacji podmiotów o stabilnej zdolności do przechowywania danych, zebranych w wyniku działań programów nadzoru;
- ◆ Organizować lub koordynować fora dyskusyjne i **rozwijania kompetencji**, takie jak orientacje, szkolenia lub warsztaty, przy wsparciu ze strony specjalnej podgrupy roboczej i partnerów wdrożeniowych;
- ◆ Wspierać prowadzenie **debriefingu po zajściu samobójstwa lub samouszkodzenia**, z udziałem stosownych interesariuszy, w celu lepszego zrozumienia czynników, które przyczyniły się do samobójstwa, zebrania wyciągniętych wniosków na przyszłość i podjęcia działań rzeczniczych na rzecz koniecznych zmian i działań zapobiegających samobójstwom;
- ◆ Zapewniać **wsparcie** postwencyjne dla członków rodziny, przyjaciół i znajomych oraz osób z otoczenia dotkniętych samobójstwem lub samouszkodzeniem.

13. The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń].



Przykłady z terenu

W Iraku, po 40 latach oddziaływania stresorów związanych z wojną, sankcjami i wojną domową/konfliktami wewnętrznymi, rosnąca liczba samobójstw przekształciła się w kryzys zdrowia publicznego¹⁴. Krajowa Techniczna Grupa Robocza ds. MHPSS utworzyła w lipcu 2019 r. podkomisję w celu koordynowania różnych działań, mających na celu zapobieganie samobójstwom. Podkomisji przewodniczy lokalna organizacja Azhee, wspierana przez Międzynarodową Organizację ds. Migracji – Irak (IOM Iraq). **Organizacja Azhee zorganizowała pierwszą krajową konferencję na temat zapobiegania samobójstwom we wrześniu 2019 r.**, a w wyniku prac grup roboczych podczas tej konferencji, IOM udzieliła wsparcia podmiotom rządowym w opracowaniu pierwszego projektu Krajowej Strategii Zapobiegania Samobójstwom, która jest obecnie w trakcie weryfikacji i zatwierdzania przez rząd Iraku.¹⁵



W okupowanym terytorium palestyńskim, ludność mierzy się z psychologicznymi skutkami trwającego kryzysu humanitarnego, a także ze stygmatyzacją samobójstwa. Krajowa Komisja ds. Zapobiegania Samobójstwom została utworzona w roku 2018 i składa się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (MoH), Ministerstwa Edukacji (MoE) i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Awqaf (Spraw Religijnych), Prokuratury, Jednostki Policji ds. Ochrony Rodziny, Agencji Narodów Zjednoczonych do spraw Pomocy Uchodźcom Palestyńskim na Bliskim Wschodzie (UNRWA), WHO oraz międzynarodowych i krajowych organizacji pozarządowych. Komisja stwierdziła, że niezwykle potrzebna jest kompleksowa, wielosektorowa strategia zapobiegania samobójstwom. Opracowano Krajową Strategię Zapobiegania Samobójstwom na lata 2021–2026. **Cele strategiczne obejmują skuteczny monitoring wskaźników samobójstw w celu lepszej identyfikacji osób zagrożonych, w tym dzieci i młodzieży, oraz tendencji w zachowaniach samobójczych; poprawę rzetelności rejestracji przypadków i rejestracji zgonów w szpitalach; szkolenie pracowników zdrowia publicznego i ochrony zdrowia oraz osób pierwszego kontaktu, takich jak przywódcy religijni, w identyfikacji oznak myśli samobójczych i czynników ryzyka; oraz działania związane z destygmatyzacją samobójstw w placówkach opieki zdrowotnej i oświatowych.** Strategia krajowa wskazuje również na potrzebę podejmowania wspólnych działań przez wiele osób i organizacji oraz ich potencjalny wkład, w tym policję, szkoły, członków rodzin, media, przywódców religijnych i pracowników placówek opieki zdrowotnej.¹⁶

14. World Health Organization. *An increasing number of suicide cases in Iraq worries public health experts amid COVID-19 pandemic.*

15. Marzouk HA (2021). *International organization for migration Iraq mental and psychosocial support programme suicide prevention activities.* *Intervention.* 19(2):255-260.

16. Jabr S, Helbich M (2021). *The Process of Evolving a National Plan in Suicide Prevention in a Context of Political Violence.* *Intervention* 19:208-14.



Przykłady z terenu

Na granicy turecko-syryjskiej WHO Gaziantep podjęła wspólne działania za pośrednictwem Technicznej Grupy Roboczej ds. MHPSS, w celu przeprowadzenia analizy sytuacyjnej, która wykazała wzrost liczby zgłoszeń samobójstw w północno-zachodniej Syrii. Techniczna Grupa Robocza ustanowiła grupę zadaniową, której zadaniem było priorytetowe traktowanie działań prewencyjnych i reagowania, w tym warsztaty rozwijania kompetencji. Miały one na celu zapewnienie pracownikom psychospołecznym, ochrony zdrowia i ochrony ludności szkoleń i superwizji, wspierających skuteczne reagowanie. WHO opracowała i rozpowszechniła program szkoleń i superwizji dodatkowych specjalistów MHPSS w zakresie zapobiegania samobójstwom i reagowania na nie. Warsztaty szkoleniowe dla trenerów prowadzone były przez MHPSS Collaborative i WHO i objęły 21 arabskojęzycznych specjalistów MHPSS. **Trenerzy i osoby szkolone wspólnie opracowali plan reagowania na samobójstwo dostosowany do kontekstu, w oparciu o dane i informacje zwrotne od ekspertów.** Plan ten obejmuje standardowe procedury operacyjne (ang. standard operating procedures - SOP), zgodę na korzystanie ze świadczeń i wykorzystanie informacji, pytania dotyczące samobójstw i samouszkodzeń, mające na celu określenia poziomu ryzyka, drzewo decyzyjne wspierające wybór podejmowanych działań oraz przykładowy plan bezpieczeństwa. Opracowano tabelę zawierającą jasno określone poziomy ryzyka, ścieżki skierowań i wytyczne do postępowania w oparciu o poziom ryzyka, które pracownicy opieki powinni wziąć pod uwagę, aby skutecznie reagować, oraz informacje o tym, kiedy należy skontaktować się z superwizorem. Plan reagowania został zintegrowany ze szkoleniami dla pracowników pierwszej linii i został wykorzystany jako struktura ramowa, włączona do istniejących świadczeń MHPSS, w tym do mapowania świadczeń i skierowań.



Najważniejsze zasoby i wytyczne: koordynacja i współpraca między różnorodnymi sektorami i interesariuszami



World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part A: LIVE LIFE Core Pillar: Multisectoral collaboration.](#)

The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activities 1.1 Coordinate MHPSS within and across sectors; 2.1 Design, plan and coordinate MHPSS programmes.](#)

Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń. [Działania MSP 1.1 Koordynacja MHPSS w obrębie sektorów i między sektorami; 2.1 Projektowanie, planowanie i koordynacja programów MHPSS.](#)





1.2. Ocena kontekstu, potrzeb i zasobów w celu ukierunkowania programów

Dlaczego?

Przeprowadzenie szybkiej oceny lub analizy sytuacyjnej może dostarczyć kluczowych informacji na temat samobójstw i ich prewencji w odniesieniu do danego kraju, regionu lub społeczności dotkniętej kryzysem. Analiza taka ma także zasadnicze znaczenie dla **planowania działań** w zakresie prewencji samobójstw, dostosowanych do danego kontekstu, zapewnienia ich **skuteczności** oraz podjęcia interwencji tam, gdzie są one **najbardziej potrzebne** w pomocy humanitarnej.

Jak?

Należy ustalić, czy **istnieją już analizy sytuacyjne lub inne oszacowania**, które skupiają się na danych dotyczących samobójstw i samouszkodzeń, lub zawierają takie informacje (przygotowane przez agendy rządowe lub podmioty humanitarne). Należy maksymalnie wykorzystać już istniejące informacje przed przystąpieniem do zbierania nowych danych.

Analizy sytuacyjne lub szybkie oszacowania, opracowane w sytuacjach kryzysów humanitarnych zazwyczaj skupiają się na następujących aspektach:

Zrozumienie kontekstu krajowego (ramy prawne, plany krajowe)

Zrozumienie postrzegania, doświadczeń i postaw, związanych z samobójstwem w populacji docelowej

Udokumentowanie możliwości i zasobów istniejących w danych społecznościach oraz dostępnych świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej, zdrowia psychicznego i ochrony/opieki społecznej

Zbieranie danych o postawach i opiniach dotyczących luk i możliwości w ramach istniejących programów



Przeprowadzenie rzetelnych i spełniających założone cele badań ankietowych wymaga starannego planowania oraz zasobów i wiedzy specjalistycznej wystarczających, aby zebrać, przechowywać i analizować zebrane dane. W kontekście humanitarnym takie wymagania są trudne do spełnienia i generalnie nie zaleca się, aby badania ankietowe były wykorzystywane jako rutynowe narzędzie do zbierania wrażliwych danych o myślach i zachowaniach samobójczych.

- › Wymienione tutaj metody, narzędzia i pytania mogą być wykorzystane do analizy/oceny **sytuacji specyficznej dla zapobiegania samobójstwom lub mogą być również częścią szerszej i bardziej ogólnej oceny w zakresie MHPSS.**
- › Szybka analiza/ocena sytuacyjna skupia się na gromadzeniu istotnych informacji, które są konieczne do zaplanowania kolejnych kroków. Zaleca się przeprowadzenie i zakończenie takiej analizy **w ciągu kilku tygodni.**
- › Pracownicy i wolontariusze zbierający dane w zakresie MHPSS od dotkniętych kryzysem społeczności muszą wiedzieć, jak przestrzegać zasad etycznych i zaleceń dotyczących bezpieczeństwa oraz jak skutecznie stosować podstawowe umiejętności w zakresie przeprowadzania wywiadów, a także muszą posiadać **podstawowe umiejętności w zakresie wsparcia psychospołecznego** (w tym wiedzę dotyczącą skierowań do bardziej zaawansowanych świadczeń).
- › Konieczna jest **koordynacja** z odpowiednimi **interesariuszami** i grupami (Techniczne grupy robocze ds. MHPSS, konkretne grupy zadaniowe; zob. również 1.1) w celu zapewnienia współpracy w realizacji spójnych i skutecznych działań zapobiegających samobójstwom.
- › Wszystkie **raporty powinny być udostępniane** za pośrednictwem **Technicznej grupy roboczej** ds. MHPSS i innych odpowiednich grup, aby uniknąć powielania działań i i w celu zapewnienia informacji pomocnych w organizowaniu pomocy humanitarnej.



Ramy polityczne i prawne, krajowe strategie i plany

Pytania do oceny

Jakie są krajowe **ramy prawne** dotyczące samobójstw i obowiązkowego zgłaszania?

Czy istnieje **specjalna strategia krajowa** (w tym przydzielony budżet) **zapobiegania samobójstwom**?

Czy zapobieganie samobójstwom jest wymienione **w innych istniejących odpowiednich planach**, takich jak plany dotyczące zdrowia psychicznego, alkoholu i używania substancji lub chorób niezakaźnych?

Czy **populacje dotknięte kryzysem humanitarnym** są uwzględnione w tych planach?

Metody i narzędzia gromadzenia informacji

Dyskusje i wywiady z **kluczowymi informatorami** (z ramienia rządu, agend ONZ, Techniczne grupy robocze ds. MHPSS)
Kwerenda literatury i przegląd krajowych planów i strategii; zobacz także linki WHO do strategii krajowych¹⁷ oraz MiNDbank WHO.¹⁸

Główne kwestie do rozważenia i analizy:

- Jaki jest **status prawny** samobójstwa i prób samobójczych oraz jakie są konsekwencje prawne dla osób fizycznych (wyroki sądowe)?
- W stosownych przypadkach, jak wygląda możliwość **dekryminalizacji** samobójstw, prób samobójczych i innych aktów samouszkodzeń?
- Jakiek są przepisy krajowe, dotyczące **obowiązkowego zgłaszania i hospitalizacji psychiatrycznej** w stosunku do osób wyrażających zamiar pozbawienia się życia/pragnienie śmierci?
- Czy istnieje **prawodawstwo lub polityka w zakresie prewencji samobójstw** (świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego, redukcja szkodliwego używania narkotyków i alkoholu, zatrudnienie, powszechna opieka zdrowotna/ubezpieczenie zdrowotne, świadczenia z zakresu opieki społecznej)?
- Jakiek działania w zakresie zapobiegania samobójstwom są **uwzględniane i traktowane priorytetowo w krajowych strategiach i planach**?
- Jakiek bieżące krajowe działania w zakresie zapobiegania samobójstwom mogą być wykorzystane, dostosowywane lub rozszerzone na **populacje dotknięte sytuacjami kryzysowymi**?
- Zapewnienie **dostępu do świadczeń wszystkim grupom**, w tym **migrantom**, którzy często są bardziej narażeni na szkody ze względu na język, wykluczenie z krajowego systemu opieki zdrowotnej lub inne bariery.

17. World Health Organization (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples, and indicators*.

18. World Health Organization (n.d.). *WHO MiNDbank: More inclusiveness needed in disability and development*.

Dane dostępne w warunkach pomocy humanitarnej

Pytania do oceny



Jakie dane i inne informacje są dostępne na temat samobójstw i samouszkodzeń?

Czy osoby z określonymi profilami lub pewne grupy osób w warunkach kryzysu humanitarnego są bardziej **zagrożone** (np. płeć, grupa wiekowa, grupa etniczna lub osoby w określonych lokalizacjach geograficznych)?

- Liczba **zgonów** samobójczych;
- Liczba lub zakres przypadków **samouszkodzeń**;
- **Metody** samobójstwa i prób samobójczych (samospalenie);
- **Dane demograficzne** osób (płeć, wiek, obszar geograficzny);
- Podejrzewane **czynniki ryzyka** lub **czynniki wywołujące** samobójstwo (w tym specyficzne czynniki stresogenne);
- Otrzymane wsparcie i **interwencje** (w ramach opieki zdrowotnej lub innych świadczeń);
- Jakość i częstotliwość **relacji na temat samobójstw w mediach**.

Główne kwestie do rozważenia i analizy:

- Kto i jak podejmuje decyzję, że dany zgon lub uraz miał **charakter samobójczy**? Należy rozważyć, w jaki sposób identyfikacja samobójstw może wpłynąć na zgłaszalność samobójstw i jakość dostępnych danych, a także na potencjalne zaniżanie liczby samobójstw (związane z piętnem, a także uwarunkowaniami prawnymi).
- Jak i przez kogo **dokumentowane i zgłaszane** są samobójstwa i samouszkodzenia? Czy istnieje nieformalny system obserwacji w krajach, w których samobójstwo jest kryminalizowane?
- Według których zmiennych dane są **zdezagregowane**?
- Należy pozyskać dane zdezagregowane z uwagi na:
 - a) kontekst (krajowy, regiony, mniejsze obszary administracyjne, opieka szpitalna, opieka ambulatoryjna, oddziały ratunkowe, ośrodki detencyjne, obozy dla uchodźców itp.);
 - b) grupy ludności (cała populacja z podziałem na płeć, grupy wiekowe, grupy etniczne, grupy religijne, status migranta, obszary miejskie i wiejskie, status społeczno-ekonomiczny; osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby z niepełnosprawnością).
- Należy **obliczyć wskaźniki** (zgony lub przypadki na 100 000) oprócz wartości absolutnych, aby zidentyfikować subpopulacje nieproporcjonalnie dotknięte samobójstwami.
- Należy zapoznać się z danymi wieloletnimi, aby **zidentyfikować trendy**.

Metody i narzędzia gromadzenia informacji

Przegląd i analiza dostępnych źródeł danych wtórnych

(systemy informacji zdrowotnej, rejestry śmiertelności, systemy monitoringu ochrony takie jak proGres V4, dane zbiorcze z systemu zarządzania informacjami GBV (GBVIMS), systemy ochrony dzieci).

Dyskusje i wywiady z kluczowymi informatorami, w tym członkami społeczności i świadczeniodawcami (świadczeniodawcami w zakresie zdrowia psychicznego, a także zdrowia ogólnego, przeszkolonymi w zakresie zdrowia psychicznego, pracownikami oddziałów ratunkowych, świadczeniodawcami opieki społecznej i ochrony, w tym specjalistami w zakresie przemocy ze względu na płeć oraz ochrony dzieci [GBV i CP]).

Informacje o trendach w danym kontekście humanitarnym

Pytania do wykorzystania podczas oceny

Jakie są **najczęściej stosowane metody samobójcze**?

Jak łatwo **dostępne lub osiągalne** są najczęstsze metody samobójcze?

Czy dotknięte kryzysem populacje **znajdują się w pobliżu** potencjalnych miejsc, związanych z dużą liczbą samobójstw?

Metody i narzędzia gromadzenia informacji!

Wywiady z kluczowymi informatorami i dyskusje w grupach fokusowych.
Przegląd danych (IMS i operacyjne systemy zarządzania danymi MHPSS).

Główne kwestie do rozważenia i analizy:

- Czy istnieją **konkretne miejsca** (rzeki, tory kolejowe, mosty lub wieżowce) związane z poprzednimi samobójstwami?
- Czy **dotknięte kryzysem populacje** znajdują się w pobliżu takich konkretnych miejsc?

Pytania do wykorzystania podczas oceny

Jakie są **poglądy w społeczności** na temat samobójstw i zapobiegania samobójstwom wśród dotkniętych populacji i świadczeniodawców (wiedza, stygmatyzacja, postawy kulturowe i religijne)?

Jakie są **sposoby radzenia sobie** i szukania pomocy oraz jakie są **bariery** w pozyskiwaniu opieki dla osób z myślami samobójczymi i/lub relevantnymi zaburzeniami psychicznymi (depresja)?

Metody i narzędzia gromadzenia informacji

Kwerenda źródeł wtórnych
(w tym piśmiennictwa z zakresu nauk społecznych i antropologii).

Dyskusje ze świadczeniodawcami obsługującymi dotknięte kryzysem populacje.

Wywiady z kluczowymi informatorami i dyskusje w grupach fokusowych z członkami społeczności i świadczeniodawcami (mogą to być ogólnie członkowie społeczności lub celowo wybrane grupy, takie jak osoby pierwszego kontaktu, pracownicy ochrony zdrowia, opieki społecznej i oświaty, policja, przywódcy duchowi; tradycyjni uzdrowiciele; osoby reprezentujące grupy ryzyka; przedstawiciele mediów, osoby, które przeżyły próby samobójcze i członkowie rodzin osób, które zmarły w wyniku samobójstwa).

Główne kwestie do rozważenia i analizy:

- Należy rozważyć, na jakie **bariery** (wiedza, postawa, język) można się natknąć podczas przygotowań do wdrożenia działań i przygotować rozwiązania, aby z tymi barierami sobie poradzić.
- Należy rozważyć sposoby budowania na fundamencie **istniejących zasobów** i sposobów radzenia sobie.



Dostępne zasoby i wsparcie

Pytania do wykorzystania podczas oceny

Jaki jest status planowanego lub trwającego **wdrażania** skutecznych **interwencji** lub **filarów** zapobiegających samobójstwom przez rząd lub podmioty humanitarne? (por. WHO (2021). LIVE LIFE)

Jakie **świadczenia i wsparcie** (formalne i nieformalne) są dostępne i osiągalne dla osób zagrożonych samobójstwem lub osób, które doświadczyły straty bliskiej osoby w wyniku samobójstwa (specjalistyczne świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego, świadczeniodawcy podstawowej opieki przeszkoleni w zakresie oceny i postępowania w samobójstwach, wszyscy pracownicy ochrony zdrowia, opieki społecznej lub inni pracownicy środowiskowi, przeszkoleni w zakresie podstawowego wsparcia psychospołecznego i ścieżek skierowań)?

Jakie **bariery napotyka** pracownicy **ochrony zdrowia i zawodów pokrewnych** w zapewnianiu wczesnej identyfikacji, oceny, postępowania i działań następczych oraz w zgłaszaniu samouszkodzeń?

Jakie są obecne **możliwości i luki w wiedzy i umiejętnościach** (w zakresie opieki zdrowotnej, opieki społecznej, oświaty, sądownictwa, grup użytkowników świadczeń) w zakresie reagowania na ryzyko samobójstwa?

Czy organizowano wcześniej **kampanie podnoszące świadomość** na poziomie krajowym lub regionalnym i jaki był wpływ tych kampanii?

Czy pracownicy ochrony zdrowia są **przeszkoleni** w zakresie zarządzania nagłymi **przypadkami medycznymi** [dosł. przypadkami nagłego zagrożenia zdrowotnego] związanymi z samobójstwem (ostre zatrucie pestycydami)?

Czy istnieją obecnie **inicjatywy na rzecz budowania potencjału** w zakresie wczesnej identyfikacji, oceny, postępowania i działań następczych, w tym w odniesieniu do lokalnych i regionalnych pracowników oświaty, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa?

Czy istnieją obecnie **grupy lub stowarzyszenia dla użytkowników świadczeń i/lub osób z doświadczeniem samobójstwa**? Jakie wsparcie zapewniają?

Czy pracownicy ochrony zdrowia i policji oraz inne osoby reagujące na sytuacje samobójcze są szkoleni w celu **zmniejszenia bezpośredniego ryzyka samobójstwa** (ograniczenie dostępu do metod samobójczych)?

Czy **oferowane świadczenia i materiały są dostępne i zapewnione dla wszystkich** grup ludności, dotkniętych kryzysem humanitarnym (informacje umożliwiające dostęp do usług są rozpowszechniane w odpowiednich językach i w różnych formatach, np. łatwe do czytania i słuchania)?

Główne kwestie do rozważenia i analizy:

- Określenie **istniejących (publicznych i prywatnych) świadczeń** (w sektorze zdrowia, w społecznościach lokalnych i innych sektorach, infolinii lub świadczeń w zakresie ochrony dorosłych i dzieci) oraz ocena dostępności, wykorzystania i jakości istniejących świadczeń oraz sposobów ich wzmocnienia.
- Określenie **luk w dostępnych usługach** i identyfikacja wszelkich problemów związanych z dostępnością (w tym problemów specyficznych dla konkretnych grup).
- Zapewnienie dostępności świadczeń i materiałów **w odpowiednich językach** w celu udostępnienia ich migrantom i uchodźcom, którzy nie posługują się językiem(językami) lokalnym(i).
- Gdzie są możliwości **budowania potencjału**? Należy uwzględnić szkolenia pracowników przed przystąpieniem do wykonywania obowiązków oraz szkolenie zawodowe, a także szkolenia w ramach ciągłego rozwoju zawodowego.
- Gdzie można **wzmocnić współpracę** (powiązania i skierowania) między sektorami, służbami i pracownikami w konkretnych środowiskach?
- Którzy **interesariusze** już wdrażają działania zapobiegające samobójstwom lub świadczą usługi i mogą być **zaangażowani** (również 1.1.)?
- Jakie podmioty już wdrażają lub **opracowały materiały szkoleniowe**, na których można budować?

Metody i narzędzia gromadzenia informacji

Katalogi świadczeń/ listy kontaktowe

Mapowanie MHPSS 4W (z ang. **who, where, what, when**):
Kto robi? Co robi? Gdzie i kiedy?

Analiza luk w zakresie MHPSS MSP

Dyskusje z **Technicznymi grupami roboczymi** ds. MHPSS i innymi grupami koordynacyjnymi.

Dyskusje z **pracownikami relevantnych organizacji** (opieka zdrowotna, ochrona, oświata, bezpieczeństwo/policja, opieka społeczna, odpowiednie ministerstwa).

Dyskusje z różnymi **przedstawicielami społeczności** (młodzież, mężczyźni, osoby, które doświadczyły GBV, osoby z niepełnosprawnością)



Kluczowe zasoby i wytyczne: ocena kontekstu, potrzeb i zasobów w celu ukierunkowania programowania

LIVE LIFE

World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part A: LIVE LIFE Core Pillar: Situation analysis.](#)

World Health Organization (2014) [Preventing suicide: A global imperative. Box 8. Conducting a situation analysis: SWOT example \(p. 68\).](#)



The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activities 1.2 Assess MHPSS needs and resources to guide programming: 2.1 Design, plan and coordinate MHPSS programmes.](#)

Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń. [Działania MSP 1.2 Ocena potrzeb i zasobów MHPSS w celu ukierunkowania programowania 2.1 Projektowanie, planowanie i koordynacja programów MHPSS.](#)

IASC

IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Action sheet 2.1.](#)

Wersja polska: [Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych. Arkusz działań 2.1.](#)

Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców UNHCR (2022) Projekt: Zapobieganie samobójstwom i łagodzenie ryzyka samobójstw w środowisku uchodźców: Wielosektorowy zestaw narzędzi dla operacji UNHCR.

Ten materiał zawiera szczegółową listę sugerowanych narzędzi i szablonów do analiz sytuacyjnych/szybkich ocen.

Poglądowe przykłady analiz sytuacyjnych, koncentrujących się na zapobieganiu samobójstwom lub obejmujących takie zapobieganie.

Abbas MJ, Alhemiary N, Razaq EA, Naosh S, Appleby L (2018). [The Iraqi national study of suicide: Report on suicide data in Iraq in 2015 and 2016. J. Affect Disord. 15\(229\):56-62.](#)

International Medical Corps (2017). [Puerto Rico suicide prevention case study.](#)

De Lara M. (2019). [WHO Gaziantep situational analysis conducted in Northwest Syria \(online survey data\).](#)



2.

*Zasadnicze elementy
wszystkich programów*

2.1 Podnoszenie świadomości i rzecznictwo

Dlaczego?

Podnoszenie świadomości w celu zapobiegania samobójstwom w warunkach kryzysów humanitarnych ma zasadnicze znaczenie dla zwrócenia uwagi społecznej na samobójstwo jako poważny i możliwy do uniknięcia problem zdrowia publicznego oraz dla dotarcia zarówno do agencji humanitarnych, jak i dotkniętych kryzysami populacji.

Rzecznictwo może przyczynić się do bardziej efektywnej współpracy międzysektorowej, lepszej alokacji zasobów i opracowania polityki w celu wzmocnienia środków zapobiegania samobójstwom i wpływania na różnych decydentów i twórców polityk oraz innych interesariuszy.

Jak?

Należy rozważyć zaangażowanie wielu **interesariuszy**, takich jak media, ministerstwa zdrowia, mechanizmy koordynacji humanitarnej (w tym Techniczne grupy robocze ds. MHPSS, klaster zdrowia, CP i GBV AoR), osoby z doświadczeniem samobójstwa, przedstawiciele grup docelowych (młodzież, mężczyźni, osoby, które doświadczyły GBV, osoby z niepełnosprawnością, migranci); organizacje pozarządowe i osoby mające wpływ w społecznościach (przywódcy religijni lub społeczni, tradycyjni uzdrowiciele, młodzieżowe sieci wsparcia rówieśników); promotorzy/ambasadorzy zdrowia psychicznego (celebryci i inne znane osoby z doświadczeniem samobójstwa).

Dwie najważniejsze coroczne daty w kalendarzu zapobiegania samobójstwom to:



Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom został ustanowiony w 2003 roku przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom (IASP) we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO). Data 10 września każdego roku skupia uwagę na tej kwestii, zmniejsza stygmatyzację i podnosi świadomość wśród organizacji, rządu i społeczeństwa, z jednoznacznym przesłaniem: samobójstwom można zapobiec.

Podnoszenie świadomości i opracowywanie kluczowych komunikatów powinno angażować kluczowych interesariuszy (zob. 1.1), opierać się na wynikach oceny/analizy sytuacyjnej (powszechne błędne przekonania, dostępne zasoby: zob. 1.2) i może obejmować takie tematy, jak:

- Samobójstwo i związane z nim **ryzyko oraz czynniki ochronne**;
- **Znaki ostrzegawcze** i wczesna **identyfikacja zachowań** samobójczych (w tym różnice z uwagi na wiek, płeć oraz inne podgrupy w populacji);
- Wspieranie **grup ryzyka**;
- Powszechne **błędne przekonania**;
- **Pozytywne sposoby radzenia sobie** z dystresem psychicznym i myślami samobójczymi;
- **Jak pomagać** osobom z myślami lub zachowaniami samobójczymi i jak je wspierać;
- Postwencja, w tym wskazówki dotyczące **wspierania** rodzin, które odniosły stratę w wyniku samobójstwa.
- Upewnienie się że przekaz jest **zawsze pozytywny** i pełen nadziei.

Niezwykle ważne jest **zamieszczenie informacji o tym, gdzie i jak uzyskać pomoc** (informacje o dostępnych lokalnych numerach infolinii MHPSS, centrach MHPSS lub lokalnych formach opieki w zakresie zdrowia psychicznego oraz infoliniach ds. ochrony dzieci).¹⁹

19. World Health Organization (2018). *Preventing suicide: A community engagement toolkit*.

Należy zadbać o to, by przekaz był właściwy i odnosił się do mitów i błędnych przekonań oraz używał języka, który nie jest sensacyjny ani szkodliwy. Przekazy trzeba testować w grupach docelowych i z osobami z doświadczeniem samobójstwa (patrz 1.1), starannie monitorować i ewaluować, jak komunikaty są postrzegane, a także doskonalić je na podstawie otrzymanych informacji zwrotnych.



Metody i treści komunikatów należy tworzyć w taki sposób, by były dostosowane i dostępne dla populacji docelowej w kryzysie humanitarnym, uwzględniając następujące czynniki:

- Różne **grupy wiekowe** (starsi dorośli mogą preferować inne metody komunikacji niż grupy nastolatków) i **płeć**;
- **Społeczno-demograficzny i językowy profil** danej społeczności (komunikaty w głównych używanych językach; elementy wizualne i treści reprezentatywne dla danej grupy, np. rasy, statusu migranta, orientacji seksualnej, wyznania).
- **Umiejętność** czytania i pisania (używaj komunikatów werbalnych lub wizualnych, np. opartych na obrazach);
- Różne sposoby **dotarcia do populacji docelowej** w zależności od kontekstu (media społecznościowe, audycje radiowe, wydarzenia i dyskusje w społeczności, ulotki czy billboardy);
- **Dostępność i inkluzywność** dla wszystkich grup w społeczności, w tym **dzieci i osób z niepełnosprawnością oraz osób, które przeżyły GBV** (należy rozważyć istnienie barier komunikacyjnych oraz zapewnienie dostępności informacji i materiałów w odpowiednich formatach, np. w formie łatwej do czytania czy w językach używanych w danej społeczności).

Należy zintegrować podnoszenie świadomości i komunikowanie kluczowych treści z dostępnymi świadczeniami i wsparciem, z których korzystać mogą osoby z grup ryzyka, takimi jak:

- Opieka zdrowotna;
- Działania MHPSS prowadzone w środowisku lokalnej społeczności;
- Działania grupowe na rzecz zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci i młodzieży;
- Formalne i nieformalne przestrzenie edukacyjne;
- Świadczenia ochrony, w tym bezpieczne przestrzenie dla kobiet i dziewcząt;
- Punkty rejestracji lub weryfikacji, dystrybucji i lokalizacje, w których korzystać można ze świadczeń.



Rzecznictwo służy wpływniu na zmianę:

- ◇ Przeznaczenie **większych środków finansowych** na zapobieganie samobójstwom, w tym finansowanie przez darczyńców;
- ◇ Zapobieganie samobójstwom włączone do **planów dotyczących szkół, miejsc pracy i systemów opieki zdrowotnej**;
- ◇ **Zmiana polityczna** (w tym dekriminalizacji samobójstwa), alokacja zasobów i wsparcia dla grup szczególnie wrażliwych;
- ◇ **Konkretne działania zapobiegające samobójstwom** (zob. 3.1 w kwestii ograniczania dostępu do metod oraz 3.2 w kwestii odpowiedzialnej komunikacji i relacji medialnych);
- ◇ Działania, które pomagają zapewnić, że **odpowiedź na kryzys humanitarny** ma na celu zminimalizowanie stresu i promowanie zdrowia psychicznego, dobrostanu i wsparcia dla dotkniętej ludności.



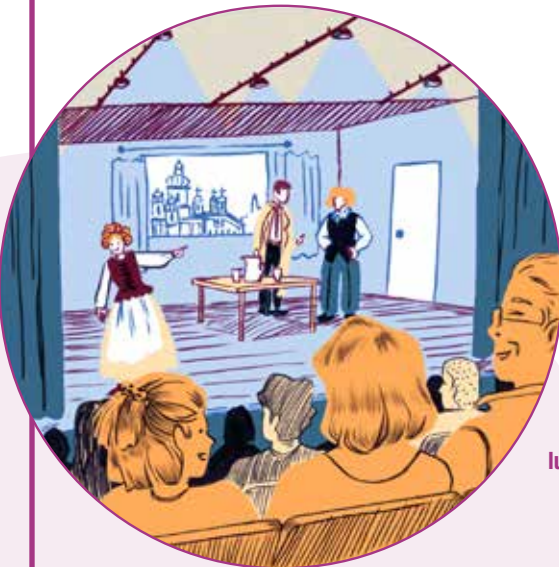


Przykłady z terenu



W Sudanie Południowym pięć lat po wojnie domowej, w kraju doświadczającym poważnego kryzysu żywnościowego, IOM wspierała program, w ramach którego występy muzyczne i teatralne były emitowane przez lokalne stacje radiowe. Miały one na celu promowanie środków zapobiegających samobójstwom i budowanie świadomości społecznej na temat prostych gestów lub działań, takich jak zainicjowanie kontaktu i zapytanie, jak dana osoba sobie radzi, wspieranie innych w wyrażaniu ich obaw i oferowanie wysłuchania danej osoby. Kluczowe przesłania dotyczące zapobiegania samobójstwom zostały opracowane przez IOM i rozpowszechnione w celu edukowania i uwrażliwiania członków społeczności w zakresie zapobiegania samobójstwom, a także zmniejszania stygmatyzacji osób, które próbowały popełnić samobójstwo i ich rodzin.²⁰

W Jordanii, która od dziesięcioleci przyjmuje wielu uchodźców, znajduje się obecnie około 1,3 miliona uchodźców syryjskich (z czego 672 000 formalnie zarejestrowanych), z których 80% żyje poniżej granicy ubóstwa. Ponadto, 15% samych Jordańczyków także żyje poniżej granicy ubóstwa, a kraj przyjął również dwa miliony uchodźców palestyńskich. GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), UNHCR, Ambasada Niderlandów oraz Międzynarodowy Korpus Medyczny (IMC) Jordania nawiązały współpracę w ramach projektu mającego na celu ułatwienie prowadzenia warsztatów i wystaw, które umożliwią osobom z doświadczeniem zachowań samobójczych wykorzystanie sztuk plastycznych jako formy ekspresji, współpracę z innymi i prezentację swoich prac na wystawach. Miało to na celu zwiększenie świadomości problemu samobójstw oraz danie możliwości wyrazu i formy ekspresji osobom z doświadczeniami myśli i zachowań samobójczych.²¹



W Ukrainie, w kontekście trwającej wojny, IMC zorganizował kampanię zwiększającą świadomość na temat samouszkodzeń i zapobiegania samobójstwom wśród nastolatków i młodzieży. Zespół MHPSS przeszkolił pracowników środowiskowych, którzy prowadzili sesje zwiększające świadomość na temat samouszkodzeń i zapobiegania samobójstwom na poziomie społeczności i środowisk lokalnych. Ulotki informacyjne wyjaśniały, w jaki sposób rozpoznać, że dana osoba może mieć intencje samobójcze, jak komunikować się we właściwy sposób z taką osobą i jak pomóc jej znaleźć wsparcie w zakresie MHPSS, a także podawały numery telefonów do krajowych infolinii kryzysowych. Ponadto młodzieżowa amatorska grupa teatralna z wioski w pobliżu miejsca pracy infolinii zaprezentowała przedstawienia teatralne dla widowni młodzieżowej w różnych miejscach, aby uczyć ludzi, jak przekazywać przesłanie nadziei osobom, które potrzebują wsparcia.

20. Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji – Sudan Południowy (2020). *Mental Health and Psychosocial Support Quarter 3 report*.

21. Francis A (2015). *Jordan's refugee crisis*. *Carnegie Endowment for International Peace*.

Facylitacja działań na rzecz zwiększenia spójności społeczności i środowisk oraz wzajemnego wsparcia



Czynniki ryzyka samobójstwa, powszechnie występujące w kontekście kryzysów humanitarnych, obejmują niewystarczające wsparcie społeczne i więzi społeczne. Osoby żyjące w takich warunkach mogą zostać przytłoczone uczuciem bezradności i rozpacz, mogą stracić poczucie sprawczości i może się u nich rozwinąć pogłębiona postawa zależności i zniechęcenia. Może to prowadzić do wielu problemów społecznych, w tym samobójstw. Kluczowymi elementami zapobiegania samobójstwom jest promowanie dobrostanu społeczności i tworzenie sieci opartych na społeczności, które mogą sprzyjać ochronnym i wspierającym środowiskom oraz poczuciu więzi społecznej.

Potencjalne działania, które sprzyjają wsparciu społecznemu i w których można zintegrować kluczowe komunikaty i podnoszenie świadomości, muszą być współtworzone ze społecznościami i mogą obejmować:

- Ustanowienie bezpiecznych przestrzeni społecznych i centrów społecznościowych, które mogą służyć jako miejsca nadziei, pozytywnego nastawienia i więzi społecznych;
- Wspieranie inicjatyw społecznościowych wzmacniających solidarność i spójność społeczną;
- Wspieranie działań kulturalnych i rekreacyjnych, które są ludziom znajome, szczególnie takich, które łączą segmenty społeczności pochodzące z różnych pokoleń.

Zapewnienie, że wszystkie takie działania są dostosowane do wieku i płci, aby zapewnić bezpieczną przestrzeń społeczną dla dzieci i młodzieży.



Działania MHPSS MSP:

- 3.3 Rozpowszechnianie najważniejszych informacji na temat wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego;
- 3.4 Wspieranie działań MHPSS prowadzonych przez społeczność;
- 3.5 Realizacja zadań z zakresu działań wspomagających wczesny rozwój dzieci (ang. Early Childhood Development - ECD);

- 3.6 Prowadzenie działań grupowych, wspomagających zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny dzieci;
- 3.7 Wspieranie opiekunów w promowaniu zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci;
- 3.9 Zapewnienie MHPSS w miejscach bezpiecznych dla kobiet i dziewcząt.

Uwaga: należy upewnić się, że możliwe będzie zaspokojenie zapotrzebowania na świadczenia i wsparcie



Zwiększenie świadomości w zakresie zdrowia psychicznego, będzie prawdopodobnie prowadzić do **wzrostu zapotrzebowania na świadczenia** i wsparcie. Oznacza to, że oprócz wysiłków na rzecz podnoszenia świadomości, pracownicy powinni być przygotowani na zaspokojenie rosnącego zapotrzebowania lub być w stanie **skierować do źródeł właściwych świadczeń oraz wsparcia**.

Kluczowe zasoby i wytyczne: podnoszenie świadomości i rzecznictwo

LIVE LIFE [World Health Organization \(2021\). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)



The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activities 3.1 Orient humanitarian actors and community members on MHPSS and advocate for MHPSS considerations and actions; 3.3 Disseminate key messages to promote mental health and psychosocial well-being.](#)

Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń.

[Działania MSP 3.1 Przekazanie podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności informacji na temat MHPSS oraz rzecznictwo w zakresie MHPSS; 3.3 Rozpowszechnianie najważniejszych informacji na temat wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego.](#)

WHO (2021). [WHO World Mental Health Day 2021. Key messages on suicide.](#)

World Health Organization (2019). [World suicide prevention day 2019 – 40 seconds of action.](#)

World Health Organization (2014). [Preventing suicide: A global imperative.](#)

World Health Organization (n.d.). [Preventing suicide: Information for journalists and others writing about suicide.](#)

[International Association for Suicide Prevention.](#)

World Health Organization (n.d.). [Suicide Prevention.](#)

Zaangażowanie młodzieży i rzecznictwo prowadzone przez młodzież: Fundusz Narodów

Zjednoczonych na rzecz dzieci (2020). [Adolescent Mental Health Matters.](#)

Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz dzieci Wielka Brytania (2019). [Youth Advocacy Toolkit.](#)

Przykład filmu wideo podnoszącego świadomość: International Association for Suicide Prevention (2022). [World Suicide Prevention Day: Creating Hope Through Action.](#)



IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. \[Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych\] Arkusze działań 8.1. 8.2.](#)



2.2. Kontrola, monitoring i ewaluacja

Dlaczego?

Działania w zakresie **monitoringu i ewaluacji** oceniają, czy działania zapobiegawcze i reagowania przyniosą pożądane rezultaty. Ewaluacja w perspektywie długoterminowej za pomocą różnych wskaźników

jest konieczna do określenia, czy zaobserwowane zmiany są związane z podejmowanymi działaniami prewencyjnymi (poprawa wiedzy, postaw i postępowania pracowników ochrony zdrowia/zdrowia psychicznego, zwiększona liczba osób korzystających ze świadczeń i wsparcia). Ocena taka może być pomocna w optymalizacji działań programowych.

Jak?

Kompleksowa lista wskaźników opracowanych z myślą o sytuacjach kryzysowych jest dostępna w przewodniku wdrożeniowym programu WHO LIVE LIFE²² oraz w ramowym programie monitoringu i ewaluacji IASC dla MHPSS.²³

Odpowiedzialne korzystanie z danych

Zebrane dane powinny być wykorzystywane przede wszystkim w celu wspierania opracowywania działań programowych oraz podkreślenia negatywnego wpływu kontekstowych czynników stresogennych na dobrostan społeczności, a także do działań rzeczniczych dla poszerzania zasobów w zakresie prewencji i reagowania. Należy starannie rozważyć konieczność, ryzyko i implikacje etyczne wykorzystania zebranych danych przed zatwierdzeniem takiego wykorzystania dla komunikacji zewnętrznej, w tym na potrzeby sprawozdawczości rządowej lub informacji dla darczyńców. Wszelkie potencjalne sposoby wykorzystania danych powinny być zawarte w materiałach dotyczących świadomej zgody, które powinny być dostępne w formie pisemnej lub ustnej w języku dotkniętej populacji, stosownie do sytuacji.



Należy dzielić się doświadczeniami zdobytymi podczas monitoringu i oceny programów (za pośrednictwem Technicznych grup roboczych ds. MHPSS, z podmiotami krajowymi), aby wesprzeć opracowywanie i realizację innych działań na rzecz zapobiegania samobójstwom.

Zagrożenia i bezpieczeństwo gromadzenia danych

Projektowanie systemów nadzoru/monitoringu musi uwzględniać użyteczność i konieczność wszystkich zebranych danych, a także **nieodłączne ryzyko** dla całej dotkniętej społeczności, w szczególności tych osób, które mogą doświadczyć szkód w wyniku gromadzenia danych (osoby, które doświadczyły GBV, osoby starsze, dzieci i młodzież). Ponadto należy wziąć pod uwagę **kontekst prawny samobójstwa** w danym kraju, i anonimizować zebrane dane, by nie były identyfikowalne, w celu zapobieżenia kryminalizacji osób, które przeżyły próby samobójcze. Należy gromadzić wyłącznie dane niezbędne do prowadzenia ukierunkowanych interwencji w zakresie zdrowia publicznego, zgodnie z ustaleniami poczynionymi z udziałem zainteresowanej społeczności.

Prowadzenie bieżących analiz ryzyka w celu oceny metod gromadzenia i przechowywania danych oraz ich wykorzystania. Należy również ocenić skutki zmian i wyzwiań kontekstowych.

Priorytetem jest udostępnienie danych społeczności, od której zostały pozyskane. Można to zrobić poprzez prezentacje w danym środowisku, audycje radiowe lub inne kanały preferowane przez daną społeczność.

Wybierając platformę do hostingu i utrzymywania danych, należy się upewnić, że podmiot przyjmujący jest relatywnie stabilny, zachowuje poufność i ma w tym kontekście ugruntowaną pozycję. Udokumentowana historia etycznych praktyk zarządzania danymi jest w tym przypadku ważniejsza niż same możliwości techniczne. Należy zweryfikować gotowość organizacji hostingowej do kontynuowania ciągłej, znaczącej współpracy partnerskiej z dotkniętą społecznością.

22. World Health Organization (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.*

23. IASC (2021). *IASC Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: With means of verification (Version 2.0).*

Wspieranie systemów nadzoru/monitoringu

Brak wystarczającej wiedzy na temat samobójstw w kontekstach kryzysów humanitarnych jest częściowo spowodowany brakiem adekwatnych procesów kontroli i rejestracji samobójstw i samouszkodzeń. Informacje gromadzone w ramach działań w zakresie nadzoru/monitoringu stanowią źródło informacji przydatnych dla opracowywania strategii w zakresie zdrowia publicznego i ukierunkowanych interwencji na potrzeby opracowywania i wdrażania programów.

- **Nadzór/monitoring** mogą dać wgląd w zakres i nasilenie zachowań samobójczych oraz kluczowe czynniki, które je napędzają, a także mogą dodatkowo rzucić światło na wpływ kontekstowych stresorów na samobójstwo. Należy zapewnić, że proces nadzoru/monitoringu pozostaje **skuteczny i odpowiedni w miarę rozwoju sytuacji**, a dotknięta społeczność i kluczowi interesariusze czują się komfortowo i akceptują praktyki gromadzenia i przechowywania danych stosowane w tym procesie.

Kontrola: co rejestrować?

- Dane dotyczące **liczby samobójstw i samouszkodzeń** (zdezagregowane co najmniej według płci, wieku i metody).
- **Podjęte działania** (skierowanie na świadczenia MHPSS i interwencje rodziny lub członków społeczności, zidentyfikowane czynniki przyczynowe, takie jak stre-sory interpersonalne lub sytuacyjne, świadomość rodziny i innych osób co do stopnia ryzyka oraz punkt pierwszego kontaktu ze świadczeniami).

Nadzór/monitoring: źródła informacji

- Przegląd **istniejących systemów** rutynowego gromadzenia danych, takich jak systemy rejestracji cywilnej i najważniejszych statystyk (ang. civil registration and vital statistics – CRVS) oraz dokumentacji prowadzonej przez placówki ochrony zdrowia i policję.
- Należy rozważyć **modelowanie lub integrację systemu nadzoru/monitoringu z już funkcjonującym, istniejącym systemem**:
 - › krajowe strategie zapobiegania samobójstwom, w tym monitoring ryzyka i nadzór (preferowane, gdy integracja strategii krajowej nie zwiększa ryzyka dla dotkniętej społeczności);
 - › stosowane lokalne systemy gromadzenia danych (programy na poziomie agencji, GBVIMS, UNHCR System Informacji o Zdrowiu – Rejestr Zgonów i Wytyczne Sfery, 2.4 Przykładowe rutynowe zarządzanie zdrowiem w ramach Systemu Informacyjnego Zarządzania Zdrowiem (HMIS) formularz raportu z nadzoru²⁴).
- Należy współpracować z **wieloma podmiotami humanitarnymi i społecznymi**, które mogą mieć unikatowy (specyficzny) wgląd w istniejące systemy gromadzenia danych, ryzyko związane z gromadzeniem poufnych danych w danym kontekście i wiedzę o tym, gdzie zbierać dane dotyczące zgonów samobójczych, prób samobójczych i przypadków samouszkodzeń. Będzie się to różnić w zależności od kultury i kontekstu i powinno być określone oddzielnie dla każdego konkretnego kontekstu. Partnerzy tacy mogą obejmować podmioty/osoby w rolach związanych ze zdrowiem psychicznym, ale także innych (np. osoby odpowiedzialne za pochówki, rejestr zgonów i urodzeń, niektóre działania w społecznościach itp.). Podmioty społeczne mogą obejmować liderów religijnych i społecznych, położne i inne osoby.
- **Uwrażliwienie** personelu na prowadzenie kontroli, biorąc pod uwagę możliwe wahania lub piętno społeczne, związane ze zgłaszaniem i rejestrowaniem samobójstw i samouszkodzeń.



24. Sphere (2018). *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*.



Przykłady z terenu



Opracowanie systemu zarządzania informacjami w Bangladeszu

W Koks Badzar w Bangladeszu uchodźcy muzułmańscy Rohingya z Birmy mieszkają w obozach dla uchodźców od roku 2017. Humanitarian Suicide Risk Information Management System (HSR-IMS – System Zarządzania Informacją o Ryzyku Samobójstwa) został opracowany przez Międzysektorową Podgrupę Zapobiegania Samobójstwom (Inter-Sector Suicide Prevention Subgroup), Rohingya Refugee Response. Został on opracowany na podstawie globalnych wytycznych, dotyczących rejestrów umieralności i zachorowalności i wzorowany na strukturze GBVIMS.²⁶ **HSR-IMS gromadzi dane na temat myśli, prób i zgonów samobójczych, wykorzystując istniejące oprogramowanie KoBo ToolBox do zbierania danych.**²⁷ Zbieranie danych usprawniają agencje-sygnatariusze, które zgadzają się na regularne i odpowiedzialne ich gromadzenie. Zebrane informacje triangulują dane dotyczące zachowań samobójczych, aby ujawnić więcej na temat zakresu, nasilenia i częstości występowania zachowań samobójczych w tej społeczności.

Kluczowe zasoby i wytyczne: monitoring i ewaluacja



LIVE LIFE World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)



The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activity 2.2 Develop and implement a monitoring and evaluation \(M&E\) system.](#) Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń. [Działanie 2.2 MSP Opracowanie i wdrożenie systemu monitoringu i ewaluacji \(M&E\).](#)

World Health Organization (2018) [Preventing suicide: a community engagement toolkit.](#) Rozdziały 1–3, 5–6, s. 1–30, 35–43.



IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.](#) [Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych] Arkusz działań 2.2.

25. Action Against Hunger (2021). [Rohingya crisis: Challenges in Cox's Bazar continue.](#)

26. GBVIMS (2021). [Gender-Based Violence Information Management System. Intake and Consent Forms.](#)

27. KoBo Toolbox. [Simple, robust and powerful tools for data collection.](#)

Kluczowe zasoby i wytyczne: kontrola



- LIVE LIFE** World Health Organization (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)
- World Health Organization (2021). [Preventing suicide: a resource for suicide case registration.](#)
- World Health Organization (2014). [Preventing suicide: A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration, pp. 6–21.](#)
- World Health Organization (2016). [Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Chapters 2–5, pp. 13–56.](#)
- World Health Organization (2018). [Preventing suicide: a community engagement toolkit. Chapters 1–3, 5–6, pp. 1–30, 35–43.](#)

Poglądowe przykłady kontroli, monitoringu i ewaluacji

- Cwik MF, Barlow A, Goklish N i in. (2014). [Community-based surveillance and case management for suicide prevention: An American Indian tribally initiated system. American Journal of Public Health \(ang.\). 104\(SUPPL. 3\):18-23.](#)
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D i in. (2008). [Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. World Health Organization. 86\(9\):703-709.](#)
- Haroz EE, Decker E, Lee C (2018). [Evidence for suicide prevention and response programs with refugees: A systematic review and recommendations.](#)
- Vijayakumar L, Pathare S, Jain N i in. (2020). [Implementation of a comprehensive surveillance system for recording suicides and attempted suicides in rural India. BMJ Open. 2020;10\(11\):1-9.](#)

2.3. Opieka i dbanie o dobrostan pracowników i wolontariuszy

Dlaczego?

Dobrostan personelu i wolontariuszy jest szczególnie ważny w sytuacjach kryzysu humanitarnego, ponieważ wpływa na ich zdolność do funkcjonowania w roli i wspierania populacji dotkniętych kryzysem. Incydent samobójczy wśród personelu lub dotkniętej ludności często generuje silne reakcje emocjonalne, a wczesne wsparcie ma kluczowe znaczenie.



Pracownicy i wolontariusze udzielający świadczeń i wsparcia w **bardzo stresujących i trudnych warunkach** (bezpośrednia odpowiedź w sytuacjach kryzysowych, zapewnienie opieki podczas epidemii chorób zakaźnych) mogą być również narażeni na większe ryzyko samobójstwa. Należy wziąć pod uwagę znaczenie zapewnienia odpowiedniej opieki i wsparcia dla personelu.

Jak?

Ważnym elementem troski o dobrostan personelu i wolontariuszy jest zapewnienie bezpiecznych i wysokiej jakości środków zapobiegania samobójstwom, **zanim wystąpi jakikolwiek incydent.**

Obejmuje to zapewnienie **bezpiecznego środowiska**, w którym pracownicy są zachęceni do skorzystania z **poufnych świadczeń** MHPSS, zapewnienie dostępu **do zasobów i narzędzi** z zakresu zdrowego radzenia sobie i dbania o dobrostan, zapewnienie odpowiednich, wspierających **warunków pracy**, prowadzenie regularnej superwizji i **odpraw** oraz zachęcanie do tworzenia i uczestnictwa **w sieciach** lub grupach wsparcia koleżeńskiego. Obejmuje to również **ograniczenie dostępu do metod** w miejscach pracy (ograniczenie dostępu do leków lub trucizn, instalowanie barier na dachach, patrz również 3.1).



Kluczowe zasoby i wytyczne: Opieka i dbanie o dobrostan pracowników i wolontariuszy



The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activity 2.3 Care for staff and volunteers providing MHPSS.](#)

Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń.

[\[Działanie 2.3 Dbanie o personel i wolontariuszy realizujących zadania w ramach programów MHPSS.\]](#)



IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Action sheet 4.4.](#)
Wersja polska: [Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych. Arkusze działań 4.4.](#)



2.4. Kompetencje pracowników i wolontariuszy

Dlaczego?

Samobójstwo jest złożonym i wrażliwym tematem, a osoby pracujące w prewencji samobójstw i reagowaniu na nie mogą mieć specyficzne kulturowe i kontekstowe przekonania, które wpływają na ich postrzeganie samobójstw. Ponadto, pracownicy mogą być narażeni na zwiększony poziom stresu psychologicznego podczas wspierania osób wymagających pilnego wsparcia. Dlatego ważne jest, aby personel uzyskiwał wsparcie w celu kompetentnego wspierania osób zagrożonych.

Jak?

Przed wdrożeniem programu należy upewnić się, że pracownicy i wolontariusze są zorientowani i przeszkoleni.

Pracownicy i wolontariusze powinni być wspierani w odniesieniu do następujących obszarów:

- ◇ **Odpowiedni język** (kwestie języka omówione są w rozdziale 1);
- ◇ Ochrona **poufności**, ograniczenia poufności i bezpieczeństwo (patrz 1.1, analiza sytuacyjna);
- ◇ **Ocena w kierunku ryzyka** samouszkodzenia i samobójstwa, w tym znaki ostrzegawcze związane z bezpośrednim ryzykiem, z uwzględnieniem czynników ryzyka na poziomie indywidualnym, związków/relacji, lokalnej społeczności/środowiska oraz czynników ryzyka na poziomie społeczeństwa; czynników zdrowotnych, a także czynników ryzyka specyficznych dla młodzieży (patrz przykład z ENACT poniżej);
- ◇ Ocena w kierunku czynników ochronnych, które mogą zmniejszyć bezpośrednie lub krótkoterminowe ryzyko samouszkodzenia i samobójstwa;
- ◇ Jak zapewnić **podstawowe wsparcie** osobom dotkniętym myślami samobójczymi lub osobom, które doznały straty w wyniku samobójstwa (zob. 3.4), w tym empatia, nieosądzanie, wypowiedzianie „potwierdzających” oświadczeń, korzystanie z podstawowych umiejętności psychospołecznych i wdrażanie zasad niedyskryminacji i integracji; udział dzieci i dobro dziecka (nadrzędny interes dziecka), wzmacnianie bezpieczeństwa, godności i praw ludzi oraz unikanie narażania ich na dalsze krzywdy, zapewnianie dostępu do bezstronnej pomocy zgodnie z potrzebami i bez dyskryminacji oraz wzmacnianie odporności dzieci w ramach pomocy humanitarnej;
- ◇ Jakie **świadczenia i wsparcie są dostępne i w jaki sposób kierować w celu uzyskania wsparcia, w zakresie zdrowia psychicznego** (dane kontaktowe świadczeniodawców, ścieżki skierowań, zharmonizowane, wspólne procedury i bezpieczny dostęp) oraz po inne rodzaje wsparcia (wsparcie finansowe, świadczenia z zakresu ochrony);
- ◇ Ścieżki skierowań powinny być uzgodnione i komunikowane z **Technicznymi grupami roboczymi ds. MHPSS** i innymi odpowiednimi grupami koordynacyjnymi (oświata, CP i GBV AoR) oraz stanowić część **mapowania** („4W”) i katalogów **świadczeń/list kontaktowych** (patrz także sekcja 1.1).

Jednym ze sposobów wspierania personelu w rozwijaniu wyżej wymienionych umiejętności jest **szkolenie i ocena kompetencji** w zakresie podstawowych umiejętności pomocowych, jak określono w ramach Platformy Zapewnienia Jakości we Wspieraniu Psychologicznym (EQUIP – Ensuring Quality in Psychological Support Platform).

Personel i wolontariusze powinni również mieć możliwość skontaktowania się z osobą o wyższym poziomie wiedzy specjalistycznej w celu uzyskania **regularnego wsparcia**, możliwości zadawania pytań i otrzymywania porad (superwizor, specjalista w zakresie zdrowia psychicznego).



Widok ekranu narzędzia oceny kompetencji EQUIP-ENACT, Kompetencja nr 7: Ocena i zarządzanie ryzykiem samobójstwa i samouszkodzenia

Kluczowe zasoby i wytyczne: Kompetencje pracowników i wolontariuszy

LIVE LIFE World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)



The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activity 2.4 Support MHPSS competencies of staff and volunteers.](#) Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń. [Działanie 2.4 MSP Wspieranie kompetencji pracowników i wolontariuszy w zakresie MHPSS.](#)



Platforma EQUIP (Ensuring Quality in Psychological Support) zawiera interaktywne narzędzie do oceny kompetencji w zakresie oceny w kierunku samobójstw i samouszkodzeń, a także planowania bezpieczeństwa. Przy użyciu platformy EQUIP, Kompetencję nr 7 ENACT można wykorzystać do identyfikacji potencjalnie szkodliwych zachowań, a także podstawowych i zaawansowanych umiejętności pomocowych związanych z kompetencjami w zakresie redukcji

ryzyka samobójstwa. Ponadto Kompetencja nr 3 ENACT może być wykorzystana do oceny przestrzegania poufności, a także do omówienia, kiedy zasady poufności mogą wymagać złamania w kontekście zmniejszenia ryzyka samobójstwa. W częściach ENACT-Remote, kompetencje w zakresie poufności, oceny w kierunku samobójstwa oraz wsparcia są dostosowane do zdalnych świadczeń psychospołecznych (komunikacja głosowa lub wideo).



[EQUIP Foundational Helping Skills \(FHS\) Training Manual](#), Moduł nr 8, zawiera materiały szkoleniowe dotyczące kompetencji w zakresie redukcji ryzyka samobójczego, w tym oceny w kierunku ryzyka samobójstwa i innych zagrożeń oraz opracowywania planów bezpieczeństwa. Moduł nr 3 zawiera szkolenie na temat poufności, w tym kiedy i jak omówić, że poufność nie może zawsze być zapewniona w sytuacji kryzysowej (nagłego zagrożenia zdrowotnego).

[EQUIP Remote](#) zawiera kurs "Remotely Assessing and Supporting People with Suicidal Behaviours". Materiał ten zawiera: Moduł 1: Przygotowanie do zdalnej oceny zachowań samobójczych; Moduł 2: Zdalna ocena zachowań samobójczych; Moduł 3: Reagowanie na zachowania samobójcze i usuwanie barier w udzielaniu wsparcia zdalnego.

IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2021). [Suicide Prevention.](#)



IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Action Sheet 4.1-4.4](#)

Wersja polska: [Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych.](#) Arkusz działań 4.1-4.4.





3.

*Kluczowe działania
w ramach programu
skutecznego
zapobiegania
samobójstwom
i interwencji*

3.1. Ograniczenie dostępu do metod samobójczych

Dlaczego?

Ograniczenie dostępu do środków samobójczych jest jednym z **najważniejszych i najbardziej uniwersalnych, opartych na dowodach z badań naukowych, skutecznych sposobów zapobiegania** samobójstwom. Stwierdzono, że ograniczenie dostępu do metod zmniejsza liczbę samobójstw związanych z tymi metodami, a także zmniejsza ogólne wskaźniki samobójstw w niektórych krajach (ponieważ mogą istnieć mniej śmiertelne alternatywy). Myśli i zachowania samobójcze mogą mieć charakter impulsywny, a większość ludzi, którzy angażują się w zachowania samobójcze, charakteryzuje ambiwalencja w kwestii tego czy chcą żyć, czy umrzeć – kolejny powód, dla którego spowodowanie, by najbardziej śmiertelne metody były mniej dostępne.

Jak?

Metody samobójstw i prób samobójczych różnią się w zależności od konkretnego kontekstu kryzysu humanitarnego i odzwierciedlają dostępność. Ogólnie rzecz biorąc, powszechnymi metodami samobójczymi są powieszenie, użycie broni palnej i zatrucie pestycydami²⁸.

Skuteczne **ograniczenie dostępu** do metod w sytuacjach kryzysów humanitarnych powinno koncentrować się na metodach, które:

- Powodują najwięcej zgonów i/lub są najbardziej śmiertelne
- Są najczęściej stosowane (patrz 1.2 dot. analizy sytuacyjnej).

- **Należy zidentyfikować i zaangażować najważniejsze podmioty/interesariuszy zarówno wśród agencji humanitarnych jak i w społeczności do wspólnych konsultacji na temat możliwych działań w celu ograniczenia lub zmniejszenia dostępu do najbardziej śmiertelnych i często wykorzystywanych metod samobójczych.**
- **Ograniczenie dostępu do metod wykorzystywanych w działaniach humanitarnych, takie jak:**
 - ograniczenie dostępu do broni palnej,²⁹
 - ograniczenie dostępu do wysoce toksycznych pestycydów,
 - instalowanie barier w potencjalnych miejscach skoków z wysokości,
 - modyfikowanie punktów podwiązania w placówkach instytucjonalnych lub ośrodkach detencyjnych,
 - ograniczenie przepisywania leków o wysokiej toksyczności,
 - usuwanie przedmiotów śmiertelnych w gospodarstwach domowych osób zagrożonych (noże, żyletki, nafta, pestycydy, liny).
- **Ograniczenie poziomu dostępności metod wykorzystywanych w działaniach humanitarnych, na przykład poprzez:**
 - ograniczenie ilości toksycznych leków i innych substancji trujących, takich jak pestycydy, w jednej transakcji,³⁰
 - ograniczenie ilości leków psychotropowych wydawanych osobom zagrożonym i/lub wyznaczenie innej osoby do nadzorowania leków i podawania ich zgodnie z zaleceniami.



28. World Health Organization (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

29. Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY (2010). *Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study*. *Suicide Life Threat Behavior*. 40(5):421-424.

30. Knipe DW, Chang SS, Dawson A i in. (2017). *Suicide prevention through means restriction: Impact of the 2008–2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka*. *PLoS One*. 12(3):0172893.



Przykłady z terenu



W Iraku Biuro Zdrowia Psychicznego Ministerstwa Zdrowia zainicjowało krajowe badanie samobójstw (2015–2016) we współpracy z międzynarodowymi badaczami. **Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zleciło pracownikom policji wypełnienie formularzy dotyczących indywidualnych zgonów, które zostały uznane za samobójstwo w ich jurysdykcjach, oraz skontaktowanie się z rodzinami w przypadkach, dla których brakowało danych.** Wyniki wykorzystano do obliczenia wskaźników samobójstw dla całych populacji i na poziomie subpopulacji (wiek i płeć), najczęściej stosowanych metod oraz profilu czynników z obszaru zdrowia somatycznego, zdrowia psychicznego, samobójstw i czynników precipitacyjnych, związanych ze zgonami samobójczymi; zidentyfikowano również grupy ryzyka. Wyciągnięto wnioski wykorzystane przy projektowaniu krajowego rejestru samobójstw. W badaniu wskazano na konieczność wdrożenia środków ograniczających dostęp do broni palnej i nafty (związana ze samospaleniem) w przyszłych działaniach prewencyjnych.

Kluczowe zasoby

LIVE LIFE World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part B: Key Effective Interventions for Suicide Prevention: Limit access to the means of suicide. pp. 58–63.](#)



The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activity 2 3.1 Orient humanitarian actors and community members on MHPSS and advocate for MHPSS considerations and actions.](#) Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń. [Działanie MSP 2 3.1 Przekazanie podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności informacji na temat MHPSS i działania rzecznicze w zakresie MHPSS.](#)

World Health Organization (2012) [Public health action for the prevention of suicide. A framework.](#)



3.2. Zapewnienie odpowiedzialnej komunikacji i przekazów i prezentacji w mediach

Dlaczego?

Media odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu opinii publicznej i mogą wspierać zapobieganie samobójstwom, ale mogą również przyczynić się do zwiększenia ryzyka samobójstw.

Wykazano, że wielokrotne, gloryfikujące relacje z głośnych przypadków, zawierające szczegółowe opisy metody samobójstwa, **zwiększają ryzyko zachowań samobójczych**.³¹ Podobnie problematyczne są fikcyjne portrety samobójstw, które nie oddają rzetelnie rzeczywistości.

Jak?

Media mogą docierać do **dużej liczby osób** jednocześnie i mogą docierać do określonych grup osób w zależności od organizacji medialnej (kanały medialne lub audycje radiowe, wykorzystywane w dotkniętych społecznościach). Media mogą **wzmocnić wysiłki** w zakresie zapobiegania samobójstwom, popularyzując najważniejsze przekazy i przesłania nadziei, podnosząc świadomość (patrz 2.1) oraz omawiając temat samobójstw z wrażliwym wyczuciem i rzetelnie.

W celu omówienia tematu samobójstw w sposób wrażliwy i rzetelny, zaleca się następujące działania:

- **Identyfikacja kluczowych interesariuszy i kluczowych podmiotów** do zaangażowania i współpracy w danym kontekście humanitarnym, w mediach i w środowiskach rządowych (patrz 1.1), w tym krajowe, regionalne lub lokalne organizacje medialne i organy regulacyjne oraz firmy zarządzające mediami społecznościowymi.
- Określenie **obszaru zainteresowania poszczególnych mediów**, np. tradycyjne dziennikarstwo, rozrywka lub media społecznościowe i **wspólne z mediami opracowanie kluczowych komunikatów**.
- Proaktywne zaangażowanie w media, nie tylko w reakcji na sensacyjne lub powodujące zagrożenie relacje.
- Rozważenie **strategicznych okresów/dat**: na przykład szkolenie może być częścią onboardingu nowego pracownika, wydarzenia medialne mogą być zaplanowane na określone dni (patrz 2.1).
- Komentarze dotyczące **sensacyjnych relacji medialnych**, dotyczących samobójstw nie powinny być represyjne ani osądzające; powinny raczej być oparte na współpracy i wspólnej odpowiedzialności za etyczne i odpowiedzialne dziennikarstwo oraz pozytywny wpływ, jaki odpowiedzialne prezentacje w mediach mogą mieć na zapobieganie samobójstwom.

Przykłady z terenu

W Bangladeszu, Podgrupa Międzysektorowa ds. Zapobiegania Samobójstw zorganizowała trwające pół dnia wirtualne szkolenie „Jak mówić o samobójstwach i im zapobiegać: szkolenie dla dziennikarzy i specjalistów ds. mediów”. Dzięki wskazówkom krajowego eksperta ds. zapobiegania samobójstwom ustalono, że na poziomie krajowym medialne relacje dotyczące samobójstw rzadko były zgodne z wytycznymi najlepszych praktyk WHO. **Treści szkoleń zostały opracowane we współpracy z członkami Podgrupy, w celu kontekstualizacji i rozpowszechniania tych wytycznych w całym kraju.** Zaproszenia na szkolenia były rozpowszechniane za pośrednictwem profesjonalnych i akademickich sieci profesjonalistów medialnych w Bangladeszu, w tym osób zaangażowanych w pomoc humanitarną dla Rohingjów. Inicjatywa ta ułatwiła nawiązanie kontaktów między krajowymi specjalistami ds. mediów, psychiatrami ze środowisk akademickich i osobami zaangażowanymi w interwencje humanitarne w Koks Badżar oraz **zachęciła dziennikarzy do kontynuowania wsparcia i działań rzeczniczych w ramach własnych sieci powiązań, w tym w ramach profesjonalnych programów szkoleniowych.**

31. World Health Organization (2017). *Preventing suicide: A resource for media professionals.*


Opracowanie strategii, które zostaną wykorzystane w celu promowania odpowiedzialnych relacji w mediach

- ◆ Budowanie **dobrych relacji z interesariuszami** z mediów, na przykład poprzez aktywne angażowanie ich w działania zwiększające świadomość może pomóc w stworzeniu bardziej przyjaznych relacji w ramach przygotowań do szkoleń lub opracowywania polityki w danej dziedzinie.
- ◆ Uzgodnienie wykorzystania i dostosowania istniejących zasobów lub opracowanie **nowych zasad i wytycznych, dotyczących odpowiedzialnego relacjonowania**.
- ◆ Jeśli istnieją wytyczne, polityki i szkolenia, należy upewnić się, że są one **aktualne** i zawierają najnowsze najlepsze praktyki oparte na dowodach z badań naukowych.
- ◆ Należy opracować **zestaw informacji prasowych**, który zapewni informacje dla mediów lub dane kontaktowe ekspertów ds. zapobiegania samobójstwom dla profesjonalistów medialnych do wykorzystania podczas przygotowywania relacji o samobójstwie.
- ◆ W przypadku **mediów społecznościowych** należy rozważyć możliwość wyróżnienia ścieżek skierowań; informacji o tym, jak uzyskać dostęp do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i innych zasobów, specyficznych dla populacji dotkniętej kryzysem humanitarnym.
- ◆ Uzgodnienie **mechanizmów odpowiedzialności** w celu monitoringu i zarządzania problematycznym relacjonowaniem.
- ◆ Należy opracować systemy rozpoznawania i **wyróżniania dobrych praktyk** lub nominowania mediów do istniejących nagród.

- Opracowanie i współpraca w zakresie **szkoleń dla specjalistów ds. mediów, studentów kierunków medialnych, jednostek medialnych organizacji pozarządowych** i innych kluczowych interesariuszy w zakresie wdrażania broszury WHO dla pracowników mediów.³² Należy także pamiętać, że pracownicy mediów mogą być osobiście dotknięci problemem samobójstw i że relacje dotyczące samobójstw mogą mieć na nich wpływ.
- **Monitoring i ewaluacja wszystkich działań** (patrz 2.2). Wskaźniki mogą obejmować zmiany w sensacyjnych doniesieniach medialnych lub liczbę przykładów odpowiedzialnego relacjonowania. Planowanie rozpowszechniania kluczowych rezultatów, aby zachęcić do szerszego korzystania z inicjatywy lub by służyły jako wnioski dla innych specjalistów. Narzędzia do oceny doniesień medialnych na temat samobójstw mogą pomóc w monitoringu przestrzegania wytycznych, dotyczących bezpiecznego informowania w danym sektorze mediów lub organizacji medialnej/publikacji.³³

Kluczowe zasoby i wytyczne: zapewnienie odpowiedzialnej komunikacji i relacji z mediami

LIVE LIFE World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries](#).

 The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activity 2.3.1 Orient humanitarian actors and community members on MHPSS and advocate for MHPSS considerations and actions](#).

Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń.

[Działanie MSP 2.3.1 Przekazanie podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej i członkom społeczności informacji na temat MHPSS i działania rzecznicze w zakresie MHPSS](#).

World Health Organization (2019) [Preventing suicide: A resource for filmmakers and others working on stage and screen](#).

Everymind (2020). [Mindframe for media professionals](#).

World Health Organization (2017) [Preventing suicide: A resource for media professionals](#).

Suicide Prevention Resource Center (2013). [Responding to a cry for help: Best practices for online technologies](#).

Reporting on Suicide (n.d.). [Best Practice and Recommendations for Reporting on Suicide](#).

Republic of Lebanon, Ministry for Public Health (2019). [Practical guide for media professionals on the coverage of mental health and substance use](#).

32. World Health Organization (2017). [Preventing suicide: A resource for medical professionals](#).

33. Sorenson CC et al. (2022). [The Tool for Evaluating Media Portrayals of Suicide \(TEMPOS\): Development and Application of a Novel Rating Scale to Reduce Suicide Contagion](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2994.

3.3. Budowanie potencjału pracowników pierwszej linii i osób pierwszego kontaktu

Dlaczego?

Aby zidentyfikować ryzyko samobójstwa i skierować do odpowiednich świadczeń, ważne jest, aby pracownicy pierwszej linii w różnych sektorach (pracownicy ochrony zdrowia, oświaty i opieki społecznej), a także osoby pierwszego kontaktu w danej społeczności byli przeszkoleni w zakresie bezpiecznego **identyfikowania** osób zagrożonych samobójstwem, zapewniania lub mobilizowania **wsparcia** dla nich, a także właściwych ścieżek **skierowań** i działań następczych.³⁴

Jak?

Powyżej wymienieni pracownicy pierwszej linii i osoby pierwszego kontaktu mogą zostać **wybrani strategicznie** jako osoby pracujące już w danym kontekście humanitarnym, na przykład jako ci, którzy pracują w geograficznie określonych **obszarach wysokiego ryzyka** lub osoby, które są w stanie budować potencjał na obszarach wiejskich lub trudno dostępnych.

Pracownicy pierwszej linii i osoby pierwszego kontaktu mogą obejmować następujące grupy osób:

- **Pracownicy ochrony zdrowia i opieki społecznej** (np. ratownicy medyczni, lekarze medycyny ogólnej, pielęgniarki, pracownicy środowiskowi lub pracownicy socjalni), zwłaszcza pracujący w jednostkach, które mogą mieć kontakt z osobami zagrożonymi, takimi jak osoby z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji, przewlekłym bólem lub chorobami przewlekłymi;
- **Pracownicy z innych sektorów i inne osoby pierwszego kontaktu**, między innymi pracownicy jednostek ratunkowych (policja, straż pożarna, personel pogotowia ratunkowego lub infolinii kryzysowej); pracownicy oświaty (nauczyciele); osoby zajmujące się ochroną dzieci i przemocą z uwagi na płeć (GBV); osoby zapewniające innym zaspokojenie potrzeb życiowych;
- **Osoby pierwszego kontaktu** w społeczności (osoby, które mogą mieć kontakt z osobami zagrożonymi) lub osoby z wpływami w społeczności (liderzy społeczności, liderzy, w tym liderzy wśród starszej młodzieży, pracownicy komunikacji publicznej, fryzjerzy, taksówkarze, przywódcy religijni).

Szkolenie powinno obejmować:

- ♦ Zrozumienie kulturowych i tradycyjnych postaw, które wpływają na identyfikację i opiekę nad osobami zagrożonymi, a także na czynniki ryzyka i **czynniki ochronne**;
- ♦ Świadomość grup, które mogą być **szczególnie zagrożone**, w zależności od konkretnego kontekstu humanitarnego i roli pracownika (uchodźcy i osoby ubiegające się o azyl, osoby, które doświadczyły GBV, obecny lub były personel wojskowy, ciężarne nastolatki);
- ♦ Zapewnienie dostępności **informacji i świadczeń** dla różnych grup w populacji dotkniętej kryzysem;
- ♦ Świadomość powszechnych **przejawów (obrazu) charakterystycznych dla samouszkodzenia i samobójstwa**, w celu identyfikacji osób zagrożonych;
- ♦ Podstawowe **umiejętności oceny** ryzyka i zarządzania ryzykiem, w tym w sytuacjach kryzysowych (jak pytać o samouszkodzenia; rozpoznawanie samouszkodzenia lub samoostrucia);
- ♦ Podstawowe **wsparcie psychologiczne** (stosowanie zasad pierwszej pomocy psychospołecznej, zapewnianie psychoedukacji na temat samobójstw; mobilizowanie rodzinnych i środowiskowych źródeł wsparcia społecznego; wspieranie osób, które poniosły stratę w wyniku samobójstwa);
- ♦ **Skierowanie do świadczeniodawców opieki** w zakresie zdrowia psychicznego (osoby niebędące specjalistami zdrowia psychicznego, które zostały jednak przeszkolone w zakresie zapobiegania samobójstwom i przeprowadzania odpowiednich interwencji przy użyciu mhGAP-HIG WHO (patrz 3.5) lub innych potrzebnych świadczeń), w tym ścieżki skierowań oraz odpowiednie formularze i procedury skierowania (zgoda, udostępnianie informacji); dalsze działania i kontrola (follow-up);

Budowanie potencjału powinno mieć **charakter ciągły i możliwy do utrzymania** długofalowo. Modele, które promują zrównoważony, długofalowy rozwój, to model szkolenia trenerów (training-of-trainers), zapewnianie stałego wsparcia i superwizji oraz planowanie szkoleń przypominających.

34. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). *CASP – An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. The International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 589–597.

Zmniejszenie ryzyka wśród osób ubiegających się o azyl i uchodźców



Czynniki przyczyniające się do **ryzyka samobójstwa wśród osób ubiegających się o azyl i uchodźców** obejmują zaburzenia z zakresu zdrowia psychicznego (współistniejąca depresja lub zespół stresu pourazowego, nadużywanie alkoholu), niedawne przybycie do kraju przyjmującego (pierwsze sześć miesięcy), postrzegane zagrożenie odrzuceniem wniosku o azyl, odrzucenie wniosku o azyl po długim czasie oczekiwania.³⁵ Osoby przebywające w ośrodkach detencyjnych mogą być również narażone na zwiększone ryzyko samobójstw i myśli samobójczych.³⁶

Niezbędne jest **budowanie kompetencji wśród personelu pracującego z osobami ubiegającymi się o azyl i uchodźcami** oraz zapewnienie im wsparcia i interwencji, zwłaszcza na różnych etapach (w momencie przybycia, w czasie oczekiwania i w momencie wydania decyzji o udzieleniu azylu, w czasie relokacji lub repatriacji).

Należy promować czynniki ochronne, które obejmują wczesną edukację w zakresie języka i kultury kraju przyjmującego; wczesne zapewnianie dostępu do działań o charakterze ekonomicznym i edukacyjnym; zapewnianie komunikacji i kontaktów z sieciami wsparcia społecznego; oraz angażowanie społeczności i mediów w działania mające na celu stworzenie przyjaznego i wspierającego środowiska dla osób ubiegających się o azyl i uchodźców.

Zaspokajanie potrzeb osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć (GBV)

Osoby, które doświadczyły GBV (w tym osoby, które doświadczyły przemocy w związku intymnym – IPV), **charakteryzują się zwiększonym ryzykiem myśli samobójczych oraz śmierci** w wyniku samobójstwa. Niektóre szacunki wskazują, że jedna trzecia kobiet, które umierają w wyniku samobójstwa, doświadczyła IPV.³⁷ Osoby, które doświadczyły IPV, są szczególnie narażone na ryzyko śmierci w wyniku samobójstwa, a dane wskazują, że ryzyko to jest jeszcze wyższe w przypadku osób, które doświadczyły w związku intymnym wzorców zachowań **przymusowych i kontrolujących wysokiego ryzyka IPV** (duszenie bez zgonu, użycie broni³⁸). Ryzyko to zwiększa się, gdy ma miejsce separacja, podobnie jak w przypadku zabójstwa przez partnera.³⁹

Ważne jest, aby **osoby pierwszego kontaktu były przeszkolone w zakresie reagowania w sposób wspierający i skoncentrowany na osobie, która doświadczyła GBV**, która wyraża myśli lub zamiary samobójcze oraz w zakresie kierowania do wyspecjalizowanych podmiotów, zajmujących się GBV. Istotne jest, aby osoby pomagające i wspierające osoby, które doświadczyły GBV, zostały przeszkolone w zakresie identyfikacji, podstawowego wsparcia i skierowań (osoby pracujące w ramach zarządzania przypadkami GBV, osoby pracujące w przestrzeniach bezpiecznych dla kobiet i dziewcząt, pracownicy ochrony zdrowia przeszkoleni w zakresie klinicznego postępowania w przypadku zgwałcenia).



Przydatne materiały dotyczące reagowania na myśli samobójcze w kontekście postępowania w przypadkach GBV:

Gender-based Violence Information Management System (GBVIMS) Steering Committee (2017). Wersja polska: System Zarządzania Informacjami o Przemocy ze Względem na Płeć (GBVIMS) Komitet Sterujący (2017).

[Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines. Responding to suicide risks in a survivor centered manner and safety planning. See pages 70-74 for suicide risk assesment, Annex Part VI for Suicide Safety.](#)

[How to support survivors of gender-based violence when a GBV actor is not available in your area – Pocket Guide.](#)

GBV AoR (2020). [Inter-Agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming.](#)

GBV AoR, UNFPA (2021). [COVID-19 Guidance on Remote Gender-Based Violence Services Focusing on Phone-based Case Management and Hotlines. Zobacz część IV: Remote services guidance for engaging with suicidal clients on a GBV hotline call.](#)



35. Wasserman D (2017). [Suicide risk in refugees and asylum seekers. European Psychiatry, 41\(S1\), S35–S36.](#)

36. Gargiulo A, Tessitore F, Le Grottaglie F, Margherita G (2021). [Self-harming behaviours of asylum seekers and refugees in Europe: A systematic review. Int J Psychol. 56\(2\):189-98.](#)

37. Walby S. (2004). [The Cost of Domestic Violence. London: Women and Equality Unit \(DTI\).](#)

38. Aitken R i Munro V (2018). [Domestic abuse and suicide: exploring the links with Refugee's client base and work force. London: University of Warwick, School of Law: Refuge.](#)

39. Vulnerability Knowledge and Practice Programme (VKPP) (2021). [Domestic Homicides and Suspected Victim Suicides During the Covid-19 Pandemic 2020–2021.](#)

Stworzenie infolinii kryzysowej



Infolinie kryzysowe mogą pomóc w złagodzeniu dystresu, którego dana osoba może doświadczać i mogą zmniejszyć intensywność takich uczuć, aby umożliwić rozwiązywanie problemów i rozważenie praktycznych działań w odpowiedzi na osobiste problemy. Poufne wsparcie, oferowane przez infolinię kryzysową może pomóc w pokonaniu bariery piętna związanego z samobójstwami i problemami ze zdrowiem psychicznym, które może powstrzymać daną osobę przed poszukiwaniem pomocy.

Infolinie kryzysowe mogą:

- Zapewnić całodobowy dostęp do pracowników przeszkolonych w zakresie oceny i interwencji w zakresie samobójstw;
- Dokładnie ocenić ryzyko samobójstwa, zapewnić wsparcie, zaoferować skierowanie, opracować plan bezpieczeństwa i w razie potrzeby zlecić interwencję ratunkową;
- Połączyć bezpośrednio z lokalnymi mobilnymi zespołami kryzysowymi;
- Zapobiegać niepotrzebnym wizytom w oddziałach ratunkowych;
- Interweniować, gdy osoba dzwoniąca nie chce lub nie jest w stanie zapewnić sobie bezpieczeństwa.

Uwarunkowania dodatkowe:

- Należy rozważyć budowanie kompetencji w zakresie zapobiegania samobójstwom z pracownikami innych infolinii kryzysowych, takich jak GBV i infolinie ds. ochrony dzieci.
- Infolinie kryzysowe w warunkach kryzysów humanitarnych rzadko zatrudniają personel przeszkolony w zakresie oceny w kierunku samobójstwa i interwencji specjalnie dostosowanych do potrzeb młodych ludzi. Szkolenie pracowników infolinii, skupione na potrzebach dzieci i młodzieży musi być traktowane priorytetowo, należy też zbudować silne powiązania ze środowiskowymi świadczeniami w zakresie MHPSS.
- Należy wziąć pod uwagę uwarunkowania kontekstowe i sytuacyjne, takie jak dostęp do telefonów (który może być ograniczony dla kobiet lub młodzieży), ewentualne ograniczenia w sieciach telekomunikacyjnych.

Przydatne materiały



National Suicide Prevention Lifeline (2021). [Follow-Up Care. A resource for establishing a crisis line and Helpline Checklist.](#)
GBV AoR i UNFPA (2021). [COVID-19 Guidance on Remote GBV Services Focusing on Phone-based Case Management and Hotlines. See Section IV: How to Engage with a Suicidal Client.](#)



Przykłady z terenu



W Ugandzie, gdzie przebywa 40% uchodźców z Sudanu Południowego, UNHCR (Agencja ONZ ds. Uchodźców), stwierdziła, że liczba samobójstw i prób samobójczych wśród uchodźców wzrosła ponad dwukrotnie w 2019 r. w porównaniu z rokiem poprzednim.⁴⁰ Przy wsparciu UNHCR, lokalna organizacja pozarządowa Transcultural Psycho-social Organization (TPO) Uganda przeprowadziła program zapobiegania samobójstwom, który w 2019 r. objął 9 000 uchodźców i miejscowych Ugandyjczyków w osadzie uchodźczej Bidibidi i okolicach. Wśród innych strategii wsparcia oferowano też doradztwo w zakresie radzenia sobie z negatywnymi myślami, szukania pomocy i angażowania się w działania społeczne. **Zrealizowano również programy, mające na celu zminimalizowanie stygmatyzacji związanej ze zdrowiem psychicznym oraz szkolenie pracowników ochrony zdrowia i doradców środowiskowych.**⁴¹

W 2017 r. przeprowadzono badanie wśród **Lankijczyków mieszkających w południowoindyjskich** obozach dla uchodźców, aby ocenić wykonalność interwencji, która wykorzystuje samopomoc w społeczności i wsparcie społeczne w celu ograniczenia zachowań samobójczych. Interwencja wymagała regularnego kontaktu i korzystania z kart planowania bezpieczeństwa (CASP). Wolontariusze środowiskowi wzięli udział w 20-godzinny programie szkoleniowym w zakresie przeprowadzania ocen i wdrażania interwencji wśród uchodźców. **Wolontariusze odwiedzali osoby zidentyfikowane jako narażone na wysokie ryzyko**, zapewniali wsparcie emocjonalne i współpracowali z nimi w celu stworzenia kart planowania bezpieczeństwa, które zawierałyby znaki ostrzegawcze i strategie radzenia sobie, wraz z informacjami na temat dostępnego wsparcia. Wyniki badania wykazały, że interwencja taka może być łatwo przeprowadzona i że można ją wykorzystać do ograniczenia zachowań samobójczych wśród uchodźców.⁴²



W Egipcie, organizacje wspierające uchodźców i osoby ubiegające się o azyl były zaniepokojone wysoką liczbą prób samobójczych i zgonów. Postawy kulturowe mogą prowadzić rodziny i społeczności do ukrywania osób zagrożonych. Po samobójstwie często przyznawano, że osoba wykazywała oznaki depresji lub rozpacz, a nawet podejmowała inne próby samobójcze. Społeczności dyskutowały na ten temat i ustalono, że większa świadomość może pomóc w działaniach prewencyjnych. **Psycho-Social Services and Training Institute w Kairze (PSTIC – program Terre des hommes) przeszkolił psychospołecznych pracowników pracujących z uchodźcami do organizowania warsztatów zwiększających świadomość w lokalnych językach w odpowiednich lokalizacjach/środowiskach.** Warsztaty obejmowały dane na temat samobójstw; rozmowy na temat przyczyn rozpacz i strat oraz facylitowane dyskusje z pytaniami, aby pomóc uczestnikom lepiej zrozumieć postawy kulturowe (np. Jaki jest stosunek twojej społeczności do osób, które umierają w wyniku samobójstwa; Jak to wpływa na osobę, która ma myśli samobójcze i potrzebuje pomocy? W jaki sposób postawy te wpływają na rodziny i społeczności, pomagające komuś, kto ma myśli samobójcze?). **Uczestników szkolenia nauczono, jak ważne jest zapobieganie i poważne traktowanie znaków ostrzegawczych. Nauczyli się schematu „IDŹ – ZAPYTAJ – SŁUCHAJ – ZADBAJ – ZACHEĆAJ – SKIERUJ – KONTYNUUJ”:** IDŹ: natychmiast udaj się do osoby zagrożonej i zapewnij jej bezpieczeństwo; ZAPYTAJ: zadaj pytania, aby oszacować ryzyko; SŁUCHAJ tego, co osoba mówi; ZADBAJ o osobę i angażuj system wsparcia społecznego; ZACHEĆAJ osobę, aby pozwoliła sobie pomóc; SKIERUJ do specjalistów w celu uzyskania dodatkowej pomocy i KONTYNUUJ (sprawdź, jak osoba sobie radzi w przyszłości)!

40. United Nations High Commissioner for Refugees (2020). *Suicides on the rise among South Sudanese refugees in Uganda.*

41. Ibid.

42. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). *CASP – An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. The International Journal of Social Psychiatry, 63(7), 589–597.*

Kluczowe zasoby i wytyczne: budowanie potencjału pracowników pierwszej linii i osób pierwszego kontaktu



LIVE LIFE World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part A: LIVE LIFE Core Pillars: Capacity-building and Part B: Early identify, assess, manage and follow up anyone who is affected by suicidal behaviours.](#)



The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [MSP Activities 3.2 Orient frontline workers and community leaders in basic psychosocial support skills; 3.13 Provide MHPSS through protection case management services.](#)

Wersja polska: [Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń. Działania MSP 3.2 Przekazanie pracownikom pierwszej linii i liderom społeczności informacji na temat podstawowych umiejętności udzielania wsparcia psychospołecznego; 3.13 Zapewnienie MHPSS w systemie zarządzania przypadkami z zakresu ochrony.](#)

Pan American Health Organization. [Preventing self-harm/suicide: Empowering primary health care providers.](#)

Pan American Health Organization (n.d.). [Engaging communities in preventing suicide.](#)

IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2022). [Heartbeat of Humanity: Suicide Prevention in The Red Cross Red Crescent Movement \(Podcast\).](#)

IASC IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Action sheet 4.1-4.1](#)

Wersja polska: [Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych. Arkusze działań 4.1-4.1.](#)

Przykłady budowania potencjału w zakresie zapobiegania samobójstwom:

Haroz EE, Decker E, Lee C (2018). [Evidence for suicide prevention and response programs with refugees: A systematic review and recommendations. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.](#)

Haroz EE, Decker E, Lee C, Bolton P, Spiegel, B, Ventevogel P (2020). [Evidence for suicide prevention strategies with populations in displacement: a systematic review. Intervention, 8\(1\): 37-44.](#)

Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). [CASP – An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. International Journal of Social Psychiatry. 63\(7\): 589-597.](#)

3.4. Świadczenie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Dlaczego?

W kontekstach kryzysów humanitarnych istnieje zwykle **ogromna luka w zakresie leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego**, ze względu na zwiększone potrzeby i niedobór wykwalifikowanych świadczeniodawców opieki w zakresie zdrowia psychicznego. **Zaburzenia psychiczne**, takie jak depresja czy używanie alkoholu i narkotyków, są często bardziej powszechne w warunkach kryzysowych i mogą przyczyniać się do wzrostu ryzyka samobójczego. Dobrze funkcjonujący system opieki **w zakresie zdrowia psychicznego**, w tym odpowiednie szkolenie pracowników, może przyczynić się do zapobiegania samobójstwom.⁴³

Jak?

Należy włączyć świadczenia **opieki w zakresie zdrowia psychicznego do świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej** poprzez szkolenie i superwizję świadczeniodawców w zakresie rozpoznania, postępowania i kontroli priorytetowych zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym samobójstw (patrz WHO/UNHCR mhGAP-HIG lub WHO mhGAP 2.0). Należy rozważyć opracowanie **szczegółowych protokołów interwencji** i szkolenie pracowników ochrony zdrowia i MHPSS w ich stosowaniu.⁴⁴ Po kontakcie z systemem ochrony zdrowia po próbie samobójczej ludzie mogą czuć się odizolowani i są znacznie bardziej narażeni na kolejne próby samobójcze. Szybka i **systematyczna kontrola** (follow-up) jest niezbędna i wykazano, że zmniejsza ryzyko samobójstwa.⁴⁵ **Wsparcie postwencyjne** powinno być dostępne dla osób, które dokonały próby samobójczej, oraz dla osób, które poniosły stratę bliskiej osoby w wyniku samobójstwa.⁴⁵

Postępowanie w przypadkach używania substancji psychoaktywnych⁴⁶



Sz szczególnie **wśród młodych ludzi, stosowanie substancji psychoaktywnych** jako sposobu radzenia sobie może być spowodowane lub zintensyfikowane przez narażenie na konflikty, katastrofy, przemoc/zaniebdania, obrażenia fizyczne lub problemy ze zdrowiem psychicznym; nowe i trudne środowiska (obozy dla uchodźców); nudę i marginalizację; oraz utratę zasobów (społecznych i/lub finansowych). Wszystkie te czynniki mogą wzmocnić efekt istniejących wcześniej czynników ryzyka i wrażliwości oraz zwiększyć ryzyko samobójstwa. Szkodliwe używanie narkotyków i alkoholu można leczyć na poziomie **podstawowej opieki zdrowotnej** (patrz także mhGAP-HIG), a działania **na poziomie społeczności** mogą wspierać środowisko wolne od alkoholu i narkotyków (podczas specjalnych wydarzeń, takich jak imprezy sportowe dla młodzieży) i wprowadzać zasady ograniczające sprzedaż alkoholu.

Kluczowe zasoby i wytyczne: zapewnienie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

LIVE LIFE

World Health Organization (2021) [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part B: LIVE LIFE Key Effective Interventions: Early identify, assess, manage and follow up anyone who is affected by suicidal behaviours.](#)



The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package.

[MSP Activities 3.10 Provide mental health care as part of general health services; 3.11 Provide MHPSS as part of clinical care for survivors](#)

[of sexual violence and intimate partner violence; 3.12 Initiate or strengthen the provision of psychological](#)

[interventions.](#) Wersja polska: [Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń. Działania MSP 3.10 Zapewnienie opieki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej; 3.11 Zapewnienie MHPSS w ramach opieki klinicznej dla osób, które doświadczyły przemocy seksualnej i przemocy w związku intymnym; 3.12 Rozpoczęcie lub intensyfikacja działań w zakresie interwencji psychologicznych.](#)

World Health Organization. [mhGAP application for non-specialized health workers in the assessment and management of self-harm/suicide.](#) Wersja polska: [Aplikacja mhGAP dla niewyspecjalizowanych w zakresie zdrowia psychicznego pracowników opieki zdrowotnej w ocenie i postępowaniu w przypadku samouszkodzeń/samobójstw.](#)

World Health Organization (2019). [Self-harm/suicide module of the WHO mhGAP Intervention Guide and associated training materials: mhGAP training manuals.](#) Wersja polska: [Moduł samouszkodzenia/samobójstwa z Podręcznika interwencji WHO mhGAP i powiązane materiały szkoleniowe: podręczniki szkoleniowe mhGAP.](#)

IASC

IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Action sheet 6.1-6.5.](#)

Wersja polska: [Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych. Arkusz działań 6.1-6.5.](#)

43. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlegel L, Thanh HTT. (2008). [Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. Bulletin of the World Health Organization. 86\(9\). 703-709.](#)

44. Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca [Suicide prevention during COVID-19.](#)

45. Vijayakumar L (2016). [Suicide among refugees – A mockery of humanity \(Editorial\). Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 37\(1\), 1-4.](#)

46. Kane JC, Greene MC (2018). [Addressing alcohol and substance use disorders among refugees: A desk review of intervention approaches. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.](#)

3.5. Budowanie umiejętności życiowych wśród młodych ludzi

Dlaczego?

Młodzi ludzie są grupą wyjątkowo wrażliwą na ryzyko śmierci w wyniku samobójstwa. Na całym świecie samobójstwo jest **czwartą najczęstszą przyczyną zgonów wśród 15-19-latków**.⁴⁷ Okres dojrzewania (10–19 lat) to okres krytyczny dla nabywania

umiejętności społeczno-emocjonalnych, które są podstawą późniejszego zdrowia psychicznego. Dojrzewanie to również okres ryzyka **zachorowalności dla chorób psychicznych**, gdzie połowa wszystkich zachowań ma miejsce przed ukończeniem 14 lat roku życia. Ponadto w warunkach kryzysu humanitarnego, młodzież może być narażona na dodatkowo zwiększone ryzyko zaburzeń psychicznych ze względu na niekorzystne warunki, które mogą zakłócić rozwój poznawczy, emocjonalny, społeczny i fizyczny.

Jak?

Placówki oświatowe i inne miejsca edukacji są głównym punktem kontaktowym dla młodzieży. W sytuacji kryzysów humanitarnych wielu młodych ludzi może być poza szkołą i może nie mieć dostępu do odpowiednich miejsc edukacji. Często należą oni do najbardziej narażonych grup. Ważne jest, aby programy docierały do grup docelowych poprzez **realizowanie szkoleń w zakresie społeczno-emocjonalnych umiejętności życiowych w szkołach**, nieformalnych przestrzeniach edukacyjnych, przestrzeniach rekreacyjnych, programach nauki zawodu, programach nauki umiejętności życiowych lub klubach młodzieżowych.⁴⁸ Należy również rozważyć integrację z działaniami grupowymi na rzecz zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dzieci (zob. działanie 3.6⁴⁹ MSP), działaniami w ośrodkach dla młodzieży lub odpowiednimi dostępnymi programami, adaptowanymi do użytku cyfrowego.

Mechanizmy wsparcia przez rówieśników wśród dzieci i młodzieży są w takich kontekstach ważne, szczególnie biorąc pod uwagę, że dzieci i młodzież często dysponują sprawczością i są w stanie rozwijać umiejętności wspierania swoich rówieśników/przyjaciół. Ważne jest, aby mogli to robić bezpiecznie, pod ścisłym nadzorem dorosłych i z dbałością o ochronę dzieci.⁵⁰

- Należy zidentyfikować **istniejące inicjatywy** na rzecz budowania umiejętności życiowych młodzieży na poziomie krajowym lub regionalnym oraz istniejące podręczniki i materiały, które zostały już wykorzystane i zaadaptowane dla populacji docelowej.
- **Należy przeprowadzić ocenę potrzeb szkoleniowych** i możliwości personelu pracującego w wybranych środowiskach (poprzez konsultacje z nauczycielami i innymi pracownikami oświaty oraz z władzami oświatowymi, takimi jak urzędnicy ministerstwa edukacji).
- **Należy rozpoznać możliwe czynniki ryzyka** i sposoby wspierania określonych grup młodych ludzi (np. młodzieży z niepełnosprawnością).

Należy przypomnieć nauczycielom lub opiekunom, że rozmowa o samobójstwie z młodymi ludźmi nie zwiększy ryzyka samobójstwa, ale pozwoli młodym ludziom czuć się bardziej komfortowo, aby w razie potrzeby mogli zwrócić się do nich o wsparcie.

Wybór interwencji dla młodzieży opartej na dowodach z badań (patrz także „Zasoby” poniżej).

Dostosowanie programu do populacji docelowej i kontekstu, w tym uwzględnienie kwestii związanych z wiekiem (czy odnosi się on do istniejących mitów na temat samobójstw, czy uwzględnia czynniki specyficzne dla kontekstu, które utrudniają postępowanie w przypadkach zachowań samobójczych).

- **Zaangażowanie personelu edukacyjnego** i innych pracowników w **adaptację szkolenia** do lokalnego kontekstu może zwiększyć motywację i skuteczność szkoleń (treści odnoszące się do miejscowej kultury i kontekstu, angażowanie młodzieży w dyskusje i pozyskanie informacji zwrotnych w odniesieniu do projektu oraz używanego języka).
- **Angażowanie młodych ludzi** w adaptację, projektowanie i udzielanie wczesnych informacji zwrotnych na temat programu (na temat postaw uczniów wobec zdrowia psychicznego, jak identyfikować czynniki ryzyka samobójstwa, jak komunikują znaki ostrzegawcze, typowe zachowania związane z poszukiwaniem pomocy, jak najlepiej angażować rówieśników).



Zapewnienie, aby szkoły posiadały plan działania wspierający uczniów i odpowiednie powiązania ze świadczeniami w zakresie zdrowia psychicznego, do których mogą skierować zagrożonych uczniów. Ustanowienie jasnych ścieżek skierowań dla osób zagrożonych samobójstwem i dla opiekunów, w tym do istniejących świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz do źródeł innych potrzebnych świadczeń i wsparcia (zdrowie, opieka społeczna, ochrona dzieci).

Zamiast skupiać się wyłącznie i wprost na samobójstwach, zaleca się, aby programy stosowały **pozytywne podejście do zdrowia psychicznego**.⁵¹ Skuteczne zapobieganie samobójstwom w szkołach będzie miało na celu poprawę świadomości w zakresie zdrowia psychicznego i redukcję stygmatyzacji oraz wzmocni czynniki ochronne, takie jak umiejętności rozwiązywania problemów, podejmowanie decyzji, krytyczne myślenie, radzenie sobie ze stresem, regulacja emocji, poczucie własnej wartości, samoświadomość, identyfikacja pomocy i empatii oraz zdrowe relacje z innymi.⁵²

Rozwiązania długoterminowe

Zidentyfikowanie **długoterminowych możliwości budowania potencjału**, takich jak włączenie społeczno-emocjonalnych umiejętności życiowych do programów nauczania oraz szkoleń nauczycieli przed podjęciem pracy i w ramach rozwoju zawodowego.

Wdrożenie w szkołach programów rozwoju społeczno-emocjonalnych umiejętności życiowych, opartych na dowodach z badań, obejmuje:

- Działania mające na celu **zwiększenie świadomości w zakresie zdrowia psychicznego** wśród młodzieży;
- **Szkolenie dla pracowników oświaty** w zakresie budowania wspierającego środowiska szkolnego, rozpoznawania czynników ryzyka i znaków ostrzegawczych zachowań samobójczych, zapewniania wsparcia młodym ludziom w stanie ciężkiego stresu, oraz współpracy w zakresie skierowania po dodatkowe wsparcie;
- Facylitacja **bezpiecznego środowiska szkolnego** (programy przeciwdziałania nękanii, inicjatywy na rzecz wzmocnienia więzi społecznych, szkolenie pracowników w zakresie budowania środowiska wspierającego);
- Tworzenie i wzmocnianie **powiązań z zewnętrznymi świadczeniami wsparcia** (opieka nad zdrowiem psychicznym) oraz przekazywanie tych informacji uczniom;
- Ustanowienie **specjalnego wsparcia dla uczniów zagrożonych**, takich jak ci, którzy wcześniej próbowali popełnić samobójstwo, doświadczyli straty bliskiej osoby przez samobójstwo lub pochodzą z grup ryzyka (np. z powodu orientacji seksualnej lub przynależności do mniejszości ze względu na płeć);
- Stworzenie **klarownej polityki i protokołów postępowania dla pracowników** w przypadku stwierdzenia ryzyka samobójstwa (w tym zapewnienie anonimowości uczniów i ustalenie osób, które powinny i nie powinny być informowane o szczegółach dotyczących ucznia); dla informowania o próbie samobójczej lub samobójstwie wśród pracowników lub uczniów; oraz dla wspierania ucznia w powrocie do szkoły po próbie samobójczej;
- **Zaangażowanie rodziców** w podnoszenie świadomości na temat zdrowia psychicznego i czynników ryzyka;
- Edukacja na **temat zdrowego korzystania z Internetu i mediów społecznościowych** (bezpieczne korzystanie z Internetu; korzystanie z mediów społecznościowych w celu budowania zdrowego wsparcia społecznego; oraz rozpoznawanie i reagowanie na niezdrową aktywność online, taką jak nękanie);
- **Opracowanie inicjatyw mających na celu uwzględnienie innych czynników ryzyka** występujących u młodzieży (przemoc ze strony rodziców, trauma rodzinna, używanie substancji psychoaktywnych).

47. World Health Organization (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)

48. Wersja 2012 Minimalnych Standardów Ochrony Dziecka w Działaniach Humanitarnych (Child Protection Minimum Standards in Humanitarian Action - CPMS) zawierała „Standard 17: Przestrzenie przyjazne dzieciom”. W wydaniu z 2019 został on zastąpiony szerszym „Standardem 15: Zajęcia grupowe na rzecz dobrostanu dzieci”. Zorganizowane działania grupowe na rzecz dobrostanu dzieci (czasami nazywane programami „z przewodnikiem”) obejmują serię facylitowanych sesji, zaplanowanych zgodnie z programem, obejmujących konkretne, wyraźnie określone cele MHPSS.

49. The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. [Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne. Minimalny pakiet świadczeń] [Działanie MSP 3.6 Prowadzenie zajęć grupowych wspomagających zdrowie psychiczne i dobrostan psychospołeczny dzieci.](#)

50. UNICEF (2021). [I Support my Friends: A Four-Part Resource Kit for Children and Adolescents to Support a Friend in Distress.](#)

51. Pozytywne podejście do zdrowia psychicznego obejmuje skupienie się na wspieraniu mocnych stron i umiejętności uczniów oraz pomaganiu im w rozwijaniu nowych umiejętności w celu poprawy ogólnego dobrostanu psychicznego, a nie skupianie się konkretnie na samobójstwach.

52. World Health Organization (2014). [Preventing suicide: A global imperative.](#)

Kluczowe zasoby WHO i UNICEF: Helping Adolescents Thrive (HAT) [Wspieranie rozwoju młodzieży]



WHO i UNICEF wspólnie opracowały wytyczne [Helping Adolescents Thrive](#), które dostarczają opartych na dowodach zaleceń dotyczących interwencji psychosocjalnych w celu promowania zdrowia psychicznego, zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego oraz redukcji samouszkodzeń i innych ryzykownych zachowań wśród młodzieży. Wytyczne te zostały zaprojektowane do rozpowszechniania na różnych platformach i przez różne kanały, takie jak szkoły, opieka zdrowotna lub społeczna, środowiskowo lub przez media cyfrowe. Wytyczne zawierają pakiet interwencji – zestaw narzędzi HAT – który został opracowany w celu wsparcia operacjonalizacji wytycznych. Zestaw narzędzi opisuje programy, dla których wykazano, że efektywnie promują zdrowie psychiczne wśród młodzieży i redukują czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych, używania substancji i samouszkodzeń. Zestaw narzędzi skupia się na: 1. Doskonaleniu przepisów i polityk; 2. Poprawie środowiska w szkołach, społecznościach i Internecie w celu promowania i ochrony zdrowia psychicznego młodzieży; 3. Wspieraniu opiekunów; oraz 4. Rozwijaniu umiejętności psychologicznych młodzieży.

Kluczowe zasoby i wytyczne: Budowanie umiejętności życiowych wśród młodych ludzi



LIVE LIFE World Health Organization (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part B: LIVE LIFE Key Effective Interventions: Foster socio-emotional life skills in adolescents.](#)



[The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Services Package. MSP Activities 3.6 Provide group activities for children's mental health and psychosocial well-being; 3.8 Support education personnel to promote the mental health and psychosocial well-being of children; 3.12 Initiate or strengthen the provision of psychological interventions.](#) Wersja polska: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychosocjalne. Minimalny pakiet świadczeń. [Działania MSP 3.6 Prowadzenie zajęć grupowych wspomagających zdrowie psychiczne i dobrostan psychosocjalny dzieci; 3.8 Wspieranie personelu edukacyjnego w celu promowania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychosocjalnego dzieci; 3.12 Rozpoczęcie i intensyfikacja działań w zakresie interwencji psychologicznych.](#)

World Health Organization (2021) [Guidelines on promotive and preventive interventions for adolescents: Helping Adolescents Thrive.](#)

World Health Organization (2000) [Preventing suicide: A resource for teachers and other school staff.](#)

Hope Squad (2021). [What is Hope Squad?](#)

Suicide Prevention Resource Center (2002). [Enhance Life Skills and Resilience.](#)

American Foundation for Suicide Prevention and Suicide Prevention Resource Centre (2011). [After a Suicide: A Toolkit for Schools.](#)

Karolinska Institutet (2021). [SEYLE: Saving and Empowering Young Lives in Europe.](#)

Papyrus (2018). [Building Suicide-Safer Schools and Colleges: A guide for teachers and staff.](#)

Save the Children (2017). [PFA II: Dealing With Traumatic Responses in Children.](#)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). [Preventing suicide: A Toolkit for High Schools.](#)

[Sources of Strength \(n.d.\).](#)



IASC (2007). [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Action sheet 7.1.](#)

Wersja polska: [Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychosocjalnego w sytuacjach kryzysowych. Arkusz działań 7.1.](#)

Podziękowania

Treść niniejszych wytycznych została opracowana przez członków grupy tematycznej ds. samobójstw i samouszkodzeń Grupy Referencyjnej ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Kryzysowych Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC MHPSS RG).

Współprzewodniczący tej grupy koordynowali opracowanie, przegląd i redakcję wytycznych: Inka Weissbecker (WHO); Claire Whitney (IMC).

Wśród członków grupy tematycznej znaleźli się: Judith Baessler (GIZ), Nancy Baron (PSTIC), Felicity Brown (War Child Holland), Laetitia Clouin (MDM), Benedict Dossen (The Carter Center), Dima Al Farah (War Child Middle East), Fahmy Hanna (WHO), Meghan Obermeyer (UNHCR), Johanna Lechner (GIZ), Ashley Lechner (IRC), Dario Lipovac (Save the Children), Hatem Marzouk (IOM), Kelly McBride (IFRC), Mukasa Moses (UNHCR), Ashley Nemiro (MHPSS Collaborative), Monica Vega (UNFPA), Peter Ventevogel (UNHCR), Esubalew Haile Wondimu (IRC), Lauren Yan (Johns Hopkins University) and Ariel Zarate (independent consultant, Suicide Prevention SubGroup - Cox's Bazar).

Dzięki procesom konsultacji i weryfikacji wzajemnej, cenny wkład w niniejszą publikację i wspólne ramy wniesiony został przez: Maya Bachet (WHO), Piumee Bandara (WHO), Cristina Carreño (MSF), Anne Filorizzo Pla (Red Barnet), Alexandra Fleischmann (WHO), Erin Gerber (UNFPA), Sonali Gupta (independent consultant), Zeinab Hijazi (UNICEF), Aiysha Malik (WHO), Carmen Martinez (PAHO), Ana Marques (MSF), Sita Patel (Palo Alto University), Fiamma Rupp (UNICEF), Guglielmo Schinina (IOM), Fiona Shanahan (Trócaire), James Underhill (WHO), and Ann Willhoite (UNICEF).

W jaki sposób opracowano niniejsze wytyczne:

Niniejsze wytyczne zostały opracowane przez członków grupy tematycznej ds. samobójstw i samouszkodzeń Grupy Referencyjnej ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego Stałego Komitetu Międzyagencyjnego (IASC MHPSS RG).

W 2019 roku jej członkowie zidentyfikowali samobójstwo i samouszkodzenia jako poważny problem w warunkach kryzysów humanitarnych, wymagający bardziej praktycznych wskazówek i narzędzi do wspierania pracowników i programów MHPSS.

Dokument opiera się na istniejących zasobach, z których niektóre zostały opracowane w tym samym okresie co niniejsze wytyczne, takich jak dokument „LIVE LIFE”⁵³, dokument UNHCR „Suicide Prevention and Mitigation in Refugee Settings: A toolkit for multisectoral action”⁵⁴ oraz zlecony przegląd literatury zrealizowany przez Sonali Gupta.⁵⁵

Dodatkowy wkład merytoryczny otrzymano od osób pracujących w różnych obszarach tematycznych (np. ochrona dzieci, przemoc ze względu na płeć).

Wersja robocza wytycznych do testowania w terenie jest udostępniana podmiotom humanitarnym, wspierającym programy MHPSS, aby uzyskać cenne informacje zwrotne od podmiotów korzystających z wytycznych na różnych poziomach (krajowym, regionalnym i centralnym).

W celu komunikacji i przekazania opinii na temat niniejszej publikacji prosimy o kontakt mailowy z Grupą Referencyjną IASC ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Kryzysowych: mhpss.refgroup@gmail.com.

Niniejsze ilustrowane wytyczne zostały stworzone przez The Ink Link.

Projekt graficzny: Claude Combacau

Ilustracje: Julia Reynaud

Zarządzanie projektem: Emmanuelle Perez

IASC Inter-Agency
Standing Committee

53. World Health Organization (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

54. UNHCR (2022). *Draft: Preventing suicide and mitigating suicide risks in refugee settings: A multisectoral toolkit for UNHCR operations*.

55. Gupta S. (2020). *Literature Review: Suicide and Self-Harm in Humanitarian Settings*. Niepublikowany przegląd mający dostarczyć informacji na potrzeby prac podgrupy tematycznej IASC ds. przeciwdziałania samobójstwom i samouszkodzeniom w warunkach kryzysów humanitarnych.