

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Kierunek Pielęgniarstwo



Ewa Bielec

Analiza częstości występowania prób samobójczych wśród
nastolatków zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
w czasie pandemii COVID-19

Praca dyplomowa - magisterska
napisana pod kierunkiem
dr hab. n. med. Lucyny Tomaszek, prof. KAAFM

Lucyna Tomaszek

Kraków, 2023

Składam serdeczne podziękowania
Pani dr hab. n. med. Lucynie Tomaszek, prof. KAAFM
za cenne uwagi
i pomoc w opracowaniu niniejszej pracy

Streszczenie:

Wstęp: Z roku na rok systematycznie wzrasta liczba zamachów samobójczych wśród nastolatków, a także obniża się próg wiekowy osób podejmujących próby samobójcze. W Polsce samobójstwa są drugą po wypadkach przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży. Wyraźnie negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ludności na całym świecie wywarła pandemia COVID-19. Dzieci i młodzież odczuwają najwięcej psychospołecznych skutków z nią związanych.

Cel pracy: Celem pracy było: (1) poznanie częstości hospitalizacji nastoletnich pacjentów z powodu prób samobójczych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w czasie pandemii COVID-19, (2) określenie profilu nastoletniego pacjenta podejmującego próbę samobójczą.

Materiał i metoda: Analizą retrospektywną objęto, na podstawie elektronicznej dokumentacji medycznej w systemie CliniNet, dane socjodemograficzne i kliniczne pacjentów w wieku 10-18 lat z rozpoznaniem próby samobójczej. Okres obserwacji: od 20 marca 2020 roku do 16 maja 2023 roku.

Wyniki: W czasie pandemii COVID-19 odnotowano 425 hospitalizacji pacjentów w wieku 11-17 lat z powodu próby samobójczej (0,7%), najwięcej (69%) w przedziale wiekowym 15-17 lat. 80% badanej grupy stanowiły dziewczynki, a 75,3% to mieszkańcy miast. Samozatrucie było najczęstszą przyczyną zamachów samobójczych (52,4%), następnie samookaleczenia (41%), powieszenie (3,2%) i skok z wysokości (2,1%). Najczęstszą substancją toksyczną w samozatruciach były leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne oraz paracetamol. Około 70% hospitalizacji powiązanych było z występowaniem zaburzeń psychicznych u nastolatków, spośród których najczęstszą była depresja. Co dziesięć hospitalizowany pacjent wymagał leczenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Śmiertelność w całej badanej grupie wynosiła 0,2%.

Wnioski: W czasie pandemii COVID-19 przyczyną 0,7% hospitalizacji na SOR-ze były próby samobójcze. Hospitalizowane były najczęściej: osoby płci żeńskiej, w przedziale wiekowym 15-17 lat, będące mieszkańcami miast, leczone psychiatrycznie głównie z powodu depresji.

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, próby samobójcze, dzieci, młodzież

Abstract:

Introduction: Year after year, the number of suicide attempts among adolescents is steadily increasing, and the age threshold for suicide attempts is decreasing. In Poland, suicide is the second cause of death among children and adolescents after accidents. The COVID-19 pandemic has had a pronounced negative impact on the mental health of the population worldwide, with children and adolescents suffering the most psychosocial effects associated with the pandemic.

Objective: The aim of the study was (1) to find out the frequency of hospitalization of adolescent patients for suicide attempts in the Hospital Emergency Department (ED) of the University Children's Hospital in Krakow during the Covid-19 pandemic, (2) to determine the profile of adolescent patients making a suicide attempt.

Material and method: the retrospective analysis included, on the basis of electronic medical records in the CliniNet system, sociodemographic and clinical data of patients aged 10-18 years with a diagnosis of suicide attempt. Follow-up period: from March 20, 2020 to May 16, 2023.

Results: During the COVID-19 pandemic, there were 425 hospitalizations of patients aged 11-17 due to a suicide attempt (0.7%), with the largest number (69%) in the 15-17 age range. 80% of the study group were girls, and 75.3% were urban residents. Self-poisoning was the most common cause of suicide attempts (52.4%), followed by self-harm (41%), hanging (3.2%) and jumping from a height (2.1%). The most common toxic substances in self-poisonings were antidepressants and antipsychotics, as well as paracetamol. About 70% of hospitalizations were associated with adolescent mental disorders, of which depression was the most common. One in 19 hospitalized patients required treatment in the Anesthesiology and Intensive Care Unit. The mortality rate in the entire study group was 0.2%.

Conclusions: During the COVID-19 pandemic, suicide attempts were the cause of 0.7% of hospitalizations in the ED. Those hospitalized were mostly female, in the age range of 15-17 years, who were urban residents, receiving psychiatric treatment mainly for depression.

Keywords: pandemic COVID-19, suicide attempts, children, adolescents

Spis treści

1.	Wprowadzenie	1
1.1.	Pandemia COVID-19- charakterystyka, epidemiologia	1
1.2.	Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne nastolatków	3
1.3.	Okres adolescencji - wyjaśnienie pojęcia, charakterystyka tego okresu.....	4
1.4.	Próby samobójcze – wyjaśnienie pojęcia	5
1.5.	Epidemiologia prób samobójczych wśród nastolatków.....	6
1.6.	Przyczyny i podział zachowań samobójczych	6
1.7.	Leczenie pacjentów po próbach samobójczych i profilaktyka zachowań samobójczych	9
2.	Cel pracy i założenia pracy	12
3.	Metodologia badań własnych.....	13
3.1.	Metoda i materiał badawczy	13
3.2.	Procedura badawcza.....	13
4.	Wyniki badań własnych.....	14
4.1.	Częstość prób samobójczych w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania	14
4.2.	Częstość prób samobójczych w zależności od miesiąca i roku obserwacji	15
4.3.	Metody prób samobójczych.....	17
4.4.	Rodzaj substancji toksycznej	17
4.5.	Zaburzenia psychiczne	18
5.	Dyskusja i wnioski	21
5.1.	Dyskusja.....	21
5.2.	Wnioski	22
6.	Piśmiennictwo.....	23
	Spis skrótów:	26
	Spis tabel:	27
	Spis rycin:.....	28
	Aneks:	29
	Oświadczenie o samodzielnym przygotowaniu pracy	32

1. Wprowadzenie

Próby samobójcze wśród nastolatków stanowią w obecnych czasach poważny problem. Z roku na rok systematycznie wzrasta liczba zamachów samobójczych wśród dzieci i młodzieży, a także obniża się próg wiekowy osób podejmujących próby samobójcze. Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia, co 40 sekund ktoś umiera śmiercią samobójczą i na ogół jest to osoba dopiero wkraczająca w dorosłe życie. Samobójstwo oznacza dobrowolną śmierć człowieka, która następuje w wyniku jego celowego, świadomego i autodestruktywnego działania. Na całym świecie samobójstwo jest jedną z pięciu najczęstszych przyczyn zgonów w grupie wiekowej od 15 do 19 lat. W wielu krajach zajmuje pierwsze lub drugie miejsce na liście najczęstszych przyczyn śmierci dziewcząt i chłopców w tym wieku. Konieczna zatem wydaje się edukacja społeczeństwa w zakresie tego problemu, skoncentrowana na wczesnym wykrywaniu czynników ryzyka oraz właściwej pomocy nastolatkom dokonującym prób samobójczych. 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła stan globalnej pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Szybko rozprzestrzeniająca się epidemia spowodowała gwałtowne zmiany w codziennym życiu ludzi. Ogólnoświatowy chaos, brak stabilizacji i bezpieczeństwa we wszystkich sferach życia człowieka, a także związane z nimi niepokój, niepewność oraz obawa o zdrowie i życie to najbardziej widoczne i odczuwalne następstwa pandemii. Podczas pandemii decydowano o zbiorowych kwarantannach, wygaszano gospodarkę, zamykano szkoły w celu ograniczenia kontaktów międzyludzkich. Ta strategia okazywała się efektywna, ale jej koszty ekonomiczne były bardzo wysokie. Jeszcze trudniejsze do oszacowania stały się koszty pozamaterialne, związane między innymi ze zdrowiem psychicznym. Z punktu widzenia zdrowia psychicznego, stres doświadczany podczas pandemii można porównać do tego, który pojawia się w czasie naturalnych katastrof czy nawet wojny. Liczne badania potwierdzają, że pandemia COVID-19 rzeczywiście ma istotny negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ludności na całym świecie. Dzieci i młodzież odczuwają najwięcej psychospołecznych skutków związanych z pandemią. Konieczność stałego przebywania w domach, kwarantanna, nauczanie zdalne, zanik bezpośrednich więzi społecznych powodowały większe obciążenie psychiczne aniżeli ewentualne cierpienia fizyczne spowodowane przez tę pandemię. Powyższe czynniki sprzyjały monotonii, nerwowości, irytacji oraz występowaniu objawów neuropsychiatrycznych. Skala występowania zachowań samobójczych skłania do podejmowania starań dotyczących wczesnego i trafnego diagnozowania czynników ryzyka oraz tworzenia programów prewencyjnych. Należy poświęcić czas i środki na analizę wpływu COVID-19 na funkcjonowanie psychiczne jednostek oraz na pomoc osobom, które najsilniej odczuwają psychologiczne konsekwencje epidemii. Konieczne wydają się pogłębione badania w tym temacie, które mogą być wskazówkami dla osób zarządzających zdrowiem publicznym. Uzyskane wyniki będą mogły posłużyć jako wskazówka dotycząca wspierania dobrostanu młodzieży.

1.1. Pandemia COVID-19- charakterystyka, epidemiologia

11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię- COVID-19. Pandemią określa się epidemię, która powoduje wystąpienie u ludzi zachorowań na daną chorobę w określonym czasie i na określonym terenie w liczbie większej niż zazwyczaj, o szczególnie dużym zasięgu, obejmująca kraje czy kontynenty [1]. Na dzień 15 maja 2022 roku na całym świecie zgłoszono ponad 518 milionów potwierdzonych przypadków zachorowań na COVID-19 i ponad sześć milionów zgonów [2]. W Polsce stan epidemii z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 został ogłoszony przez Ministra Zdrowia w dniu 20 marca 2020 roku i trwał do 16 maja 2022 roku. Obecnie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej występuje stan zagrożenia epidemicznego [3,4].

Nowa choroba COVID-19 została wywołana przez koronawirus SARS-CoV-2. Wirus ten stał się obiektem badań naukowych na całym świecie. Wykazano, że należy do rodziny koronawirusów, będących wirusami RNA o średnicy od 60 nm do 140 nm z otoczką przypominającą wyglądem koronę. Koronawirus SARS-CoV-2 pojawił się w mieście Wuhan w prowincji Hubei w Chinach w grudniu 2019 roku i szybko rozprzestrzenił się na cały świat. Dotychczas zidentyfikowano kilka koronawirusów występujących u ludzi, które powodują łagodne choroby układu oddechowego. Wyjątek stanowią wirusy SARS-CoV i MERS, które wywołują ciężkie zakażenia dróg oddechowych. Epidemia COVID-19 jest trzecią po SARS i MERS, lecz najbardziej agresywną i o największej skali zagrożenia epidemią koronawirusa w populacji ludzkiej. Nowy koronawirus rozprzestrzenia się szybciej niż SARS i MERS. Ma duży potencjał zakażenia, a jego występowanie rośnie wykładniczo [5]. Wirus wykorzystuje receptory ACE2 (enzym konwertujący angiotensynę typu II), przez które wnika do komórek w obrębie gardła i nosa, gdzie szybko się namnaża atakując kolejne komórki. W zależności od stanu odporności chorego, proces chorobowy może zakończyć się na tym etapie lub może zajmować dolne drogi oddechowe. Dochodzi do intensywnego namnażania wirusa w pęcherzykach płucnych i ich niszczenia. Upośledzenie zaopatrzenia w tlen skutkuje konsekwencjami dla całego organizmu. Wirus może również atakować inne narządy, w których znajdują się receptory ACE2 np. mózg, układ pokarmowy, układ sercowo-naczyniowy, skórę, stąd różnorodność objawów COVID-19. Największą rolę w szerzeniu się SARS-CoV-2 odgrywa tzw. bliski kontakt, czyli mniej niż 1-2 metry [6].

Do rozprzestrzeniania wirusa dochodzi głównie drogą kropelkową, a okres inkubacji wynosi około 5 dni, jednak może się on wahać od 2-14 dni. COVID-19 najczęściej powoduje takie objawy jak: kaszel, gorączka, zmęczenie, a jego przebieg na ogół nie wymaga hospitalizacji. Jednak u ok. 20% pacjentów rozwija ciężkie lub śmiertelne choroby układu oddechowego w postaci zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS –

acute respiratory distress syndrome), a także wstrząsu septycznego, zaburzenia krzepnięcia krwi, opornej kwasicy metabolicznej oraz zespołu wielonarządowej niewydolności [7].

Czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 są choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe), choroby nowotworowe, otyłość, cukrzyca, przewlekłe choroby nerek i układu oddechowego (POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc). Do grupy wysokiego ryzyka należą również pacjenci powyżej 60 roku życia. Znacząca większość chorych wraca do zdrowia, ale coraz częściej obserwowany jest tzw. zespół pocovidowy, charakteryzujący się przewlekłym zmęczeniem, dusznością, brakiem koncentracji, pogorszeniem pamięci [6]. Długoterminowe powikłania neuropsychiatryczne związane z infekcją SARS-CoV-2 są jeszcze nieznane, dlatego konieczne są obserwacje i prowadzenie badań w tym kierunku.

Wśród dzieci zachorowania na COVID-19 zwykle mają łagodniejszy przebieg. Wśród najczęstszych objawów w tej grupie wiekowej wymienia się: kaszel, katar, duszność, gorączkę, biegunkę, wymioty. Do grupy dzieci narażonych na cięższe zachorowanie zalicza się dzieci w wieku poniżej 1 r.ż. i dzieci z chorobami towarzyszącymi, takimi, jak: astma, choroby płuc, nerek, choroby nowotworowe, cukrzyca, wrodzone wady serca, genetyczne schorzenia neurologiczne lub metaboliczne, niedobory odporności, otyłość czy choroby wymagające leczenia immunosupresyjnego. Obserwuje się, iż po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 u dzieci i młodzieży może wystąpić pocovidowy wieloukładowy zespół zapalny (Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome-PIMS). Patomechanizm tej nowej jednostki chorobowej dotyczy dysregulacji układu odpornościowego. Najczęściej występuje około 4 tygodnie po przebiegu zakażenia SARS-CoV-2. Pierwsze przypadki PIMS stwierdzono w Polsce w maju 2020 roku. Do najczęstszych powikłań należą zaburzenia kardiologiczne, w tym ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory, wstrząs, nieprawidłowości w obrębie tętnic wieńcowych i zaburzenia rytmu serca. Odpowiednie postępowanie z chorymi, w tym monitorowanie, podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie immunomodulujące, pozwala na szybki powrót do pełni zdrowia większości pacjentów [8].

Podstawowym narzędziem diagnostycznym w walce z chorobą COVID-19 jest wykonywanie testów na obecność koronawirusa. Diagnostyka mikrobiologiczna zakażenia SARS-CoV-2 opiera się na wykrywaniu materiału genetycznego wirusa w materiale od chorego metodą RT-PCR oraz wykonywaniu testów antygenowych. Testy serologiczne w kierunku przeciwciał anti-SARS-CoV-2 klasy IgM i IgG stosowane są dla celów epidemiologicznych celem stwierdzenia kontaktu z tym wirusem [6].

Zalecane środki zapobiegające rozprzestrzenianiu się wirusa to: mycie rąk, zakrywanie ust podczas kaszlu, utrzymywanie dystansu od innych ludzi, ograniczenie bezpośrednich kontaktów, wietrzenie pomieszczeń, stosowanie maseczek ochronnych, dezynfekcja powierzchni, organizowanie spotkań na świeżym powietrzu oraz monitorowanie i izolacja osób podejrzanych o zakażenie.

Leczenie nowej choroby COVID-19 ciągle jest modyfikowane oraz prowadzone są intensywne badania nad wynalezieniem skutecznych terapii. Obecnie w przebiegu COVID-19 stosowana jest terapia przeciwwirusowa (remdesivir), leczenie objawowe (tlenoterapia), leczenie wspomagające (środki przeciwgorączkowe, przeciwzapalne – glikokortykosteroidy, leki rozszerzające oskrzela, heparyna drobnocząsteczkowa), terapia płynowa, a w obecności współzakażenia bakteryjnego wdraża się antybiotykoterapię. Takie leczenie jest prowadzone średnio przez okres 14 dni. Stadium burzy cytokinowej oraz ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) dodatkowo wymagają intensyfikacji leczenia. Pacjenci z ostrą niewydolnością oddechową potrzebują tlenoterapii wysokoprzepływowej, a w uzasadnionych przypadkach pozaustrojowej oksygenacji membranowej (ECMO), czyli Extra Corporeal Membrane Oxygenation, która jest techniką pozaustrojowego utlenowania krwi. System ten można wykorzystać również do wspomagania krążenia i zamiennie używany jest skrót ECLS, oznaczający Extra Corporeal Life Support. System ECLS/ECMO jest układem zawierającym pompę oraz oksygenator, pozwalającym zastąpić przez pewien czas pracę płuc i/lub serca. Zastosowanie tego urządzenia nie leczy niewydolnego narządu, ale daje czas potrzebny do wyzdrowienia. Technika ECMO jest bardzo inwazyjną i ryzykowną terapią i powinna być rozważona tylko po wyczerpaniu innych sposobów leczenia, takich, jak: zaawansowane techniki wentylacji, leki wspomagające pracę płuc i serca, gazy wpływające na krążenie płucne czy zmiany ułożenia chorego [1].

Od chwili wybuchu epidemii COVID-19 na całym świecie nie ustawały wysiłki skoncentrowane na opracowaniu szczepionki przeciwko temu wirusowi. Niewątpliwym sukcesem jest wynalezienie szczepionek przeciw wirusowi SARS-CoV-2. Szczepionki najnowszej generacji: mRNA lub wektorowe zawierają informację genetyczną, dzięki której antygen produkowany jest w komórkach osoby zaszczepionej. Antygen ze szczepionki oraz antygen wyprodukowany w komórkach osoby zaszczepionej pobudzają komórki układu odpornościowego do produkcji swoistych przeciwciał – odpowiedź humoralna, oraz wyspecjalizowanych komórek odpornościowych – odpowiedź komórkowa. Powstają także komórki pamięci immunologicznej zapewniające długotrwały efekt ochronny szczepienia [9]. Wykorzystywane obecnie preparaty należą do szczepionek „nieżywych”, czyli nie zawierają zdolnych do replikacji w organizmie człowieka wirusów i niosą materiał genetyczny kodujący białko S (kolec) SARS-CoV-2, które jest wytwarzane dopiero po podaniu preparatu domięśniowo w komórkach w okolicy wstrzyknięcia (szczepionki Comirnaty 1, Spikevax, Vaxzevria, Ad26.COV2.S); lub gotowy antygen w postaci białka S uzyskanego drogą rekombinacji i ekspresji w komórkach owadzych (szczepionka Nuvaxovid) [10].

Pandemia COVID-19 zmieniła każdy aspekt naszego życia. Szybkie rozprzestrzenianie choroby, niewydolność systemów ochrony zdrowia oraz liczne restrykcje mają znaczący wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa. Epidemia spowodowała gwałtowne zmiany w codziennym życiu ludzi. Ogólnoświatowy chaos, brak stabilizacji i bezpieczeństwa we wszystkich sferach życia człowieka, niepokój, niepewność oraz obawa o zdrowie i życie to najbardziej widoczne i odczuwalne następstwa pandemii [11]. Podczas pandemii zdecydowano o zbiorowych kwarantannach, wygaszano gospodarkę, zamykano szkoły w celu ograniczenia kontaktów międzyludzkich. W czasie największych ograniczeń zamykano placówki oświatowe, limitowano liczbę osób przebywających w sklepach, zamknięto granice dla ruchu

lotniczego i kolejowego, zakazano przemieszczania się bez uzasadnionej przyczyny, zakazano zgromadzeń, w dalszej kolejności zamknięto parki i lasy oraz ograniczono działalność niektórych usług. Ta strategia okazywała się efektywna, ale jej koszty ekonomiczne były bardzo wysokie. Jeszcze trudniejsze do oszacowania stały się koszty pozamaterialne, związane między innymi ze zdrowiem psychicznym. Z punktu widzenia zdrowia psychicznego, stres doświadczany podczas pandemii można porównać do tego, który pojawia się w czasie naturalnych katastrof czy nawet wojny. Liczne badania potwierdzają, że pandemia COVID-19 rzeczywiście ma istotny negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ludności na całym świecie [12,13].

1.2. Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne nastolatków

Pandemia COVID-19 spowodowała destabilizację zdrowia publicznego na skalę światową. Była przyczyną globalnego kryzysu gospodarczego i ekonomicznego oraz została określona mianem niekorzystnego i wielowymiarowego doświadczenia medycznego, społecznego, którego następstwa występują obecnie i będą odczuwane w przyszłości. Przymusowa kwarantanna i izolacja społeczna ograniczyła interakcje społeczne, mobilność i codzienną aktywność społeczeństw. Była istotnym elementem mającym wpływ na sferę psychiczną ludzi. Ludzie na całym świecie odczuwają lęk przed zakażeniem, powikłaniami, śmiercią, oraz stres związany z zamknięciem miejsc pracy, szkół, utratą dochodów, izolacją od najbliższych. Przez nieprzewidywalność i konieczność izolacji epidemia zmieniła podstawowe metody radzenia sobie w życiu i zmusiła do poszukiwania nowych sposobów adaptacji [5]. Pandemii trudno było przewidzieć, a tym bardziej w jakiś sposób do niej się przygotować. Zmiany przychodziły nagle i były ekstremalne, drastycznie zmieniały i komplikowały codzienne życie [13].

Populacyjny charakter narażenia na bezpośrednie doświadczenie traumatyczne obejmuje całe społeczności dotknięte wpływem pandemii. Skala tego doświadczenia jest zróżnicowana, gdyż można stać się ofiarą zakażenia z bezpośrednim zagrożeniem życia, być świadkiem takiego zdarzenia, pozostawać w grupie ryzyka na skutek kontaktu z kimś zakażonym, konfrontować się z informacją o śmierci lub jej groźbą wśród najbliższych. Traumatyczne doświadczenia mogą obejmować także: narażenie na wprowadzone powszechnie regulacje sanitarno – epidemiczne ograniczające swobodę działania, dostęp do posiadanych dóbr, możliwości egzystencjonalnych czy wsparcia medycznego. Zwiększenie poziomu lęku i niepokoju może również wynikać z dezinformacji o sensacyjnym charakterze choroby, przekazywanej za pomocą mediów społecznościowych [14].

Dzieci i młodzież w znacznym zakresie odczuwają skutki psychospołeczne pandemii. Pandemia znacznie zaingerowała w proces rozwojowy człowieka na etapie dojrzewania. Zastosowane na całym świecie środki dystansu fizycznego w znacznym stopniu ograniczyły możliwości młodych ludzi do angażowania się w bezpośrednie kontakty społeczne, osłabiły interakcje z rówieśnikami oraz pogłębiły fizyczny dystans rówieśniczy [11]. W okresie kwarantanny dzieci przebywające w domach były szczególnie narażone na obciążenia psychiczne. Była to konsekwencja zamknięcia szkół, ograniczenia aktywności fizycznej, praktykowania nieprawidłowych zasad żywienia i rytmu dobowego związanego ze snem. Ograniczenia aktywności są sprzeczne z podstawowymi potrzebami rozwojowymi młodych ludzi i są trudno przez nich akceptowane [15]. Okres dzieciństwa i adolescencji uważane są za najbardziej znaczące w rozwoju człowieka. W tym okresie poznajemy panujące normy społeczne, wartości, poglądy. W okresie pandemii świat ograniczył przestrzeń życia dzieci i młodzieży głównie do ich domów, mimo że ich umysły wędrują swobodnie po całym świecie. Pandemia zabrała dzieciom ich szkolne przedstawienia, place zabaw, parki, rozrywki i kontakt z rówieśnikami. W dużej mierze spowodowała konieczność stałego przebywania w domach, nauczania zdalnego, a w konsekwencji zanik bezpośrednich więzi społecznych. Szkoła dla dzieci to „okno wolności”. Stanowi wolną przestrzeń sprzyjającą budowaniu i rozwijaniu więzi społecznych. Odgrywa również ogromną rolę w promowaniu znaczenia kultury osobistej, higieny, aktywności fizycznej, zdrowego żywienia. Zamknięcie placówek edukacyjnych i izolacja domowa miały wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne dzieci zaburzając ich poczucie normalności. Izolacja wykluczała podejmowanie rutynowych nawyków związanych z chodzeniem do szkoły, relacjami między nauczycielem a uczniem, edukacją zorientowaną na zadania, interakcjami w grupie.

Dzieci z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym często nie miały dostępu do sprzętu umożliwiającego nauczanie za pomocą systemu audiowizualnego, czy też łącza internetowego, co powiększało nierówności społeczne i utrudniało jeszcze bardziej dostęp do edukacji.

W czasie pandemii zaobserwowano wiele zdarzeń o charakterze zaniedbań wobec dzieci, przemocy domowej i wyzysku. Narażanie dzieci i młodzieży na wykorzystywanie, agresję psychiczną i fizyczną stosowaną przez opiekunów, pozostawia trwałe konsekwencje w rozwoju młodych ludzi w postaci wyższego wskaźnika zaburzeń psychosomatycznych, częstszego nadużywania substancji psychoaktywnych oraz ujawniania myśli i prób samobójczych. Pandemia stworzyła również, idealne środowisko dla osób wykorzystujących dzieci przez Internet. Dzieci i młodzież spędzały przed komputerami wiele czasu, często bez jakiegokolwiek kontroli osób dorosłych. W ten sposób mogły stać się łatwiejszym celem dla przestępców uwodzących i wykorzystujących dzieci przez Internet [16]. Kontakt nastolatków z mediami bez ograniczeń i kontroli może także ujawnić wiele niekorzystnych konsekwencji rozwojowych, m. in. zaburzenia snu, koncentracji uwagi, zaburzenia w zachowaniu, pogorszenie nastroju, czy nadpobudliwość. Nadmierna ilość czasu ekranowego i aktywności w świecie wirtualnym jest traktowana jako zachowanie antyzdrowotne. Nastolatki, które spędzają więcej czasu przed ekranem oraz codziennie odwiedzają strony mediów społecznościowych częściej czują się nieszczeniwe i samotne. Przyczyną takiego stanu może być mniej interakcji twarzą w twarz i więcej opcji bycia wykluczonym bez możliwości realnego zareagowania. W obecnym

pokoleniu w zachowaniu współczesnej młodzieży obserwuje się coraz więcej objawów depresyjnych, samookaleczeń czy prób samobójczych istotnie skorelowanych z długością czasu poświęcanego mediom elektronicznym i długością snu. Przykładem współczesnego stresu doświadczanego przez nastolatków jest FOMO (fear of missing out) – przymus bycia na bieżąco z nieustannym zalewem informacji dotyczących znajomych, wydarzeń, spotkań, który wywołuje lęk, że może coś nas ominąć i staniemy się wykluczeni, nieważni [15].

Niektóre dzieci są szczególnie narażone na negatywne skutki pandemii. Dotyczy to szczególnie tych z ubogich środowisk oraz cierpiących na choroby czy zaburzenia psychiczne oraz dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Konieczność zamknięcia i kwarantanna uniemożliwiały dzieciom wizyty u lekarzy psychiatrów oraz utrudniały proces psychoterapii. Wprowadzona możliwość terapii on-line nie zawsze spotykała się z aprobatą młodzieży, która mniej chętnie uczestniczyła w tej formie terapii. W sposób oczywisty ma to znaczenie dla ich komfortu i jakości życia. Osoby z niepełnosprawnościami w czasie, gdy pozamykane były szkoły specjalne, nie miały możliwości uczestniczenia w nauczaniu. Zajęcia on-line dla tych dzieci często nie były możliwe.

Czynniki zakłócające dotychczasowy styl życia nastolatków sprzyjały monotonii, irytacji, nerwowości oraz występowaniu objawów neuropsychiatrycznych [11]. Wydarzenia o charakterze kryzysowym szczególnie wpływają na pogorszenie stanu psychicznego, gdyż naruszają dobrostan subiektywny dzieci i młodzieży. Dobrostan ten można określić w kategoriach dobrostanu: psychologicznego (samoakceptacja, poczucie autonomii), emocjonalnego (zadowolenie z życia) oraz społecznego (przyjaźń, bliskie relacje z ludźmi). Kryzys narusza każdą sferę życia człowieka, jest źródłem stresu i zaburza funkcjonowanie na płaszczyźnie emocjonalnej, behawioralnej, biofizjologicznej i poznawczej [15].

Długotrwałe napięcie emocjonalne zarówno w trakcie, jak i po groźnym zdarzeniu wiąże się z niekorzystnymi skutkami dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Strach przed nieznanym i niepewność mogą doprowadzić do rozwoju wielu zaburzeń psychicznych [5]. W początkowej fazie reakcji stresowej występuje efekt mobilizacji organizmu (walki) i związana z tym produkcja adrenaliny, natomiast w sytuacji przedłużającego się stresu następuje wzrost wydzielania kortyzolu, który powoduje obniżenie poziomu dopaminy i serotoniny – neuroprzekaźników odpowiedzialnych za dobre samopoczucie. Konsekwencją utrzymującego się stale wysokiego poziomu kortyzolu są zaburzenia somatyczne i psychiczne. Im dłuższy czas trwania kryzysu psychologicznego, tym gorsze są perspektywy powrotu do zdrowia i funkcjonowania społecznego. Przedłużający się i nierozwiązany kryzys powoduje wyczerpanie fizyczne i emocjonalne [17].

Na okres pandemii, uważany za bardzo trudny dla dzieci i młodzieży, można spojrzeć również z zupełnie innej perspektywy. Dla wielu rodzin czas pandemii stał się okresem, w którym przewartościowano swoje priorytety, na pierwszym miejscu stawiając zdrowie, ceniąc rodzinę i relacje społeczne. Wspólne spędzanie czasu, brak pośpiechu sprzyjały bliskości rodzinnej [16]. W pewnych wymiarach zdalna edukacja stworzyła okazję do efektywniejszego uczenia się. Pojawiły się możliwości wprowadzania bardziej elastycznych rozwiązań, zindywidualizowanego tempa pracy, spersonalizowanego podejścia, wykorzystania atrakcyjniejszych metod pracy i narzędzi oceniania postępów. Edukacja w domu u części uczniów mogła zmniejszać stres związany z nauką, ekspozycją społeczną, przemocą rówieńniczą. Wrażliwi uczniowie lepiej radzili sobie w czasie edukacji w domu niż na zajęciach w szkole. Brak presji rówieńniczej i stresu wynikającego z bycia ocenianym przez kolegów i koleżanki z klasy stwarzały korzystniejsze warunki do nauki. Znacznie lepiej zaczęli funkcjonować uczniowie określani jako „bardziej wycofani”, „nieśmiali”, „mniej aktywni”, „wyobcowani”. Zauważono wzrost ich aktywności podczas lekcji, większą koncentrację na nauce oraz poprawę wyników [18].

1.3. Okres adolescencji - wyjaśnienie pojęcia, charakterystyka tego okresu

Okres adolescencji, czyli okres dorastania jest złożonym procesem, który polega na tym, że dziecko dopasowuje się do zmian, jakie zachodzą w jego rozwoju fizycznym, emocjonalnym, społecznym. To etap przejściowy między dzieciństwem a dorosłością. Jest czasem dokonywania się szeregu zmian rozwojowych, a tym samym nabywania kompetencji osób dorosłych. Utrwalone w dzieciństwie wzory postępowania, schematy zachowań wymagają w młodości znaczącej rekonstrukcji, a efektem końcowym jest osiągnięta tożsamość osoby posiadającej status „bycia dorosłym”. W początkowym etapie okresu dojrzewania uwydatnia się rozwój biologiczny człowieka zapewniający zdolność do pełnienia wszystkich funkcji organizmu. Fizjologiczne zmiany w obrębie wyglądu, budowy oraz czynności ciała i zmiany hormonalne mają niebagatelny wpływ na pozostałe obszary rozwoju w wymiarze psychospołecznym [19].

Dojrzewanie to proces psychologicznego i społecznego przejścia między dzieciństwem, a dorosłością, obejmujący okres od 11 do 19 roku życia. Wyodrębnia się w nim trzy fazy: okres wczesnego dorastania (11-13 lat), środkowy etap adolescencji (14-16 lat) i stadium późnego dorastania (17-19 lat). Adolescencja rozpoczyna się zmianami w stężeniach hormonów, które w ciągu krótkiego czasu powodują znaczące zmiany w wyglądzie fizycznym: przyrost masy i wysokości ciała oraz rozwój wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych. W tym czasie następują także wielokierunkowe, neuroanatomiczne zmiany w obrębie obszarów mózgu odpowiedzialnych za funkcjonowanie poznawcze i afektywne, rzutujące na rozwój zachowań i umiejętności społecznych. Przeobrażenia w rozwoju fizycznym i seksualnym, oderwanie się od rodziców i poszukiwanie własnej tożsamości mogą mieć burzliwy i problematyczny przebieg. Ten czas nie musi być bardziej skomplikowany niż kolejne etapy życia, ale związane z nim wyzwania rozwojowe wymagają szczególnej uwagi. Od pomyślnego zakończenia okresu dojrzewania

do intensywnego etapu przeobrażeń we wszystkich sferach życia w znacznej mierze zależy dalsze funkcjonowanie człowieka [20].

Czas dojrzewania to niewątpliwie trudny okres w życiu człowieka, charakteryzujący się występowaniem tzw. ambiwalencji uczuciowej, objawiającej się nagłą zmianą stanów emocjonalnych, często nieadekwatnych do realnych sytuacji. To bardzo często czas lekkomyślnych i ryzykownych zachowań. Obserwuje się związek między stanem emocjonalnym adolescentów a zachodzącymi zmianami hormonalnymi. Uznaje się, że są one odpowiedzialne za labilność emocjonalną oraz występowanie negatywnych emocji. Zaburzenia zdolności regulacji emocji charakterystycznych dla okresu dojrzewania wiążą się z występowaniem lęku i depresji oraz mogą sprzyjać rozwijaniu się innych psychopatologii w wieku dorosłym [21].

Adolescencja to okres trudnych przemian bio-psycho-społecznych. Młodzi ludzie stoją przed wyzwaniem formowania odpowiedzi na pytanie „Kim jestem?”. Jednocześnie mierzą się ze zmianami dokonującymi się w sferze własnego ciała wynikającymi z procesu dojrzewania. W sferze społecznej istotna dla młodych jest akceptacja rówieśników i przynależność do atrakcyjnych grup społecznych. Na młodych ciąży także oczekiwania społeczno-rodzinne dotyczące ich przyszłości, wykształcenia, osiągnięć. Trudności z akceptacją zmian fizycznych, z odpowiedzią na pytania dotyczące własnej tożsamości oraz radzeniem sobie ze stresem mogą nieść za sobą frustrację, przynębienie, odczucie smutku. Sytuacja psychologiczna adolescentów, którzy mają jeszcze ograniczoną liczbę doświadczeń życiowych, a co za tym idzie dojrzałych strategii radzenia sobie z problemami, może być tłem sprzyjającym pojawianiu się i rozwijaniu myśli samobójczych [22].

Zjawisko zachowań samobójczych adolescentów staje coraz bardziej powszechne we współczesnym świecie. Jest to bardzo interesujący, a zarazem skomplikowany problem, który pomimo wielu badań nie został do końca poznany.

1.4. Próby samobójcze – wyjaśnienie pojęcia

Interdyscyplinarną dziedziną nauki zajmującą się badaniem różnych aspektów samobójstw jest suicydologia. Do określenia przedmiotu badań używa się terminu „zachowania samobójcze”. Pojęcie to określa zróżnicowaną, niejednorodną kategorię obejmującą różne formy zachowań podejmowane z intencją odebrania sobie życia. Kryteria operacyjne dla określenia determinacji samobójstwa za najistotniejsze uznają trzy elementy zachowań samobójczych: fakt, że człowiek sam wyrządził sobie krzywdę, intencję odebrania sobie życia oraz skutek tego działania. Na podstawie tak sformułowanych kryteriów zachowań samobójczych można wyróżnić trzy najważniejsze kategorie: myśli samobójcze, próbę samobójczą oraz samobójstwo dokonane [23].

Myśli samobójcze zawierają wyobrażenia i przemyślenia na temat samobójstwa (np. wyobrażenia bycia martwym), życzenia i impulsy do podjęcia aktu samobójczego. To niekonkretne rozważanie, fantazjowanie na temat własnej śmierci, bez precyzowania planów. Stanowią one skierowanie świadomości na sprawy związane ze śmiercią. To myśli, obrazy, refleksje, pod wpływem których człowiek negatywnie postrzega samego siebie, ukierunkowując własne procesy myślowe w stronę potencjalnego podjęcia próby zachowania autodestrukcyjnego [23,24]. Natomiast tendencje (plany) samobójcze oznaczają konkretne rozważania dotyczące metody, koniecznych środków i okoliczności popełnienia samobójstwa. Dochodzi do wybierania miejsca, czasu, sposobu samobójstwa, pisze się listy pożegnalne, rozdaje swoje rzeczy [25,26].

Próba samobójcza to samodzielne podjęte i potencjalnie śmiertelne działanie, z intencją doprowadzenia do własnej śmierci, jednak skutek którego do owej śmierci nie doszło.

Samobójstwo dokonane wg Światowej Organizacji Zdrowia oznacza świadomy akt odebrania sobie życia. W literaturze naukowej istnieje wiele definicji samobójstwa. W większości akcentuje się fakt, że śmierć w wyniku samobójstwa jest aktem, do którego dochodzi wskutek intencjonalnego, rozmyślnego, zamierzonego, dobrowolnego, świadomego, celowego lub zaplanowanego działania. Samobójstwo definiuje się także jako rodzaj śmierci, która nastąpiła w wyniku działań własnych, a śmiertelny skutek tych działań był przez daną osobę przewidywany i akceptowany [23].

Jedną z pierwszych definicji samobójstwa w 1897 roku podał Émile Durkheim. Brzmi ona następująco: „Samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawionego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swego zachowania”.

Émile Durkheim wysunął teorię, że samobójstwa są czułym wskaźnikiem integracji społecznej oraz wyróżnił cztery główne rodzaje samobójstw:

- samobójstwo egoistyczne, które jest efektem małej integracji człowieka ze społecznością („samotni w tłumie”),
- samobójstwo altruistyczne, które może być przejawem nadmiernej integracji z grupą, kosztem życia jednostki (przykładem tego zjawiska są czyny terrorystów samobójców czy pilotów kamikaze),
- samobójstwo anomiczne, które jest wyrazem rozregulowania mechanizmów społecznych, zakłócenia ładu społecznego, co sprawia, że jednostka w mniejszym stopniu jest stymulowana i kontrolowana przez grupę,
- samobójstwo fatalistyczne, które jest efektem tragicznej sytuacji człowieka bez perspektyw na poprawę (do tej grupy można zaliczyć samobójstwa zbiorowe dokonywane przez członków sekt) [27,28].

W przypadku adolescentów wyróżnia się: samobójstwa prawdziwe, których celem jest śmierć, samobójstwa rzekome, czyli takie, których intencją nie jest śmierć, lecz wywołanie u otoczenia poczucia winy lub będące aktem zemsty, czy rozpacz oraz samobójstwa demonstratywne mające na celu zwrócenie uwagi bliskich na problemy [26].

Samobójstwo, jako akt niezrozumiały dla wielu osób, wywołuje często negatywne skojarzenia, niechęć, lęk. Wynika to zapewne z niewiedzy dotyczącej czynników, które prowadzą człowieka do targnięcia się na swoje życie. Tylko edukacja, uświadamianie oraz wskazywanie możliwości pomocy i działania profilaktyczne dają szansę na zmniejszenie występowania zachowań samobójczych i skuteczne niesienie pomocy [29].

1.5. Epidemiologia prób samobójczych wśród nastolatków

Na świecie każdego roku samobójstwo popełnia ponad 800 000 osób, średnio jedna osoba co 40 sekund, i jest to druga najczęstsza przyczyna śmierci w grupie wiekowej 15–29 lat. Uważa się, że na każdą osobę dorosłą, która straciła życie z powodu samobójstwa, może przypadać ponad 20 innych, które podjęły próbę samobójczą. Samobójstwo jest zjawiskiem globalnym, obserwuje się je we wszystkich krajach. Wbrew wcześniejszym teoriom, że rozpowszechnienie samobójstw jest większe w krajach o wysokich dochodach, ustalono, że w rzeczywistości do 75% samobójstw dochodzi w krajach o niskich lub średnich dochodach. Samobójstwo ma swoje konsekwencje nie tylko dla tych, którzy podejmują próbę samobójczą lub umierają z powodu samobójstwa, ale ma też ogromny, dalekosiężny wpływ na rodzinę, społeczność i cały kraj [30].

W Polsce samobójstwa stanowią drugą, po wypadkach, przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży. Przypadki śmierci samobójczej stanowią 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej 1-19. U chłopców stanowią około 26% przyczyn zgonów, u dziewczyn około 16% [31]. Rocznie samobójstwo popełnia około 300 nastolatków, czyli około 16 na 100 000 osób. Szacuje się, że na każde samobójstwo przypada 10-15 prób samobójczych [25]. Statystyki dotyczące samobójstw w Polsce nie są jednoznaczne. Rozbieżności w sprawozdawczości sprawiają, że liczba samobójstw jest różna w zależności od źródła, które podaje informacje. Szczególnie trudne bywa zakwalifikowanie zgonu dziecka jako samobójstwa, co ma bezpośrednie przełożenie na rzetelność prowadzonych statystyk [31]. Dane dotyczące prób samobójczych w Polsce pochodzą głównie z Głównego Urzędu Statystycznego i Komendy Głównej Policji. Wiele prób samobójczych nie jest zgłaszanych lub są one zakwalifikowane jako wypadki [25].

Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w 2021 roku 1496 dzieci i nastolatków poniżej 18. roku życia podjęło próbę samobójczą (85 prób podjęły dzieci w przedziale wiekowym między 7 a 12 lat). Aż 127 z tych prób zakończyło się śmiercią. W stosunku do 2020 roku oznacza to wzrost o 77 proc. zachowań samobójczych oraz o 19 proc. liczby zgonów [32].

1.6. Przyczyny i podział zachowań samobójczych

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia, samobójstwo jest zjawiskiem wielowymiarowym, będącym wynikiem interakcji pomiędzy wieloma czynnikami: genetycznymi, biologicznymi, socjologicznymi i środowiskowymi [23]. Problemy, które mogą stać się przyczyną podjęcia decyzji o samobójstwie, są różne w zależności od grupy wiekowej. Wydarzenia i sytuacje, które dla dorosłych nie stanowią problemu, dla młodych ludzi mogą wydawać się problemami nie do rozwiązania. Zjawisko samobójstw u młodych ludzi należy analizować z uwzględnieniem uwarunkowań biologiczno-psychologicznych, które są szczególne ze względu na okres dorastania i związane z nim zagrożenia [31].

Ważną przyczyną zachowań samobójczych są niewątpliwie czynniki rodzinne, a zwłaszcza konflikty pomiędzy rodzicami, przekazywanie zbyt mało miłości, występowanie miłości zaborczej, odrzucenie i zaniechanie dziecka. Ogromnie negatywny wpływ na dziecko wywiera rozwód rodziców. Ta traumatyczna sytuacja sprawia, że zmniejsza się poziom bezpieczeństwa i dziecko czuje się zagrożone. Często musi stanąć po którejś stronie, co niewątpliwie wywołuje u niego lęk przed odrzuceniem i poczucie winy. Do istotnych czynników wywołujących zamachy samobójcze należy wymienić: emocjonalne odrącenie przez rodziców, konflikty młodych ludzi z rodzicami, śmierć jednego lub obojga rodziców, choroba alkoholowa występująca w rodzinie [31,29,33,34].

Kolejna grupa czynników wpływających na podejmowanie zachowań samobójczych wśród nastolatków występuje w środowisku szkolnym. Mogą to być problemy szkolne dotyczące trudności w nauce, stosunków z rówieśnikami oraz występowania przemocy psychicznej (w tym zagrożenia cybermobbingiem). Częste konflikty z nauczycielami i rówieśnikami, zmiany szkoły, zagrożenie powtarzaniem klasy, czy trudności z przyswajaniem wiedzy i brak osiągnięć w nauce są sytuacjami sprzyjającymi kształtowaniu się myśli samobójczych.

Czynniki psychologiczne stanowią kolejną grupę przyczyn zamachów samobójczych. Są to min. wydarzenia traumatyczne, a także brak tzw. umiejętności życiowych. Według Światowej Organizacji Zdrowia umiejętności życiowe to: zdolność podejmowania decyzji, umiejętność rozwiązywania problemów, kreatywne myślenie, skuteczna komunikacja i radzenie sobie ze stresem. Brak tych umiejętności wśród nastolatków może utrudniać rozwiązywanie problemów i w konsekwencji doprowadzić do wzrostu zachowań suicydalnych w tej grupie [29,33,34].

Duże znaczenie w kształtowaniu się zamiaru samobójczego mają Internet oraz media. W globalnej sieci powstają specjalne witryny, fora oraz strony poświęcone tematyce samobójstw. Miejsca te stają się rodzajem swoistych „poradników” dla osób chcących popełnić samobójstwo. Stanowią ogólnodostępną bazę wiedzy z zakresu sposobów odebrania sobie życia. Stosunkowo nowym zjawiskiem są transmisje internetowe aktów samookaleczeń, a nawet samobójstw, rejestrowane za pomocą kamer internetowych [35].

Wydarzenia traumatyczne, które mogą być przyczyną zamachu samobójczego to np. doświadczenie przemocy fizycznej, psychicznej, molestowanie seksualne, śmierć rodzica, choroby psychiczne w rodzinie, pobyt w więzieniu członka rodziny, przemoc wobec matki, rozwód czy separacja rodziców. Wydarzenia te wpływają negatywnie na dalsze życie dzieci i młodzieży w szczególności wtedy, gdy nie mogą oni liczyć na wsparcie osób bliskich. Traumatyczne wydarzenia mogą prowadzić do wystąpienia zespołu stresu pourazowego – PTSD (Posttraumatic Stress Disorder), który manifestuje się lękiem, niepokojem, odrętwieniem, nawracającym przeżywaniem urazu, a także agresją [33].

Istotnymi czynnikami, które mogą wywołać zachowania samobójcze są choroby psychiczne i uzależnienia. Najczęstszymi zaburzeniami mogącymi być źródłem zamachu samobójczego są: depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia i zaburzenia osobowości. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia, depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym stwierdzanym jako przyczyna zamachu samobójczego. Osoby depresyjne charakteryzują się pesymizmem, poczuciem beznadziejności, winy, negatywną oceną przyszłości, przekonaniem o istnieniu sytuacji bez wyjścia i niemożności uzyskania pomocy [31]. Obraz kliniczny zaburzeń depresyjnych u młodzieży może być odmienny niż u pacjentów dorosłych. U adolescentów obserwuje się specyficzne zachowania: podwyższony poziom lęku, zmniejszenie lub brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemność, zaniedbywanie obowiązków domowych i szkolnych, pogorszenie relacji z rówieśnikami, drażliwość, wrogość wobec otoczenia, a także zaburzenia zachowania. U depresyjnej młodzieży zauważyć można: impulsywność, agresję, negatywizm, poczucie osamotnienia, niezrozumienia, izolację. Zaburzenia odżywiania np. anoreksja, bulimia zaliczane są do chorób cywilizacyjnych, którym mogą towarzyszyć zaburzenia depresyjne oraz tendencje suicydentalne. W przebiegu tych chorób występują zaburzenia obrazu własnego ciała, problemy emocjonalne min. agresja, poczucie bezsensu, anhedonia oraz zaburzenia depresyjno-lękowe. W anoreksji, czyli w jadłowstręcie psychicznym dochodzi do głodzenia się, a w bulimii obserwuje się nawracające epizody przejadania się, poczucie silnego głodu oraz patologiczna koncentracja na jedzeniu. Ryzyko podjęcia próby samobójczej wzrasta z czasem trwania zaburzeń odżywiania [21].

Uzależnienia mogą wywołać różne reakcje, jak: utrudnione funkcjonowanie w społeczeństwie, problemy w pełnieniu różnych ról społecznych, konflikty z prawem. Używki, alkohol, dopalacze, substancje psychoaktywne wywołują często nieprzewidywalne skutki. Konsekwencja tych zachowań może prowadzić do różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, zaburzeń nastroju, występowania depresji czy prób samobójczych [29]. Alkohol jest najczęściej używaną przez polską młodzież substancją psychoaktywną. Konsekwencjami nadużywania alkoholu są: kłótnie, bójki, wypadki, utrata cennych rzeczy, prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu czy seks bez zabezpieczenia. Drugą co do stopnia rozpowszechnienia substancją psychoaktywną używaną przez młodzież jest nikotyna. Trzecim najczęściej używanym przez młodzież rodzajem substancji psychoaktywnych są przetwory konopi – marihuana lub haszysz. Są to substancje nielegalne, a ich posiadanie i używanie naraża młodego człowieka na konflikt z prawem. Młodzież szkolna często sięga po leki psychotropowe (np. leki nasenne, uspokajające). Narastającym problemem jest także używanie przez młodych ludzi leków przeciwbólowych celem odurzenia się. Leki te są dostępne praktycznie w każdym sklepie spożywczym. Istotnym problemem jest używanie nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. dopalaczy, które odznaczają się wysoką toksycznością. Picie i nadużywanie alkoholu w Polsce jest szeroko akceptowane i zakorzenione w naszej kulturze i tradycji. Z tych powodów zarówno postawy społeczne, jak i polityka państwa wobec problemu picia przez młodzież są dalekie od jednoznaczności. Oficjalna wykładnia polityki państwa, szkół, Kościoła i samorządów nie zezwala na picie alkoholu przez niepełnoletnią młodzież, ale praktyka społeczna niestety nie idzie w parze z oficjalnymi deklaracjami [36]. Wszystkie zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych zwiększają ryzyko zachowań samobójczych, a te będące konsekwencją picia alkoholu i używania substancji psychoaktywnych stwierdza się w 25–50% wszystkich przypadków samobójstw [30].

Samobójcza śmierć jednego człowieka dotyka 4-10 osób z jego najbliższego otoczenia, a także około 20 innych osób pozostających z nim w pośrednich relacjach. Niesie zagrożenie naśladownictwa takiego wzoru zachowania przez inne osoby, co nazywane jest efektem Wertera. Najczęściej samobójstwo naśladownicze spowodowane jest nagłośnieniem przez media konkretnego przypadku odebrania sobie życia. Dokonanie samobójstwa przez osoby sławne zwiększa efekt naśladowania o 50% bardziej niż samobójcza śmierć osoby nieznannej publicznie. Najbardziej narażonymi na efekt Wertera grupami są osoby młode w wieku 15-35 lat oraz osoby starsze powyżej 65 roku życia [31].

Istnieje wiele form odebrania sobie życia: powieszenie, otrucie się gazem, samookaleczenia, zatrucie lekami, substancjami chemicznymi, biologicznymi, skok z wysokości, utopienie, postrzał z broni palnej, rzucenie się pod pojazd mechaniczny. Wybór metody samobójstwa może być związany z jego dostępnością, np. w Stanach Zjednoczonych do częstych sposobów pozbawienia się życia zalicza się te z użyciem broni palnej z uwagi na jej dostępność. Dominującą metodą samobójczą w Polsce jest powieszenie, natomiast wśród niedoszłych samobójców zauważa się, że częściej wybierane jest otrucie [37].

W przypadku powieszenia dochodzi do zatrzymania wymiany gazowej w płucach z powodu ucisku pętli owiniętej wokół szyi na jej anatomiczne struktury. Podczas osunięcia ciała dochodzi do zacisku pętli i docisnięcia nasady języka do tylnej ściany gardła doprowadzając do odcięcia dopływu powietrza do płuc. Nie jest to główny mechanizm śmierci, ponieważ przy powieszeniu dochodzi jeszcze do zaciśnięcia światła dużych naczyń krwionośnych szyi i brak dopływu krwi do mózgu. Może też dojść do zatrzymania czynności serca z powodu odruchowego

pobudzenia receptorów nerwu błędnego. Powieszenie najczęściej kończy się zgonem. W przypadku uratowania życia osobie podejmującej taką próbę, może dojść do nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego np. upośledzenia funkcji poznawczych: myślenia, funkcji językowych, emocji czy niepełnosprawności ruchowej [38].

Inną formą odebrania sobie życia mogą być samookaleczenia – samouszkodzenia. Samouszkodzenie to celowe dokonanie uszkodzenia lub zniekształcenia swojego ciała w zakresie nieakceptowalnym społecznie. Potocznie postrzegane jest jako dążenie do zakończenia własnej egzystencji, wbrew instynktowi samozachowawczemu. Istotnym problemem diagnostycznym jest różnicowanie pomiędzy zamierzonymi samouszkodzeniami z intencją samobójczą i bez intencji samobójczej. Samouszkodzenia podejmowane często impulsywnie mogą ostatecznie doprowadzić do śmierci w wyniku przypadku lub powikłań. Często świadczą również o trudnościach nastolatka, które w przyszłości, bez uzyskania specjalistycznej pomocy, mogą wyindukować proces samobójczy. Do najważniejszych kryteriów różnicowania między próbą samobójczą, a samouszkodzeniem należy oczywiście obecność zamiaru odebrania sobie życia [39]. Zachowania samouszkodzające z intencją samobójczą (suicidal self-injury-SSI) od tych bez intencji samobójczej odróżnia cel. Celem samobójstwa jest śmierć. Samouszkodzenia bez intencji samobójczych (non-suicidal self-injury – NSSI) to według Międzynarodowego Stowarzyszenia ds. Badań Samouszkodzeń celowe samouszkodzenie tkanki ciała bez intencji samobójczych i w celach, które nie są usankcjonowane społecznie. Powszechnie stosowane metody dokonywania samookaleczeń bez intencji samobójczych obejmują: rozdrapywanie skóry, nacinanie, wycinanie oraz przypalanie. Samookaleczenia mają często charakter impulsywny, a ich celem jest zmniejszenie napięcia, ucieczka od trudnych sytuacji, zogniskowanie bólu (czyli zamiana emocjonalnego dyskomfortu na ból fizyczny w celu efektywnego zapanowania nad nim), generowanie stanu ekscytacji (w celu wytworzenie silnych emocji takich jak podniecenie, euforia czy ekscytacja). Młodzież najczęściej dokonuje samouszkodzeń w celu złagodzenia negatywnych emocji, czasami w celu ukarania siebie, zwrócenia uwagi, ucieczki od różnych sytuacji czy odpowiedzialności. Czynniki motywującymi do dokonania samouszkodzeń mogą być: poczucie bezradności, osamotnienia, odrzucenia, poczucie winy, złości, chęć zemsty, trudności szkolne, nieporozumienia z rodzicami i rówieśnikami. Młodzież dokonująca samouszkodzeń istotnie częściej zgłasza myśli i plany samobójcze, podejmuje próby samobójcze, a także upija się, stosuje środki psychoaktywne, wagaruje i ucieka z domu. Istnieją również silne powiązania między funkcjami samookaleczeń a nasileniem objawów depresyjnych. Zamierzone bezpośrednie samookaleczenia są częstym zachowaniem w okresie adolescencji i stanowią bardzo trudny do opanowania oraz wyleczenia problem [40,41,42,43,44,45].

Częstą metodą zamachu samobójczego jest zatrucie lekami i innymi substancjami biologicznymi czy chemicznymi. Zatrucie jest to zespół objawów chorobowych spowodowanych działaniem na organizm substancji, której potencjalna toksyczność wynika ze składu chemicznego i/lub zbyt wysokiej dawki. Do zatrucia może dojść drogą doustną, wziewną, dożylną lub przez kontakt ze skórą i błonami śluzowymi. Jednak droga pokarmowa to najczęstsza droga wniknięcia trucizny do organizmu [46]. W grupie zatruc samobójczych najczęstszym czynnikiem toksycznym są leki, które stanowią 90 % wszystkich przypadków prób samobójczych wśród dzieci w okresie dojrzewania. Zgony spowodowane ostrymi zatruciami występują najczęściej po spożyciu opiatów, substancji psychoaktywnych, paracetamolu, salicylanów, leków kardiologicznych i psychotropowych. Zatrucia rozpoznaje się na podstawie wywiadu, objawów klinicznych oraz wyników badań diagnostycznych i toksykologicznych. Obraz kliniczny zależy od rodzaju i ilości spożytej substancji. Najczęściej zatruciom towarzyszą zaburzenia ze strony układu nerwowego oraz stanu psychicznego pacjenta, a stopień nasilenia objawów koreluje ze stężeniem ksenobiotyku w osoczu. Najbardziej charakterystycznym objawem zatrucia lekami psychotropowymi, alkoholem, lekami przeciwgorączkowymi czy toksycznymi gazami są zaburzenia świadomości o różnym stopniu nasilenia. Można zaobserwować senność, zaburzenia zachowania i emocji, a nawet objawy głębokiej śpiączki. Inne objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego przemawiające za zatruciem to agresja, pobudzenie, nadmierna sztywność lub wiotkość mięśni, omamy wytwórcze, zaburzenia mowy czy równowagi. W różnicowaniu substancji trujących ma znaczenie ocena źrenic. Wąskie, bez reakcji na światło, spotykamy przy zatruciach opiatami, lekami nasennymi, substancjami o działaniu cholinomimetycznym, a szerokie, symetryczne przy nadużyciu leków psychotropowych, przeciwhistaminowych i pochodnych atropiny. Pacjenci zatruci lekami kardiologicznymi czy trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi i przeciwpyschotycznymi prezentują objawy ze strony układu krążenia najczęściej pod postacią hipotonii, bradykardii, zaburzeń rytmu serca, do zatrzymania akcji serca włącznie. Przy ciężkim zatruciu pochodnymi kwasu salicylowego oraz lekami przeciwkrzepliwymi występują zaburzenia krzepnięcia krwi [47].

Ocena stanu zdrowia zatrutego pacjenta ma na celu ustalenie charakterystycznych objawów klinicznych zwanych toksydromem. Określenie właściwego toksydromu może przyspieszyć rozpoznanie przyczyny zatrucia oraz rozpoczęcie leczenia. Prawidłowa interpretacja zaobserwowanych u pacjenta objawów może być utrudniona w przypadku zatruc wielolekowych, zwłaszcza w koincydencji z alkoholem oraz u pacjentów ze współistniejącymi schorzeniami [48,46]. Wyróżnić można następujące toksydromy:

- toksydrom uspokajająco-nasenny: substancjami wywołującymi są benzodiazepiny, leki nasenne (np. Zolpidem), barbiturany, etanol, leki p/lękowe (np. meprobamat), kwas walproinowy, a najczęstsze objawy to: spowolnienie psychoruchowe, obniżona reakcja na bodźce, senność, śpiączka, bradykardia, hipotensja; odtrutką przy zatruciu bezodiazepinami jest flumazenil,
- toksydrom opioidowy: przypomina toksydrom uspokajająco-nasenny z uwagi na depresyjne działanie na ośrodkowy układ nerwowy; wywołują go substancje działające na receptory opioidowe: opiaty (heroina, morfina, kodeina, mleczko makowe, opium), opioidy (oksykodon, fentanyl, tramadol), syntetyczne pochodne fentanylu; najczęstsze objawy to: spowolnienie psychoruchowe (do śpiączki włącznie), szpilkowate źrenice, depresja ośrodka oddechowego, bradykardia, hipotermia, spadek ciśnienia tętniczego; odtrutką jest naloxon,

- toksydrom cholinolityczny: substancje wywołujące to leki o działaniu cholino litycznym – atropina i inne alkaloidy tropanowe (skopolamina), leki przeciwhistaminowe, leki przeciwpachotyczne-neuroleptyki, trójcykliczne leki przeciwdępresyjne, leki rozkurczowe, leki przeciw chorobie Parkinsona; objawy to: pobudzenie, halucynacje, sucha skóra i śluzówki, delirium, halucynacje, poszerzenie źrenic, drgawki, tachykardia, hipertensja, zaburzenie akomodacji, hipertermia; odtrutka – fizostygmina,
- toksydrom cholinergiczny: substancje wywołujące to leki uwalniające acetylocholinę (aminopirydina, karbachol, guanidyna), antagoniści muskarynowi, antagoniści nikotynowi, inhibitory acetylocholinesterazy (riwastygmina, donepezyl), a najczęstszymi objawami są: zaburzenia świadomości, drgawki, zwężenie źrenic, łzawienie, wilgotna skóra, obturacja oskrzeli, bradykardia/tachykardia, hipotensja/hipertensja, osłabienie siły mięśniowej; odtrutka – atropina – znosi objawy muskarynowe, ale nie odwraca nikotynowych,
- toksydrom sympatykomimetyczny: substancje wywołujące to najczęściej kokaina, amfetamina i jej pochodne (ekstazy), efedryna, pseudoefedryna (katyna), substancje psychostymulujące – psychoanaleptyczne; objawy: pobudzenie psychoruchowe, delirium, omamy, halucynacje, niepokój, drgawki, poszerzenie źrenic, tachykardia, wzmożona wilgotność skóry, hipertermia, hipertensja [49,46].

Zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej tematyki zachowań samobójczych, zwłaszcza przyczyn aktów samobójczych jest niezwykle istotna. Konieczne jest poszerzanie wiedzy, by lepiej zrozumieć, w jaki sposób interakcje różnych czynników prowadzą do podejmowania decyzji o zakończeniu swojego życia. Należy właściwie odczytywać sygnały, które często wysyłają osoby zagrożone samobójstwem, aby skutecznie nieść im pomoc.

1.7. Leczenie pacjentów po próbach samobójczych i profilaktyka zachowań samobójczych

Plan leczenia młodego człowieka po zamachu samobójczym zależy od stopnia zagrożenia suicydalnego. W sytuacji, kiedy nastolatek jest w stanie zagrożenia życia po dokonaniu poważnej próby samobójczej trafia do szpitala – na szpitalny oddział ratunkowy, oddział intensywnej opieki medycznej, oddział pediatryczny, gdzie udzielana jest mu potrzebna pomoc [50].

Najczęstszą metodą prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży jest zatrucie lekami. Pierwsza pomoc w zatruciach polega na:

- przerwaniu trwającej ekspozycji,
- wstępnej ocenie stanu ogólnego pacjenta, czyli ocenie stopnia wydolności oddechowej (ocena i pomiar oddechu saturacji O₂), krążeniowej (pomiar i ocena tętna, ciśnienia tętniczego krwi, nawrotu kapilarnego), wyglądu skóry i błon śluzowych, pomiaru temperatury ciała, oceny stanu świadomości,
- podtrzymywaniu podstawowych funkcji życiowych wg schematu ABCDE resuscytacji: zapewnienie drożności dróg oddechowych, skutecznej wentylacji i prawidłowego krążenia krwi,
- założeniu wkłucia obwodowego i pobraniu krwi do badań biochemicznych i toksykologicznych,
- dekontaminacji – eliminacji substancji toksycznej z organizmu i podaniu węgla aktywowanego,
- ustaleniu substancji wywołującej zatrucie i podaniu swoistego antidotum,
- w miarę możliwości należy zebrać dokładny wywiad [46,51].

Zawsze w przypadku zatrucia należy skontaktować się z Ośrodkiem Toksykologicznym, gdzie uzyskuje się informacje o metodach eliminacji trucizny i zasadach postępowania w danym zatruciu. Dekontaminacja jest działaniem polegającym na usunięciu niewchłoniętej trucizny. Może dotyczyć powierzchni ciała, ale także przewodu pokarmowego. W szpitalu dekontaminację wykonuje się przez: płukanie żołądka, stosowanie środków przeczyszczających, płukanie jelit, forsowną diurezę, wielokrotne dawki węgla aktywowanego (dializa jelitowa). Do pozaustrojowych metod eliminacji toksyn zaliczamy dializę otrzewnową, hemodializę, hemoperfuzję, transfuzję wymienną, plazmaferzę oraz ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation). Ważnym sposobem leczenia ostrych zatruc jest zastosowanie swoistych odtrutek [48].

W przypadku powieszenia należy jak najszybciej odciąć poszkodowanego podtrzymując ciało przed upadkiem oraz niezwłocznie usunąć z szyi uciskający przedmiot. W zależności od stanu chorego podejmuje się czynności ratunkowe. W każdym przypadku powieszenia, nawet, gdy pacjent jest przytomny, należy przewieźć go do szpitala w celu wykonania diagnostyki obrazowej mózgu, kręgosłupa oraz koniecznych interwencji leczniczych [38].

W przypadku skoku z wysokości, rzucenia się pod pojazd mechaniczny czy postrzału z reguły dochodzi do obrażeń wielonarządowych wymagających specjalistycznej pomocy, najczęściej w warunkach bloku operacyjnego i oddziału intensywnej terapii.

Część prób samobójczych ma charakter złożony, czyli pacjent użył kilku metod np. przedawkowaniu leków towarzyszącą samookaleczenia czy odurzenie substancjami psychoaktywnymi. Niekiedy dochodzi do kilku prób z rzędu np. gdy pierwsza metoda nie przynosi spodziewanego efektu [38].

Badanie przedmiotowe pacjentów stabilnych po próbie samobójczej wykonuje się w celu wykluczenia somatycznych przyczyn takich zachowań. Obejmuje ocenę obecności obrażeń, objawów użycia substancji psychoaktywnych oraz objawów chorób somatycznych, które mogą, mieć wpływ na przebieg zaburzeń psychicznych.

Ocena stanu psychicznego obejmuje analizę kilku elementów takich, jak: wygląd pacjenta, umiejętność skupienia uwagi i oceny sytuacji, prawidłowe funkcjonowanie poznawcze, wyrównanie nastroju, a także występowanie

zaburzeń świadomości, które mogą zwiększać ryzyko niebezpiecznych zachowań. Niezwykle ważny jest wywiad z pacjentem i jego rodziną. Równolegle należy wykonać badania laboratoryjne, aby wykluczyć ryzyko wynikające z zatrucia, zaburzeń somatycznych, oraz innych stanów zwiększających ryzyko podjęcia próby samobójczej (testy przesiewowe w kierunku substancji psychoaktywnych, test ciężowy, zdjęcia rentgenowskie, tomografia komputerowa) [52].

Konsultujący psychiatrę dokonuje oceny stanu psychicznego i wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej po ustabilizowaniu stanu somatycznego. Konsultacja psychiatryczna jest konieczna zawsze, gdy istnieje ryzyko suicydalne, nawet wtedy, gdy rodzic lub nastolatek nie zgadzają się na takie badanie. Wówczas zgodnie z art.22 pkt 2c oraz art. 23 i 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego może zostać przyjęty do szpitala wbrew woli swojej i opiekuna. W przypadku czynnych zachowań autoagresywnych i suicydalnych (pacjent próbuje się dusić, okaleczać, uciekać z gabinetu, skakać z okna) należy przede wszystkim zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo. Zastosowanie wówczas znajdują przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczące użycia przymusu bezpośredniego (art. 3 pkt 6, art. 18). Pacjent po przyjęciu do oddziału psychiatrycznego trafia najczęściej na salę obserwacyjną, gdzie prowadzony jest ścisły, całodobowy nadzór i nie może sam opuszczać takiej sali. Dalszy pobyt, w tym możliwość udziału w zajęciach terapeutycznych, udzielenie przepustki do domu, wyjścia na spacer są uzależnione od istniejącego poziomu zagrożenia samobójczego.

Leczenia farmakologiczne nastolatka po próbie samobójczej zależy przede wszystkim od rozpoznanych u niego zaburzeń psychicznych. W przypadku zaburzeń depresyjnych stosuje się leki przeciwdepresyjne (zwłaszcza z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny). Terapia tymi lekami prowadzi do istotnej redukcji myśli i zachowań samobójczych oraz ustępowania objawów depresyjnych. W leczeniu stosuje się również lit, leki przeciwpadaczkowe (stabilizatory nastroju – w przypadku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych), a także klozapinę (u chorych na schizofrenię). Ważnym elementem farmakoterapii pacjenta z ryzykiem samobójczym jest także terapia dolegliwości lękowych i zaburzeń snu.

Oprócz leczenia farmakologicznego pomocne w zmniejszeniu ryzyka samobójczego jest zastosowanie psychoterapii w nurtach: behawioralno-poznawczym, dialektyczno-behawioralnym, poznawczo-behawioralnym oraz terapii zorientowanej na rozwiązanie problemu.

Po ustabilizowaniu stanu psychicznego i redukcji zagrożenia samobójstwem kontynuacja leczenia może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych. Ważne jest, aby korzystać z pomocy rodziny i najbliższego otoczenia nastolatka oraz wyposażyć pacjenta w „plan kryzysowy” [50].

Samobójstwem można zapobiec, a mimo to, co 40 sekund ktoś na świecie umiera z tego powodu. Działania profilaktyczne w odniesieniu do samobójstw polegają na budowaniu relacji z osobą zagrożoną oraz eliminacji przyczyn doprowadzających do takiego stanu. Przed podjęciem próby samobójczej adolescent wysyła w kierunku otoczenia wiele sygnałów, które są „wołaniem o pomoc”, jednak nie zawsze te sygnały są dostrzeżone i poprawnie odczytane. Zachowania samobójcze stanowią swego rodzaju proces, który nie powstaje z dnia na dzień, lecz rozwija się stopniowo w wyniku doświadczania niekorzystnych sytuacji. Dlatego niezwykle istotne znaczenie ma edukacja społeczeństwa w tym zakresie, aby poprawnie odczytać zagrożenie i w odpowiednim czasie podjąć właściwe działania pomocowe – profilaktyczne. Kształcenie i szkolenie pracowników ochrony zdrowia, przede wszystkim służb oraz personelu podstawowej opieki zdrowotnej czy oddziałów ratunkowych jest konieczne, aby osobom potrzebującym zapewnić właściwą pomoc [30,53].

W celu zapobiegania samobójstwom nastolatków tworzone są szkolne programy edukacyjne, których celem jest zwiększenie świadomości na temat samego problemu samobójstwa i nabycie umiejętności rozpoznawania osób zagrożonych. Programy te przybliżają informację na temat zdrowia psychicznego, uczą radzenia sobie ze stresem. Zazwyczaj są one prowadzone przez specjalistę z zakresu zdrowia psychicznego lub wyspecjalizowanego nauczyciela. Adresowane są do uczniów szkół średnich rodziców i nauczycieli [37].

Warto pamiętać o znaczącej roli środków masowego przekazu w tym mediów elektronicznych, które kształtują postawy, poglądy czy zachowania społeczne. Młodzi ludzie powinni być wyedukowani i nauczeni tego, jak korzystać z mediów społecznościowych, jak wyszukiwać informację i gdzie szukać pomocy w sytuacjach trudnych, zamiast poddawać się bezwarunkowym poleceniom przekazywanym przez social media [29].

Rodzina jako podstawowa komórka społeczna kształtująca jednostkę stanowi ważnego odbiorcę działań profilaktycznych w procesie zapobiegania zachowaniom samobójczym. Świadomość odpowiedzialności dorosłych członków rodziny ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu samobójstwom. Rodzina często potrzebuje wieloobszarowego wsparcia. Pielęgnowanie i utrzymywanie zdrowych i bliskich relacji może zwiększyć odporność jednostki i być czynnikiem chroniącym przed ryzykiem samobójstwa. Ludzie w najbliższym otoczeniu społecznym mogą być ważnym źródłem wsparcia społecznego, emocjonalnego i finansowego, tworząc efekt buforowy. Stąd rozpowszechnianie rzetelnej wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, profilaktyki i objawów zamachów samobójczych ma kluczowe znaczenie. Szybka i właściwa reakcja otoczenia może być skutecznym sposobem zapobiegania tragedii, mowa zwłaszcza o wykształcaniu umiejętności rozpoznawania wczesnych objawów i udzielania pomocy [35,29].

Stabilność emocjonalna, ugruntowana tożsamość i optymistyczny pogląd na świat pomagają radzić sobie z trudnościami życiowymi. Łagodzeniu stresu sprzyja dobra samoocena, poczucie własnej skuteczności i umiejętności efektywnego rozwiązywania problemów, zwłaszcza zdolność poszukiwania pomocy w potrzebie. W ramach zdrowego stylu życia wspomagającego dobrostan fizyczny i psychiczny istotne jest regularne uprawianie ćwiczeń fizycznych i sportu, dbanie o odpowiednią ilość snu i właściwą dietę, eliminacja używek, zwłaszcza alkoholu. Te skuteczne pozytywne strategie radzenia sobie ze stresem oraz subiektywny dobrostan chronią przed samobójstwem.

Przekonania religijne, wiara mogą być również czynnikiem chroniącym, ponieważ zwykle dają uporządkowany system wartości i przekonań. Ochronne działanie religii i duchowości może wynikać z dostępu do spójnej i wspierającej społeczności, z którą ma się wspólny system wartości.

W zapobieganiu samobójstwom ważną rolę pełni system ochrony zdrowia. Poprawa jakości opieki jest kluczem do zmniejszenia liczby samobójstw związanych z zaburzeniami psychicznymi oraz z innymi czynnikami ryzyka. Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia zalecają kompleksowe badanie diagnostyczne każdego, kto przejawia myśli, plany lub dokonuje aktów samobójczych czy samouszkodzeń. Duże znaczenie ma propagowanie wiedzy na temat systemu opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej. Konsultacja z lekarzem psychiatrą nie musi być poprzedzona skierowaniem. Do psychiatry można zgłosić się w każdym momencie, kiedy obserwuje się niepokojące objawy u dziecka. Ważna jest szybka reakcja oraz zainteresowanie ze strony osób dorosłych tak, aby w odpowiednim czasie podjąć specjalistyczne działania, zwłaszcza psychoterapię i, jeśli będzie to wymagane, farmakoterapię [30,35].

Opieka poszpitalna i wsparcie społeczne mają duże znaczenie dla pacjentów po wypisie ze szpitala, aby pomagać i motywować ich do przestrzegania zaleceń leczniczych. Powtarzanie kontrolnych wizyt poszpitalnych i zaangażowanie w opiekę poszpitalną wszelkich dostępnych źródeł wsparcia społecznego, takich jak: rodzina, koledzy, przyjaciele, ośrodki interwencji kryzysowej czy miejscowe poradnie zdrowia psychicznego mają pomóc w zapobieganiu ponownym zamachom samobójczym [30].

Zapobieganiu samobójstwom ma służyć także działalność Policji, która jest zobowiązana ustawowo (na mocy art. 1 ust. 2 pkt. 1-3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji. Dz.U. 2015.355) do ochrony zdrowia i życia, działań zapobiegającym przestępstwom i zjawiskom kryminogennym. W związku z tym, Policja jest również odpowiedzialna za profilaktykę samobójstw wśród dzieci i młodzieży oraz współpracę w tym zakresie z innymi organami państwa i organizacjami. Komenda Główna Policji jest także zobowiązana do tworzenia programów edukacyjnych dotyczących zagrożeń, problemów dzieci i młodzieży. Działania te należy wdrażać we współpracy z instytucjami, które zajmują się opieką i wychowaniem dzieci i młodzieży – szkołami, poradniami, ośrodkami [35].

Podsumowując, aby zapobiec samobójstwom potrzebna jest kompleksowa, wielosektorowa strategia zapobiegania. Skuteczność strategii narodowej powinna zapewnić współpraca między sektorem zdrowia, a innymi sektorami na poziomie rządowym i pozarządowym. Powinny w niej uczestniczyć społeczności oraz media, które mają za zadanie odpowiedzialnie przekazywać informacje o samobójstwach. W ramach strategii należy doskonalić nadzór (zbieranie danych statystycznych) oraz politykę w dziedzinie zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem nadużywania alkoholu. Podstawowym elementem skutecznej strategii powinna być wczesna prewencja, ograniczanie dostępu do środków umożliwiających samobójstwo np. pestycydy, broń palna i niektóre leki. Wdrożenie skutecznej polityki w połączeniu z interwencjami środowiskowymi ma zasadnicze znaczenie dla redukcji liczby samobójstw [30].

W ostatnich dekadach, a zwłaszcza po roku 2000, opracowano wiele narodowych strategii zapobiegania samobójstwom. 28 krajów ma swoje strategie narodowe i wykazuje zaangażowanie w problem prewencji samobójstw. Samobójstwo zostało powszechnie uznane za poważny problem zdrowia publicznego, czego kulminacją było ustanowienie Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom 10 września 2003 r. Obchody tego dnia, organizowane co roku przez International Association for Suicide Prevention (IASP, Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom) i są współfinansowane przez Światową Organizację Zdrowia. Dzień ten dał impuls do kampanii medialnych, krajowych i lokalnych, jak również przyczynił się do wzrostu świadomości społecznej i zmniejszenia stygmatyzacji tego problemu na całym świecie [30].

Śmierć spowodowana samobójstwem jest drugą, po wypadkach, przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży. Edukacja, uświadamianie, działania profilaktyczne czy wskazanie możliwości pomocy dają szansę na zmniejszenie zachowań samobójczych i skuteczne niesienie pomocy. Skutki samobójstw mają wymiar zdrowotny, społeczny, psychiczny oraz ekonomiczny. Złożoność problemu wymusza prowadzenie interdyscyplinarnej profilaktyki przy współpracy wielu instytucji [31].

2. Cel pracy i założenia pracy

Cel pracy główny:

Celem pracy było poznanie częstości hospitalizacji nastoletnich pacjentów z powodu prób samobójczych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w czasie pandemii COVID-19, oraz określenie profilu pacjenta podejmującego próbę samobójczą.

Cele szczegółowe:

1. Ocena częstości występowania prób samobójczych wśród nastolatków w zależności od wieku, płci i miejsca zamieszkania.
2. Ocena częstości występowania prób samobójczych wśród nastolatków w zależności od miesiąca i roku pandemii COVID-19.
3. Zidentyfikowanie metod samobójczych podejmowanych przez nastolatków.
4. Określenie rodzaju substancji toksycznych użytych przez nastolatków w celu zatrucia samobójczego.
5. Ocena częstości występowania prób samobójczych wśród nastolatków w zależności od rodzaju zaburzeń psychicznych.
6. Określenie rodzaju interwencji medycznych w zależności od stanu klinicznego nastoletnich pacjentów po próbie samobójczej.

3. Metodologia badań własnych

3.1. Metoda i materiał badawczy

Badanie miało charakter retrospektywny. Na przeprowadzenie tego badania uzyskano zgodę Dyrektora Medycznego Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie oraz pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego (KBKA/53/O/2022).

Ogólną analizą objęto 425 dokumentacji medycznych w elektronicznym systemie CliniNet. Analizie poddano dane pacjentów w wieku 10-18 lat hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie z powodu prób samobójczych. Okres analizy obejmował dni od 20 marca 2020 roku do 16 maja 2023 roku tj. stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (ogłoszony w Polsce przez Ministra Zdrowia), zwany czasem pandemii COVID-19. Pacjentów badanej grupy weryfikowano na podstawie wieku i rozpoznania za pomocą kodów Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems):

- F00-F99 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- T36-T65 – Zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi;
- T96-T99 – Następstwa zatrucia lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi. Następstwa toksycznych skutków działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych. Następstwa innych i nieokreślonych skutków działania czynników zewnętrznych;
- X60-X84 – Zamierzone samouszkodzenia. Obejmuje celowe samouszkodzenie lub zatrucie; samobójstwo (próba samobójcza).

Podczas analizy dokumentacji wykluczono te dokumenty, w których pacjenci nie wykazywali znamion próby samobójczej (zachowania mającego na celu uszkodzenie własnego ciała z intencją odebrania sobie życia) oraz nie spełniali wymaganego kryterium wiekowego.

3.2. Procedura badawcza

Zbierano dane demograficzne i kliniczne. Dane demograficzne obejmowały wiek, płeć, miejsce zamieszkania (wieś, miasto), miesiąc i rok próby samobójczej, natomiast dane kliniczne takie zmienne jak: częstość prób samobójczych, metoda próby samobójczej, rodzaj substancji toksycznej, zaburzenia psychiczne, leczenie psychiatryczne, stan zdrowia badanych po próbie samobójczej, rodzaj podjętych interwencji medycznych, świadczenia zdrowotne.

Datę próby samobójczej zweryfikowano z miesiącem i rokiem stanu epidemii w Polsce. Analizą objęto metody próby samobójczej z podziałem na samozatrucie, samookaleczenia, powieszenie, skok z wysokości oraz inne. Zbadano rodzaj substancji toksycznej z podziałem na leki, alkohol, inne. Wyróżniono grupy leków, którymi nastolatki dokonywały samozatrucia: leki przeciwdepresyjne/przeciwpowietrzne, leki przeciwbólowe nieopiodowe (z wyróżnieniem Paracetamolu), leki nasenne/uspokajające/przeciwdrgawkowe, leki kardiologiczne i inne. Dokonano także podziału według dyżuru zgłoszenia się pacjentów do szpitala: dyżur dzienny (w godzinach 7.00–19.00) lub nocny (w godzinach 19.00–7.00). Na podstawie wywiadu lekarskiego od pacjentów i/lub opiekunów ustalano czy pacjent leczył się wcześniej psychiatrycznie i z jakiego powodu. Dokonano analizy w jakim stanie klinicznym pacjenci zgłaszali się do SOR-u. Wyróżniono: stan dobry, stan ciężki (nieprzytomni, wymagający pilnych procedur medycznych), oraz z objawami zatrucia (wymioty, nudności, bóle brzucha, zawroty głowy, splątanie, zaburzenia równowagi, senność). Dokonano podziału następstw próby samobójczej, wyróżniając: przekazanie pacjenta transportem medycznym z rodzicem/opiekunem do sprawującego dyżur oddziału psychiatrii, celem konsultacji lub hospitalizacji; hospitalizacja w oddziale obserwacyjnym lub wstępnej intensywnej terapii w SOR-ze; hospitalizacja w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; hospitalizacja w oddziale pediatrii. Analizowano również interwencje medyczne podjęte wobec zgłaszających się pacjentów z podziałem na: zaopatrzenie ran, płukanie żołądka i podanie węgla aktywowanego przez sondę, monitorowanie parametrów życiowych (za pomocą kardiomonitora i/lub pulsoksymetru), założenie wkłucia obwodowego z pobraniem krwi na badania i podłączeniem wlewów kroplowych, oraz zastosowanie odtrutek.

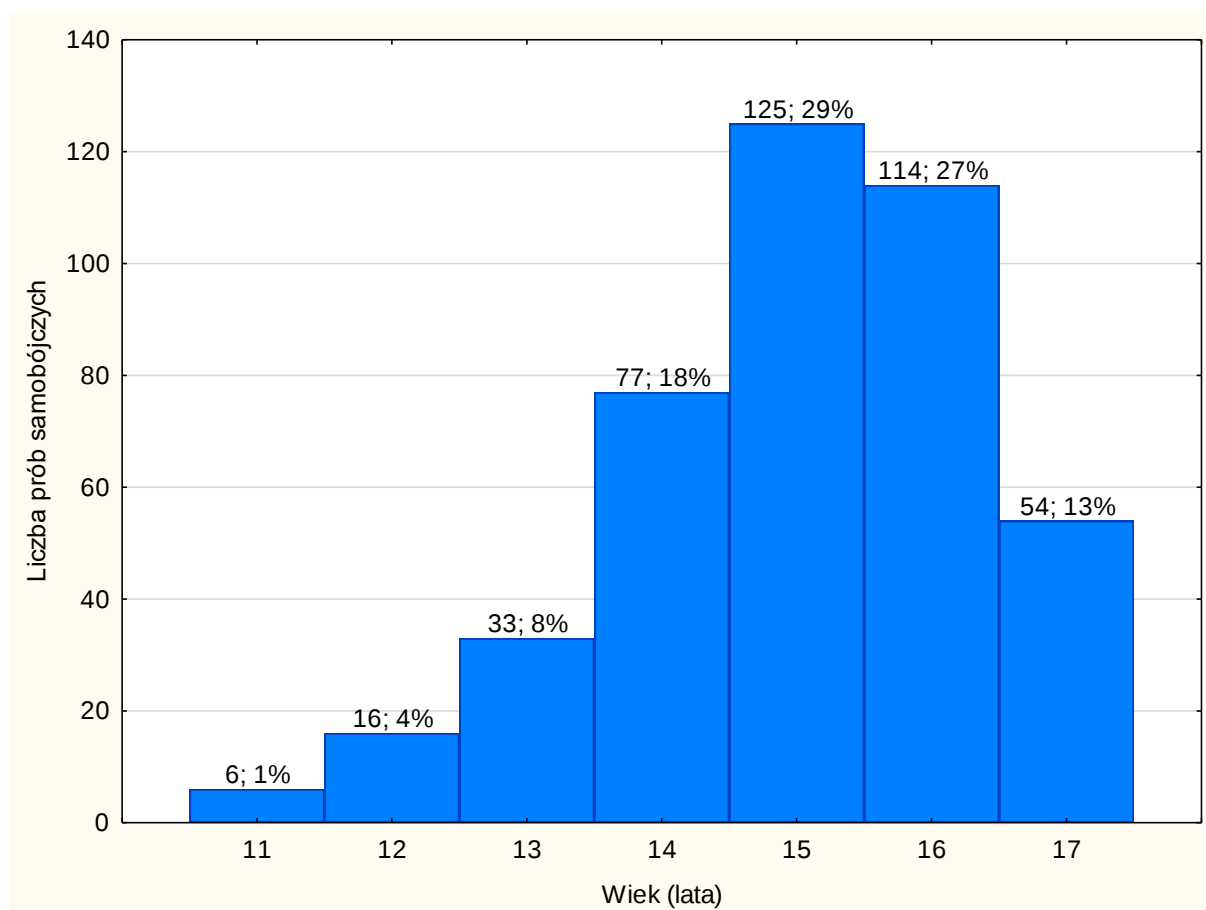
Wyniki badania zapisano w arkuszu Excel oraz poddano analizie statystycznej w programie STATISTICA v.13 (TIBCO Software Inc., Kraków, Polska 2017). Zmienne jakościowe przedstawiono jako liczbę całkowitą i odsetek, natomiast zmienne ilościowe w postaci mediany, kwartyli górnej i dolnej. Zależności między zmiennymi jakościowymi obliczono za pomocą testu chi-kwadrat lub dokładnego testu Fishera. Do porównania zmiennych ilościowych zastosowany został Manna-Whitney'a. Normalność rozkładu badano testem Shapiro-Wilka. Poziom istotności statystycznej ustalono na $p \leq 0,05$.

4. Wyniki badań własnych

W okresie pandemii COVID-19 tj. od 20 marca 2020 roku do 16 maja 2022 roku do SOR-u zgłosiło się 57032 dzieci. Z tej grupy za pomocą kodów ICD: F00-F99, T36-T65, T96-T99, X60-X84 wyłono 1655 pozycji dokumentacji pacjentów. Niektóre dokumentacje zawierały kilka kodów. Podczas analizy dokumentacji wykluczono te dokumenty, w których pacjenci nie wykazywali znamion próby samobójczej (zachowania mającego na celu uszkodzenie własnego ciała z intencją odebrania sobie życia) oraz nie spełniali wymaganego kryterium wiekowego. Ostatecznie analizie poddano 425 dokumentacji pacjentów (0,7%), którzy zgłosili się do SOR-u z powodu próby samobójczej.

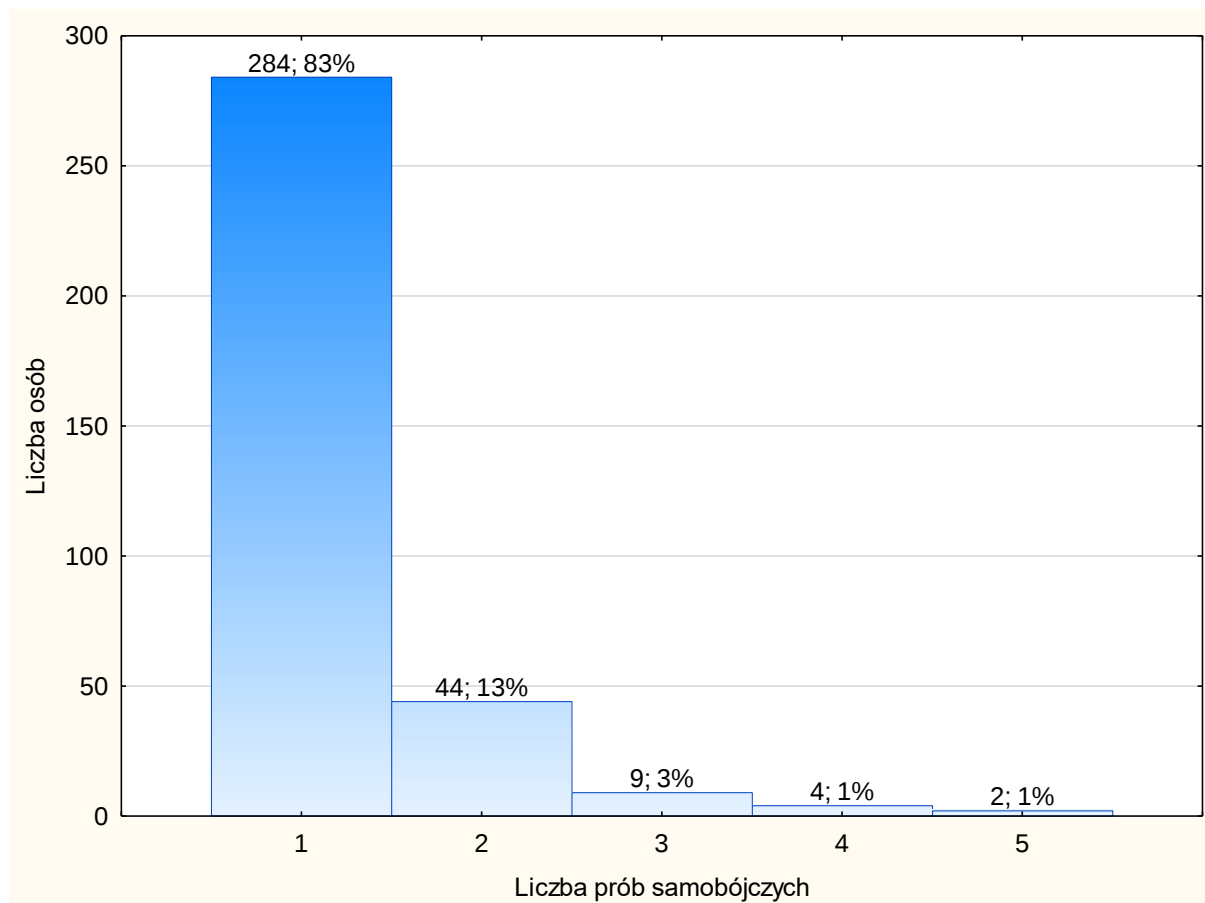
4.1. Częstość prób samobójczych w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania

W okresie wprowadzenia w Polsce stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, trwającym 787 dni, odnotowano 425 hospitalizacji w SOR-ze z powodu próby samobójczej u pacjentów w wieku 11–17 lat (rycina 1), co oznacza, że co drugi dzień mogło być przyjmowane na oddział nastoletnie dziecko, które próbowało odebrać sobie życie. Około 80% hospitalizacji było związanych z próbami samobójczymi dziewczynek ($n = 339$). Większość prób była odnotowana wśród mieszkańców miast ($n = 320$; 75,3%). Dwukrotnie częściej próby samobójcze były dokonywane w grupie wiekowej 15–17 lat ($n = 293$; 69%) niż 11–14 lat ($n = 132$; 31%). Rozkład płci ($\chi^2 = 1,51$; $p = 0,22$) i miejsca zamieszkania ($\chi^2 = 1,11$; $p = 0,73$) w obu grupach wiekowych był podobny.



Rycina 1. Liczba prób samobójczych w okresie pandemii COVID-19 w zależności od wieku

Łącznie w obserwowanym okresie udzielono pomocy medycznej 343 pacjentom, spośród których 284 (83%) osoby podjęły w tym czasie jedną próbą samobójczą a 59 (17%) osób co najmniej dwie próby, co daje 141 hospitalizacji (rycina 2).

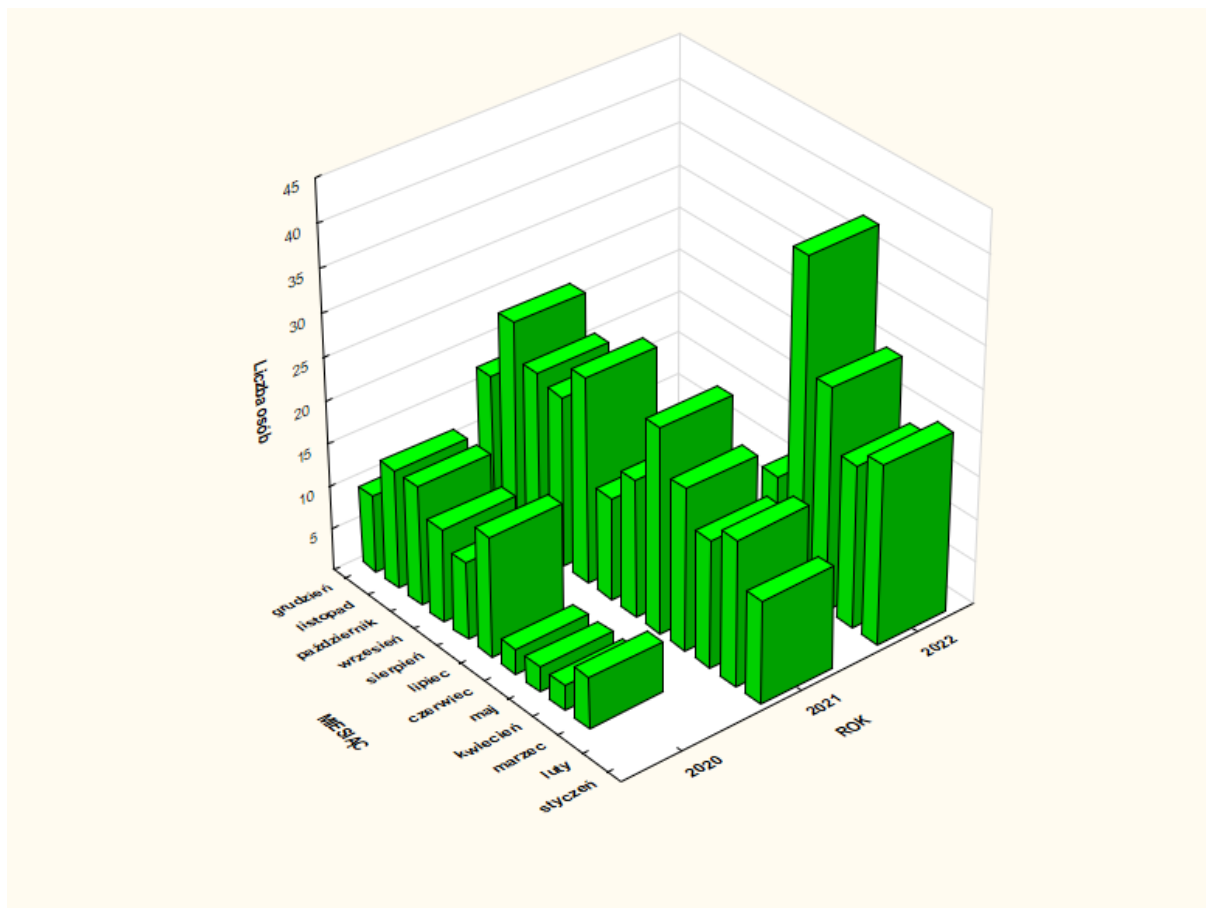


Rycina 2. Liczba prób samobójczych podjętych przez pacjenta w okresie pandemii COVID-19

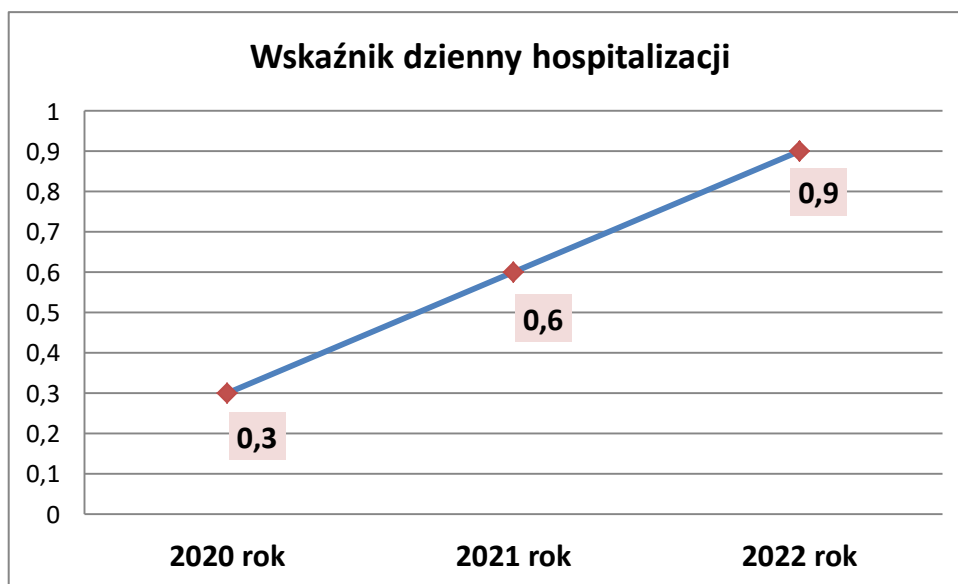
4.2. Częstość prób samobójczych w zależności od miesiąca i roku obserwacji

W ciągu 11 dni od ogłoszenia stanu epidemii w Polsce tj. w marcu 2020 roku, przyjęto na SOR 6 pacjentów po próbie samobójczej. Wraz z czasem trwania epidemii obserwowano wzrost częstości podejmowania tych prób przez nastolatków. Najwięcej przypadków tj. 39 zarejestrowano w kwietniu 2022 roku. W analogicznym miesiącu 2021 roku było to 19 prób, podczas gdy w 2020 roku odnotowano 3 próby. Rozkład liczby prób samobójczych w zależności od miesiąca i roku obserwacji zaprezentowano na rycinie 3.

Należy nadmienić, że okres obserwacji w 2020 roku, 2021 roku i 2022 roku wynosił odpowiednio 287 dni, 365 dni i 135 dni. W poszczególnych okresach odnotowano 86, 222 i 117 przypadków prób samobójczych. Dzieląc liczbę przypadków przez liczbę dni otrzymano wskaźnik średniej dziennej liczby hospitalizacji z powodu prób samobójczych dla każdego roku tj. 0,3; 0,6; 0,9. Analiza tych wyników sugeruje tendencję wzrostową w liczbie prób samobójczych (rycina 4).



Rycina 3. Rozkład liczby prób samobójczych w okresie pandemii COVID-19 w zależności od miesiąca i roku (od 20 marca 2020 roku do 16 maja 2022 roku)

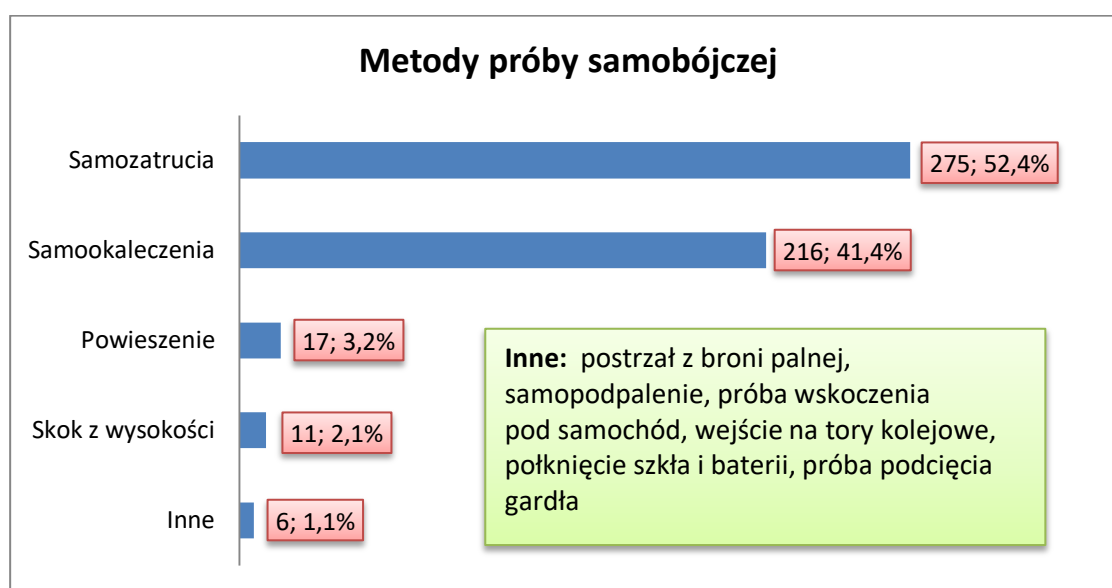


Rycina 4. Wskaźnik dzienny hospitalizacji z powodu prób samobójczych w zależności od roku obserwacji

4.3. Metody prób samobójczych

Metody próby samobójczej wybierane przez nastolatków zostały przedstawione na rycinie 5. Samozatrucie było najczęściej podejmowane przez nastolatków zarówno w grupie wiekowej powyżej 14 lat jak i młodszej ($n = 85$; 64,8% vs. $n = 190$; 64,9%; $\chi^2 = 0,0001$; $p = 0,99$), oraz w grupie dziewczynek i chłopców ($n = 225$; 66,6% vs. $n = 50$; 58,1%; $\chi^2 = 2,14$; $p = 0,14$). Różnice te nie były istotne statystycznie. Samozatrucie, jako forma pozbawienia się życia, częściej było wybierane przez nastolatków mieszkających na wsi niż w mieście ($n = 77$; 74% vs. $n = 198$; 61,9%; $\chi^2 = 5,09$; $p = 0,02$). Samookaleczenia związane były przede wszystkim z płcią żeńską ($n = 181$; 53,4% vs. $n = 35$; 40,7%; $\chi^2 = 4,42$; $p = 0,03$), podczas gdy powieszenie ($n = 7$; 8,1% vs. $n = 10$; 2,1%; $\chi^2 = 4,81$; $p = 0,028$), i skok z wysokości ($n = 7$; 8,1% vs. $n = 4$; 1,2%; $\chi^2 = 13,2$; $p = 0,0003$) z płcią męską.

Co czwarta hospitalizacja ($n = 97$; 22,9%) była skutkiem podjęcia przez nastolatków dwóch metod zmierzających do pozbawienia się życia – najczęściej były to samozatrucia i samookaleczenia ($n = 86$; 20,2%). Należy nadmienić, że trzy metody próby samobójczej zarejestrowano w grupie wiekowej powyżej 14 lat u dwóch chłopców i jednej dziewczynki. Odsetek hospitalizacji spowodowanej użyciem więcej niż jednej metody samobójczej był podobny zarówno w grupie wiekowej powyżej 14 lat jak i młodszej ($n = 63$; 21,5% vs. $n = 34$; 25,8%; $\chi^2 = 0,93$; $p = 0,33$), w grupie dziewczynek i chłopców ($n = 82$; 24,2% vs. $n = 15$; 17,4%; $\chi^2 = 1,77$; $p = 0,18$), oraz osób zamieszkujących wieś i miasto ($n = 29$; 27,6% vs. $n = 68$; 21,2%; $\chi^2 = 1,82$; $p = 0,17$).



Rycina 5. Metody próby samobójczej wybierane przez nastolatków w okresie pandemii COVID-19 (liczba hospitalizacji = 425)

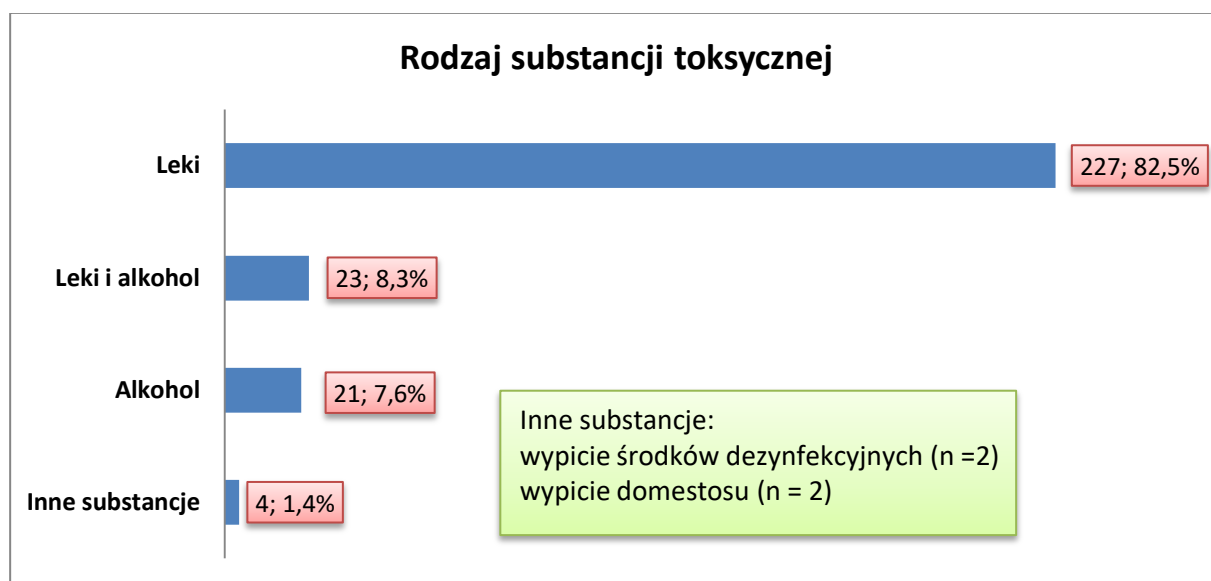
4.4. Rodzaj substancji toksycznej

Samozatrucie było przyczyną 275 hospitalizacji (100%), przede wszystkim na skutek spożycia leków (82,5%). W tej grupie 8,3% hospitalizacji było z udziałem połączenia leków i alkoholu, natomiast około 8% hospitalizacji spowodowanych było użyciem samego alkoholu (rycina 6).

Leki częściej wybierały w celach samobójczych dziewczynki niż chłopcy ($n = 209$; 61,6% vs. $n = 41$; 47,7%; $\chi^2 = 5,53$; $p = 0,02$), oraz mieszkańcy wsi ($n = 72$; 68,6% vs. $n = 178$; 55,6%; $\chi^2 = 5,47$; $p = 0,02$). Z kolei alkohol częściej spożywali chłopcy niż dziewczynki ($n = 14$; 16,3% vs. $n = 39$; 8,8%; $\chi^2 = 4,08$; $p = 0,04$), a osoby powyżej 14 lat ponad dwukrotnie częściej niż w grupie młodszej ($n = 37$; 12,6% vs. $n = 7$; 5,3%; $\chi^2 = 5,26$; $p = 0,02$).

Spśród wszystkich leków użytych w celu samozatrucia (tabela 1), zarówno w zatruciach monolekowych jak i wielolekowych, największy odsetek stanowiły leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne, potem paracetamol. Odsetek hospitalizacji z powodu samozatrucia lekami przeciwdepresyjnymi i przeciwpsychotycznymi ($n = 91$; 31,3% vs. $n = 22$; 16,4%; $\chi^2 = 10,37$; $p = 0,001$) oraz nasennymi/uspokajającymi/przeciwdrgawkowymi ($n = 28$; 9,6% vs. $n = 4$; 3,0%; $\chi^2 = 5,80$; $p = 0,02$) był większy wśród nastolatków leczonych psychiatrycznie niż tych nieleczonych. Odwrotna sytuacja miała miejsce w przypadku użycia paracetamolu ($n = 32$; 23,9% vs. $n = 39$; 13,4%; $\chi^2 = 7,23$; $p = 0,007$) i innych leków przeciwbólowych nieopioidowych ($n = 24$; 17,9% vs. $n = 23$; 7,9%; $\chi^2 = 9,34$; $p = 0,002$). Ponadto po paracetamol częściej sięgały dziewczynki ($n = 63$; 18,6% vs. $n = 8$; 9,3%; $\chi^2 = 4,25$; $p = 0,04$) i mieszkańcy wsi ($n = 27$; 25,7% vs. $n = 44$; 13,7%; $\chi^2 = 8,13$; $p = 0,004$).

Zatrucia monolekowe i wielolekowe występowały z podobną częstością wśród dziewczynek i chłopców ($\chi^2 = 0,27$; $p = 0,60$), nastolatków zamieszkających na wsi i w mieście ($\chi^2 = 0,30$; $p = 0,58$), oraz w grupie wiekowej zarówno powyżej 14 lat jak i młodszej ($\chi^2 = 0,46$; $p = 0,50$).



Rycina 6. Rodzaj substancji toksycznej używanej w celach samozatrucia przez nastolatków w okresie pandemii COVID-19 (liczba hospitalizacji z powodu samozatrucia = 275)

Tabela 1. Rodzaj leków użytych w celach samozatrucia przez nastolatków w okresie pandemii COVID-19

Leki	Liczba i procent użyć leku		
	Wszystkie leki <i>n</i> = 330 (100%)	Zatrucia monolekowe <i>n</i> = 185 (100%)	Zatrucia wielolekowe <i>n</i> = 145 (100%)
Leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne	113 (34,2)	81 (43,8)	32 (22,1)
Leki nasenne, uspokajające, przeciwdrgawkowe	32 (9,7)	12 (6,5)	20 (13,8)
Paracetamol	71 (21,5)	40 (21,6)	31 (21,4)
Inne leki przeciwbólowe nieopiodowe	47 (14,2)	18 (9,7)	29 (20)
Leki kardiologiczne	8 (2,4)	4 (4,3)	4 (2,7)
Inne	59 (17,9)	30 (16,2)	29 (20)

4.5. Zaburzenia psychiczne

W badaniu wykazano, że próby samobójcze są często związane z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja oraz zaburzenia zachowania i emocji. Prawie 63% pacjentów ($n = 216$) było leczonych psychiatrycznie. W tabeli 2 przedstawiono 291 przypadków hospitalizacji powiązanych z występowaniem zaburzeń psychicznych (68,5%).

Depresja była najczęstszą przyczyną hospitalizacji ($n = 187$; 44%), przede wszystkim u pacjentów w wieku 15-16 lat ($n = 71$) – w trzech przypadkach hospitalizowani byli pacjenci 12 letni. Dziewczynki z rozpoznaniem depresji były częściej hospitalizowane niż chłopcy ($n = 160$; 47,2% vs. $n = 27$; 31,4%; $\chi^2 = 6,95$, $p = 0,008$). Natomiast zaburzenia odżywiania były wyłącznie związane z płcią żeńską ($n = 16$, 3,7%) – najmłodsza pacjentka miała 12 lat, a najwięcej hospitalizacji z tego powodu było u 16 letnich pacjentek ($n = 7$). Z kolei zaburzenia emocji ($n = 18$; 20,9% vs. $n = 37$; 10,9%; $\chi^2 = 6,12$, $p = 0,013$) i osobowości ($n = 7$; 8,14% vs. $n = 8$; 2,4%; $\chi^2 = 6,73$; $p = 0,009$) dominowały u chłopców.

Tabela 2. Rodzaj zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych u dzieci po próbach samobójczych (n = 425; 100%)

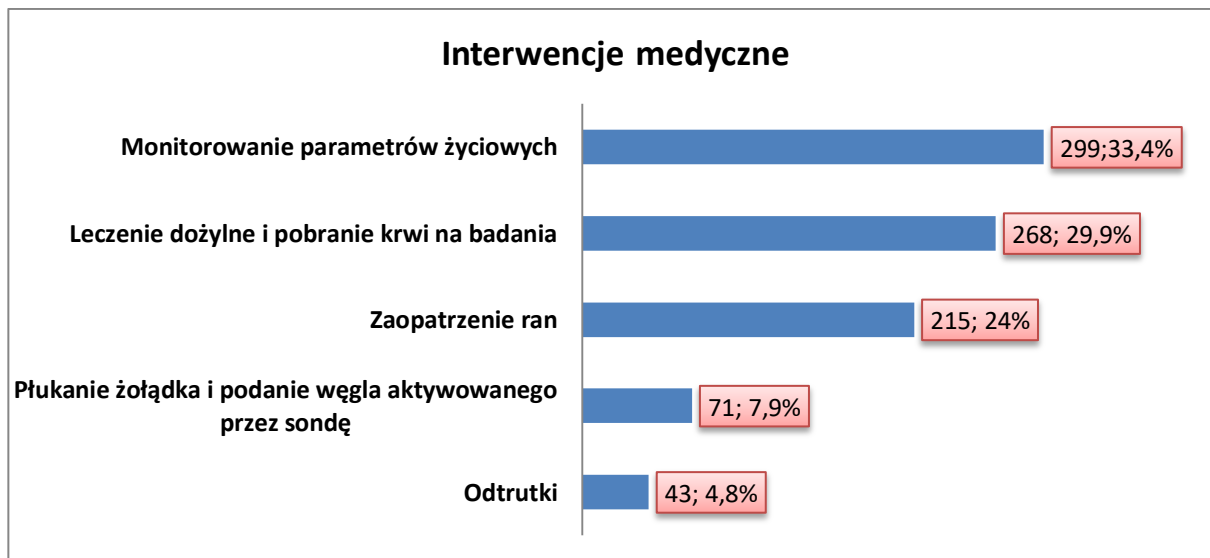
Rodzaj zaburzenia	Liczba i procent hospitalizacji	Liczba zaburzeń	Liczba i procent hospitalizacji
Depresja	152 (35,8)	1	248 (58,3)
Zaburzenia zachowania i emocji	42 (9,9)		
Choroba afektywna dwubiegunowa	7 (1,6)		
Zaburzenia osobowości	8 (1,9)		
Zespół Aspergera	7 (1,6)		
Zaburzenia lękowe	11 (2,6)		
Zaburzenia adaptacyjne	12 (2,8)		
Zaburzenia odżywiania	2 (0,5)		
Zaburzenia schizofreniczne	6 (1,4)		
Nerwica	1 (0,2)		
Depresja + zaburzenia zachowania i emocji	7 (1,6)	2	42 (9,9)
Depresja + zaburzenia osobowości	3 (0,7)		
Depresja + zespół Aspergera	2 (0,5)		
Depresja + zaburzenia lękowe	6 (1,4)		
Depresja + zaburzenia adaptacyjne	2 (0,5)		
Depresja + zaburzenia odżywiania	12 (2,8)		
Depresja + zaburzenia schizofreniczne	1 (0,2)		
Depresja + nerwica	1 (0,2)		
Zaburzenia zachowania i emocji + zaburzenia osobowości	2 (0,5)		
Zaburzenia zachowania i emocji + zespół Aspergera	2 (0,2)		
Zaburzenia zachowania i emocji + zaburzenia adaptacyjne	1 (0,2)		
Zaburzenia zachowania i emocji + nerwica	1 (0,2)		
Choroba afektywna dwubiegunowa + zaburzenia odżywiania	1 (0,2)		
Zaburzenia osobowości + zaburzenia lękowe	1 (0,2)		
Depresja + zaburzenia osobowości + zaburzenia odżywiania	1 (0,2)	3	1 (0,2)

4.6. Interwencje medyczne

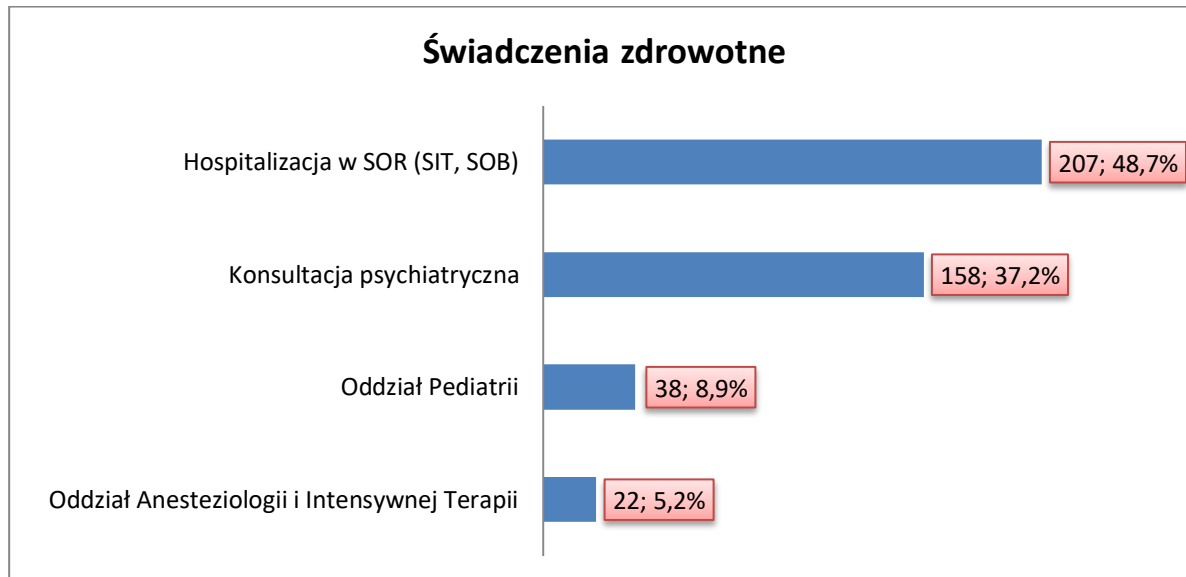
W ciągu dyżuru nocnego miało miejsce 55,5% (n = 236) wszystkich hospitalizacji związanych z próbą samobójczą. W tym czasie, częściej niż podczas dyżuru dziennego hospitalizowano osoby po spożyciu alkoholu z intencją samobójczą (n = 36; 15,2% vs. n = 8; 4,2%; $\chi^2 = 13,73$; $p = 0,0002$). Z kolei na dyżurze dziennym częściej przyjmowano pacjentów po próbie samobójczej przez powieszenie (n = 12; 6,3% vs. n = 5; 2,1%; $\chi^2 = 4,89$; $p = 0,026$), z zaburzeniami adaptacyjnymi (n = 11; 5,8% vs. n = 4; 1,7%; $\chi^2 = 5,24$; $p = 0,02$) i odżywiania (n = 11; 5,8% vs. n = 5; 2,1%; $\chi^2 = 3,97$; $p = 0,046$).

Większość pacjentów przyjętych do SOR-u była w dobrym stanie zdrowia (262 hospitalizacje; 61,6%). W 125 przypadkach hospitalizacji (29,4%) pacjenci mieli objawy zatrucia, natomiast 8,9% hospitalizacji (n = 38) dotyczyła pacjentów, którzy byli w ciężkim stanie zdrowia. Mediana interwencji wynosiła 2 [1; 3]. Liczba interwencji była istotnie większa w przypadku dokonania próby samobójczej przy udziale więcej niż jednej metody (mediana 3 [3; 4] vs. 2 [1; 3]; $Z = 9,50$; $p < 0,0001$). Rozkład rodzajów interwencji medycznych w badanej grupie przedstawiono na rycinie 7. Najczęstszym świadczeniem zdrowotnym była hospitalizacja na SOR-ze oraz skierowanie na konsultację

psychiatryczną (rycina 8). W pięciu przypadkach pacjent na prośbę rodziców został wypisany do domu z zaleceniem konsultacji psychiatrycznej. Jeden pacjent zmarł w 2021 roku. Była to 16 letnia dziewczynka mieszkająca w mieście, która została przytransportowana do SOR-u przez zespół Lotniczego Pogotowia Ratunkowego po nagłym zatrzymaniu krążenia z powodu powieszenia na pasku worka treningowego. Dziewczynka została znaleziona przez mamę i przez nią była resuscytowana. Przyjęta została do oddziału w godzinach nocnych ok godz. 1. Zmarła po niespełna 12 godzinach od przyjęcia do szpitala. W tym czasie była nieprzytomna, wentylowana mechanicznie, a układ krążenia był wspomagany wlewami dożylnymi Levonoru, Dopaminy, Adrenaliny.



Rycina 7. Rodzaj interwencji medycznych wykonanych u pacjentów po próbie samobójczej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w okresie pandemii COVID-19



Rycina 8. Rodzaj świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom po próbie samobójczej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) w okresie pandemii COVID-19 (liczba hospitalizacji = 425; SIT – sala wstępnej intensywnej terapii; SOB – sale obserwacyjne)

5. Dyskusja i wnioski

5.1. Dyskusja

Badanie wykazało, że liczba hospitalizacji pacjentów z powodu próby samobójczej była związana z ich wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania oraz czasem trwania pandemii COVID-19. Najczęstszą metodą pozbawienia się życia było samozatrucie lekami. Około 70% hospitalizacji powiązanych było z występowaniem zaburzeń psychicznych u nastolatków, spośród których najczęstsza była depresja. Śmiertelność w całej badanej grupie wynosiła 0,2%.

Przeprowadzona analiza dokumentacji dzieci zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w czasie pandemii COVID-19 wykazała, że 69% nastolatków, którzy zgłosili się z powodu próby samobójczej znajdowało się w przedziale wiekowym 15-17 lat. Zdecydowana większość prób samobójczych dotyczyła dziewcząt (ok. 80%) oraz mieszkańców miast (75,3%). Zaobserwowano wzrost częstości podejmowania prób samobójczych wraz z czasem trwania pandemii. Tendencję wzrostową podejmowanych prób samobójczych w pandemii COVID-19 przedstawiają także statystyki Komendy Głównej Policji. I tak w 2021 roku, aż 1496 dzieci i młodzieży do 18 roku życia podjęło próbę samobójczą, co stanowi wzrost o 77% w stosunku do roku 2020, kiedy odnotowano 843 przypadki. W 127 przypadkach próby te zakończyły się śmiercią. Jest to wzrost o 19% w stosunku do roku 2020, kiedy doszło do 107 zgonów samobójczych. Z raportu dowiadujemy się również, że szczególnie niepokojący jest wzrost liczby zachowań samobójczych wśród dziewczyn. W 2020 roku doszło do 538 prób odebrania sobie życia, a w 2021 roku do 1086. To wzrost o 101%. W przypadku chłopców liczba prób targnięcia się na własne życie wzrosła z 305 w 2020 roku do 410 w 2021 roku (ok. 25% więcej) [32]. Uzyskane wyniki badań korespondują też z wynikami innych badaczy. Medigan i wsp. [54] w przeglądzie systematycznym i metaanalizie (2023) badających wizyty dzieci i młodzieży na oddziałach ratunkowych dowodzą, że podczas pandemii COVID-19 nastąpił wzrost prób samobójczych, samookaleczeń i myśli samobójczych. Dziewczęta znacznie częściej niż chłopcy zgłaszały się na oddział ratunkowy (średni wzrost o 39% dla dziewcząt w porównaniu z 6% dla chłopców) z powodu poważnego stresu psychicznego. Badania Auger i wsp. [55] z 2023 roku sugerują, że pandemia miała szczególnie silny wpływ na wskaźniki prób samobójczych wśród młodych dziewcząt, które częściej miały objawy stresu, lęku lub depresji. Badania z okresu przedpandemicznego pokazują podobne tendencje. Giraud i wsp. [56] w 2013 roku dokonali charakterystyki epidemiologicznej prób samobójczych nastolatków we francuskich oddziałach ratunkowych: dziewczynki stanowiły tam 86,1% badanych, połowa badanych miała przynajmniej jeden objaw zaburzenia psychicznego, najczęstszym środkiem próby samobójczej były leki (83,9%).

Z badań własnych wynika, że samozatrucie stanowiło najczęstszą przyczynę zamachów samobójczych (52,4%), następnie wymienić trzeba samookaleczenia (41%), powieszenie (3,2%), skok z wysokości (2,1%) i inne 1,1%. W badaniach opublikowanych przez Makarę-Studzińską w 2013 roku, zaznaczono, że 43% badanej grupy (młodzież w wieku 14-18lat) próbowało dokonać zamachu samobójczego przy pomocy leków, co czwarty respondent dokonywał samouszkodzeń ciała, a 12% nastolatków dokonywało prób powieszenia. Próby samobójcze, podobnie jak w badaniu własnym, były częściej podejmowane przez mieszkańców miasta 72% oraz dziewczęta 54% [34]. Należy nadmienić, że w przeprowadzonym badaniu co 4 hospitalizacja była skutkiem podjęcia przez nastolatków dwóch metod zmierzających do pozbawienia się życia, najczęściej były to samozatrucia i samookaleczenia. 82,5% samozatruciu stanowiło zatrucie lekami, a 8,3% hospitalizacji było z udziałem połączenia leków i alkoholu.

Najczęstszą substancją toksyczną wykorzystywaną w samozatruciach, przede wszystkim przez pacjentów leczonych psychiatrycznie (31,3%), były leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne – odnotowano 35 przypadków hospitalizacji w grupie wiekowej 11-14 lat i 78 przypadków wśród starszych nastolatków. Wyniki te mogą skłaniać do zastanowienia się, czy rodzice sprawują wystarczającą kontrolę nad dozowaniem tych leków. Z kolei paracetamol stanowił 23,9% samozatruciu, a inne leki przeciwbólowe nieopiodowe 17,9%. Podobne wyniki zaprezentowała w swoim raporcie Rita Farah i wsp. [57], którzy wykazali, że podczas pandemii COVID-19 nasiliły się próby samobójcze wśród dzieci i młodzieży poprzez samozatrucie, a substancjami najczęściej powodującymi przedawkowanie były: paracetamol, ibuprofen, sertralina, fluoksetyna i difenhydramina. W badaniach Apatha i wsp. [58] również zaobserwowano tendencję wzrostową samozatruciu w pandemii paracetamolem i ibuprofenem. W badaniach własnych wykazano, że po leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne oraz nasenne i przeciwdrgawkowe sięgali młodzi ludzie leczeni psychiatrycznie, a odwrotnie było w przypadku zatruciu paracetamolem i lekami przeciwbólowymi nieopiodowymi. Można wnioskować, że nieograniczony, łatwy dostęp leków przeciwbólowych bez recepty w aptekach, ale także w sklepach czy na stacjach benzynowych, może przyczyniać się do sięgania po te leki i wykorzystywania ich w celach samobójczych. Paracetamol to jeden z najczęściej stosowanych leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych, dostępny bez ograniczeń. Uważany jest za bezpieczny, niestety w przypadku przedawkowania może prowadzić do ostrej niewydolności wątroby, a nawet śmierci [59].

W analizie własnej wykazano, że prawie 63% młodzieży zgłaszającej się z powodu próby samobójczej cierpi na różne problemy psychiczne, zwłaszcza na depresję (44%) i zaburzenia zachowania i emocji (20,9%). Depresja stanowiła najczęstszą przyczynę hospitalizacji głównie nastolatków w wieku 15-17 lat. Dziewczynki z rozpoznaniem depresji były częściej hospitalizowane niż chłopcy. Cepuch i wsp. [21] w pracy poglądowej z 2020 roku podają, iż adolescenti z objawami psychotycznymi są 70-krotnie bardziej narażeni na wystąpienie ostrych prób samobójczych. Dowodzą, że depresja jest istotnym predyktorem zamachów samobójczych oraz, że częściej jest rozpoznawana u dziewcząt niż u chłopców. Tłumaczy to zwiększonym poziomem lęku u płci żeńskiej, różnicami w poziomach

stężenia hormonów płciowych w czasie pokwitania oraz czynnikami społeczno-kulturowymi. Z kolei Romaszko [23] w swojej pracy z 2020 roku ukazuje, że schorzenia psychiczne stanowią najistotniejszy czynnik ryzyka samobójstwa, a zwłaszcza depresja. Ryzyko samobójstwa wzrasta w przypadku współistnienia kilku zaburzeń psychicznych u tej samej osoby. W opublikowanym w 2023 roku raporcie „Młode głowy” fundacji UNAWEZA autorzy ujawniają, że największe rozpowszechnienie depresji u dzieci i młodzieży w Polsce można zaobserwować w populacji nastolatków (27–54%) i to właśnie tej grupy młodych dotyczy wzrost zachowań samobójczych [60]. W metaanalizie Bersia i wsp. [61] z 2022 roku oraz w badaniach Yha i wsp. [62] również dowiedziono, że rozpowszechnienie zachowań samobójczych podczas pandemii COVID-19 było wyższe u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi niż w populacji ogólnej. Jak stwierdzono w metaanalizie Yifei i wsp. [63], obejmującej dane z 50 lat, poczucie beznadziejności, problemy ze zdrowiem psychicznym (np. depresja i lęk), status społeczno-ekonomiczny i stresujące wydarzenia życiowe należały do głównych predyktorów związanych z samobójstwem.

W badaniach własnych wykazano, że większość pacjentów przyjętych do SOR-u po próbie samobójczej była w dobrym stanie zdrowia (61.6%). W około 30% przypadków hospitalizacji pacjenci mieli objawy zatrucia, nudności, wymioty, bóle brzucha, senność, splątanie, zaburzenia równowagi. 8,9% hospitalizacji dotyczyła pacjentów w ciężkim stanie zdrowia, wymagających zastosowania procedur intensywnej terapii, a 1 pacjent zmarł. Próby samobójcze wśród młodych często mają demonstracyjny charakter, są wołaniem o pomoc, zwróceniem na siebie uwagi. Z badań Amerykańskiego Towarzystwa Suicydologicznego wynika, że 80% osób, które zamierzają popełnić samobójstwo, usiłuje wcześniej w rozmaity sposób powiadomić o tym najbliższe otoczenie [64]. Według Wasilewskiej-Ostrowskiej [65] próba samobójcza może być próbą sił, wymuszeniem pewnych decyzji. Jak twierdzi Dudek, zdecydowana większość osób podejmujących próbę samobójczą nie chce umrzeć, ale żywi nadzieję, że ich problemy zostaną zauważone i zrozumiane oraz, że uzyskają wsparcie i pomoc [66]. Badania własne wykazały również, że dużą grupę (37,2%) stanowili pacjenci, którzy po zbadaniu w SOR-ze zostali przekazywani transportem medycznym na konsultację psychiatryczną do oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży pełniących dyżur psychiatryczny. Najczęściej podczas hospitalizacji udzielano następujących interwencji: stałe monitorowanie parametrów życiowych, leczenie dożylnie i pobranie krwi do badań, zaopatrzenie ran, płukanie żołądka i podanie węgla aktywowanego przez sondę, zastosowanie odtrutek.

Implikacje dla praktyki klinicznej

Przeprowadzone badania własne dostarczają informacji o skali zjawiska występowania prób samobójczych wśród nastolatków i wykazują, jak poważnym są zagrożeniem, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych. Obserwacje i wnioski wynikające z przedstawionej analizy sugerują konieczność stałego aktualizowania wiedzy na ten temat przez rodziców, nauczycieli czy pracowników ochrony zdrowia. Edukacja społeczeństwa w zakresie tego problemu powinna być skoncentrowana na wczesnym wykrywaniu czynników ryzyka oraz właściwej pomocy nastolatkom dokonującym prób samobójczych. Konieczne jest również długofalowe wsparcie psychologiczne dla młodzieży oraz zajęcia pokazujące dzieciom, w jaki sposób można rozwiązywać trudne problemy oraz gdzie można się udać w razie ich wystąpienia.

5.2. Wnioski

1. Największy odsetek hospitalizacji z powodu prób samobójczych wśród nastolatków odnotowano w grupie wiekowej 15–17 lat, osób płci żeńskiej, mieszkańców miast.
2. Zaobserwowano tendencję wzrostową w liczbie prób samobójczych wraz z czasem trwania pandemii.
3. Co czwarta hospitalizacja była skutkiem podjęcia przez nastolatków dwóch metod zmierzających do pozbawienia się życia – najczęściej były to samozatrucia i samookaleczenia.
4. Najczęstszą substancją toksyczną w samozatruciach były leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne oraz paracetamol.
5. Około 70% hospitalizacji powiązanych było z występowaniem zaburzeń psychicznych u nastolatków, spośród których najczęstszą była depresja.
6. Co dziewiętnasty hospitalizowany pacjent wymagał leczenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Śmiertelność w całej badanej grupie wynosiła 0,2%.

6. Piśmiennictwo

1. Kania B., Gromny A.: Pandemia SARS-CoV-2- oraz jej zagrożenia dla zwierząt i ludzi. *Med Weter* 2022; 78 (1): 5-10.
2. Raport WHO: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19-25-may-2022>.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii.
5. Dymecka J.: Psychosocial effects of the COVID-19 pandemic. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology* 2021;16 (1): 1-10.
6. Hryniewicz W. [red.]: Profilaktyka zakażeń powodowanych przez SARS-CoV-2 w zakładach opieki zdrowotnej. Warszawa. Narodowy Instytut Leków, 2020.
7. Mosiołek J., Jakubczak P., Mosiołek A.: Powikłania neuropsychiatryczne związane z COVID-19-przegląd kliniczny. *Psychiatria* 2021; 18 (3): 232-240.
8. Okarska-Napierała M., Ludwikowska K., Jackowska T. i wsp.: Postępowanie z dzieckiem z wieloukładowym zespołem zapalnym powiązany z COVID-19. Wytyczne grupy ekspertów przy Polskim Towarzystwie Pediatrycznym. *Przeg Pediatr* 2021; 50 (2): 1-11.
9. Szczepionka przeciw COVID-19 - szczepienia info. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarzy/szczepionki-przeciw-covid-19>. Dostęp 18.05.2023.
10. Mrukowicz J., Ściubisz M.: Jakie szczepionki przeciwko COVID-19 są zarejestrowane w Unii Europejskiej? 2022. <https://www.mp.pl/szczepienia/ekspert/ekspert-covid-19/257151,jakie-szczepionki-przeciwko-covid-19-sa-zarejestrowane-w-unii-europejskiej>. Dostęp:18.05.2023.
11. Cipora E., Mielnik A.: Selected medical and social aspects of the Covid-19 pandemic. *J Educ Health Sport* 2022; 12 (1): 11-20.
12. Juszczak A., Dragan M., Grajewski P., Holas P.: Prevalence of adjustment disorder in Poland during the COVID-19 pandemic and its association with symptoms of anxiety and depression. *Adv Psychiatry Neurol* 2021; 30 (3): 141-153.
13. Sokół- Szawłowska M.: Wpływ kwarantanny na zdrowie psychiczne podczas pandemii COVID-19. *Psychiatria* 2021; 18 (1): 57-62.
14. Heitzman J.: Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. *Psychiatr Pol* 2020; 54 (2):187-198.
15. Sikorska I., Lipp N., Wróbel P., Wyra M.: Adolescent mental health and activities in the period of social isolation caused by the COVID-19 pandemic. *Adv Psychiatry Neurol* 2021; 30 (2): 79-95.
16. Dąbkowska M.: Psychospołeczne konsekwencje pandemii koronawirusa (COVID-19) u dzieci i młodzieży-przegląd wybranych opracowań. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej* 2021; 39.
17. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii. *Pol J Public Health* 2019; 129 (4): 138-140.
18. Pauluk D.: Pandemia COVID-19 i (nie)wykorzystany potencjał edukacyjny. *Horyzonty Wychowania* 2021; (53): 39-48.
19. Peret- Drażewska P.: Specyfika rozwojowa okresu adolescencji. Implikacje dla praktyki wychowawczej. *Roczniki Pedagogiczne* 2021; 13 (49): 4.
20. Lelek A. Problemy okresu dojrzewania. Pacjent nastoletni w opiece ogólnolekarskiej 2017. <https://www.mp.pl/pediatric/praktyka-kliniczna/psychologia>. Dostęp 14.01.2023
21. Cepuch G., Kruszecka- Krówka A., Liber P.: Wybrane predyktory zachowań suicydalnych młodzieży w Polsce. *Piel Zdr Publ* 2020; (10): 291-296.
22. Kowol-Trela K., Barć-Czarnecka M., Dębski P., Mijas J., Ziora K., Gorczyca P.: Tendencje samobójcze wśród młodzieży hospitalizowanej w oddziałach pediatrycznych. *Postepy Nauk Med* 2017; (09): 464-470.
23. Romaszko K.: Samobójstwa i zachowania samobójcze jako przedmiot zainteresowań nauk medycznych. Definicja, podział i przegląd biomarkerów zachowań samobójczych. Część 1. Psychiatryczne i neuroobrazowe markery zachowań samobójczych. *Studia Medyczne* 2020; 36 (4): 315-326.
24. Barlińska J., Lalak D., Winiewski M., Orzechowska K.: Co sprzyja myślom samobójczym wśród dzieci i młodzieży - analiza na podstawie danych odbiorców pomocy online 116 111- telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2021; 20 (3): 80-105.
25. Migdał K., Lelek A.: Mroczna strona dorastania-depresja i próby samobójcze w okresie dojrzewania. *Med Prakt-Pediatr* 2018; (1): 93-100.
26. Szajna A.P.: Zamachy samobójcze wśród dzieci i młodzieży - potrzeba pilnego wprowadzenia strategii profilaktyki suicydalnej o randze programu narodowego. *Zeszyty Prawnicze* 2021; 21 (1): 243-270.
27. Kołodziej-Sarzyńska M., Majewska M., Juchnowicz D., Karakuła-Juchnowicz H.: Czynniki ryzyka samobójstwa w kontekście teorii integracji społecznej według Émile'a Durkheima. *Psychiatr Pol* 2019; 53 (4): 865-881.
28. Stepulak M.Z.: Pedagogiczne i psychologiczne uwarunkowania samobójstwa w okresie wczesnej adolescencji. *Scientific Bulletin of Chelms- Section of Pedagogy* 2020; (1): 99-111.

29. Orłowska B.A.: Profilaktyka zachowań suicydalnych u dzieci i młodzieży szkolnej. *Acta Iuris Stetinensis* 2021; 35 (3): 6-11.
30. Hołyst B.[red.]: Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnoswiatowy. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2018.
31. Kielian A., Olejniczak D.: Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2018; 17 (3): 9-26.
32. Wybrane Statystyki Policji. Zamachy samobójcze od 2017r. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>. Dostęp 25.05.2023
33. Kołodziej K., Jarek K., Murzyn M., Kuźniar J.: Uwarunkowania zachowań samobójczych dzieci i młodzieży. *Piel Pol* 2020; 4 (78): 203–208.
34. Makara-Studzińska M.: Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat. *Psychiatria* 2013; 10 (2): 76-83.
35. Rzadkowska M.: Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży - charakterystyka ryzyka i profilaktyka. *Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały* 2016; 1 (18): 161-179.
36. Ostaszewski K.: Używanie substancji psychoaktywnych jako przejaw zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2017; 16 (1): 132-145.
37. Domańska J.M.: Teoretyczne aspekty zjawiska samobójstw. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pedagogika* 2017; 26 (2): 187–201.
38. Remberk B. [red.]: Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2020.
39. Janas-Kozik M., Kozera K.: Myśli i tendencje samobójcze oraz samookaleczenia u nastolatków: rozpoznawanie, prowadzenie rozmowy z pacjentem, postępowanie – cz. 2. Samookaleczenia u nastolatka-jak rozmawiać, jak postępować? 2021 <https://www.mp.pl/psychiatria-dzieci-i-mlodziezy/zaburzenia/zaburzenia-zachowania>. Dostęp 21.01.2023
40. Pawłowska B., Potembska E., Zygo M., Olajossy M., Dziurzyńska E.: Rozpowszechnienie samouszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat. *Psychiatr Pol* 2016; 50 (1): 29–42.
41. Pilarczyk K., Włodarczyk J.: Krzywdzenie emocjonalne w dzieciństwie a zachowania autodestrukcyjne. Wyniki badań polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2019; 18 (1): 22-44.
42. Radziwiłłowicz W., Lewandowska M.: Od traumatycznych wydarzeń i dysocjacji do Ja cielesnego i objawów depresji – w poszukiwaniu syndromu autodestruktywności u młodzieży dokonującej zamierzonych samookaleczeń. *Psychiatr Pol* 2017; 51(2): 283–301.
43. Radziwiłłowicz W., Lewandowska M.: Funkcje zamierzonych samookaleczeń i ich kliniczne korelaty wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie. *Psychiatr Pol* 2017; 51(2): 303–322.
44. Kądziera-Olech H., Zak G., Kalinowska B., Wągrocka A., Perestret G., Bielawski M.: Częstość zamierzonych samookaleczeń bez intencji samobójczych – Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do wieku i płci. *Psychiatr Pol* 2015; 49 (4): 765-778.
45. Makowska I., Gmitrowicz A.: Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 18 (2): 173–179.
46. Kawalec W., Grenda R., Kulus M.: *Pediatric II*. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2018.
47. Wojewódzka-Żeleznikowicz M., Halim N., Czaban S.L.: Zatrucia ostre- badanie osoby zatrutej, skale oceny ciężkości zatrucia. *Borgis – Postępy Nauk Med* 2010; (9): 709-717.
48. Osmalek K., Liniarski M., Kopański Z. i wsp.: Ostre zatrucia u dzieci i młodzieży. *Journal of Clinical Healthcare* 2018; 5 (1): 24-28.
49. Brongel L.[red.]: Algorytmy diagnostyczne i lecznicze w praktyce SOR. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2018.
50. Janas-Kozik M., Kozera K.: Myśli i tendencje samobójcze oraz samookaleczenia u nastolatków: rozpoznawanie, prowadzenie rozmowy z pacjentem, postępowanie – cz. 4. Postępowanie w przypadku myśli i tendencji samobójczych wśród nastolatków. 2021 <https://www.mp.pl/psychiatria-dzieci-i-mlodziezy/zaburzenia/zaburzenia-zachowania>. Dostęp 25.01.2023
51. Gruba M., Gucwa J.[red.]: Postępowanie w stanach nagłych u dzieci. *Med Prakt Kraków* 2020.
52. Margret C.P., Hilt R.: Evaluation and management of psychiatric emergencies in children. *Pediatr Ann* 2018; 47 (8): 328-333.
53. Przybysz-Zaremba M.: Profilaktyka depresji i zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży wobec wyzwań codzienności. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia* 2021; 34 (1): 119–130.
54. Madigan S. et al.: Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2023; 10 (5): 342-351.
55. Auger N. et al.: Suicide Attempts in Children Aged 10-14 Years During the First Year of the COVID-19 Pandemic. *J Adolesc Health* 2023; 72 (6): 899-905.
56. Giraud P. et al.: Tentatives de suicide: étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois [Suicide attempts by young adolescents: epidemiological characteristics of 517 15-year-old or younger adolescents admitted in French emergency departments]. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie* 2013; 20 (6): 608-15.

57. Farah R., Rege SV., Cole RJ., Holstege CP.: Suspected Suicide Attempts by Self-Poisoning Among Persons Aged 10-19 Years During the COVID-19 Pandemic-United States, 2020-2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2023; 72: 426-430.
58. Apata J., Pennap DD., Mosholder AD.: The use of analgesics for intentional self-poisoning: Trends in U.S. poison center data. *J Psychiatr Res* 2023; 163: 402-405.
59. Kominek K., Pawłowska-Kamieniak A., Mroczkowska-Juchkiewicz A., Krawiec P., Pac-Kożuchowska E.: Intentional and accidental paracetamol poisoning in childhood - a retrospective analysis. *Postepy Hig Med Dosw* 2015; 9 (69): 452-456.
60. Dębski M., Flis J.: *Młode głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania dotyczącego zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości i sprawczości wśród młodych ludzi w Polsce*, Fundacja UNAWEZA, Warszawa 2023.
61. Bersia M. et al.: Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *E Clinical Medicine* 2022; 54: 101705.
62. Jha P., Subedi S., Paudyal S., Panta PP.: Suicidal Attempt among Psychiatry Patients Presented to the Department of Emergency of a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2023; 61(261): 442-445.
63. Yan Y., Hou J., Li Q., Yu NX.: Suicide before and during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 14; 20 (4): 3346.
64. Szymańska J.: *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*. Ośrodek Rozwoju Edukacji; Warszawa 2016.
65. Wasilewska-Ostrowska, K.: *Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród młodzieży. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2015; 14 (3): 152-164.
66. Dudek D.: Samobójstwo. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/76122,samobojstwo>. Dostęp 25.06.2022.

Spis skrótów:

COVID-19 - coronavirus disease 2019; ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

SARS CoV-2 - Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; koronawirus 2 ciężkiego ostrego zespołu oddechowego

RNA - ribonucleic acid; kwasy rybonukleinowe

nm - nanometr

SARS - severe acute respiratory syndrome coronavirus; zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej

MERS - Middle East respiratory syndrome; bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej

ACE2 - angiotensin converting enzyme type 2; konwertaza angiotensyny typu 2

np. - na przykład

tzw. - tak zwany

ARDS - acute respiratory distress syndrome; zespół ostrej niewydolności oddechowej

r.ż. - rok życia

PIMS - pediatric inflammatory multisystem syndrome; pocovidowy wieloukładowy zespół zapalny

RT-PCR - Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction; Reakcja łańcuchowa polimerazy z odwrotną transkrypcją

IgM - immunoglobulina M

IgG - immunoglobulina G

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation; pozaustrojowa oksigenacja membranowa

ELCS - Extra Corporeal Life Support; pozaustrojowe podtrzymywanie życia

mRNA - messenger ribonucleic acid; matrycowy kwas rybonukleinowy

wg - według

min. - między innymi

np. - na przykład

ds. - do spraw

O₂ - tlen

ABCDE:

- A - airway – drogi oddechowe
- B - breathing – oddychanie
- C - circulation – krążenie
- D - disability – ocena zaburzeń świadomości
- E - exposure – ekspozycja pacjenta

art. - artykuł

pkt - punkt

ust. - ustawa

DZ. U. - Dziennik Ustaw

Spis tabel:

Tabela 1. Rodzaj leków użytych w celach samozatrucia przez nastolatków w okresie pandemii COVID-19.....	18
Tabela 2. Rodzaj zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych u dzieci po próbach samobójczych (n = 425; 100%)	19

Spis rycin:

Rycina 1. Liczba prób samobójczych w okresie pandemii COVID-19 w zależności od wieku.....	14
Rycina 2. Liczba prób samobójczych podjętych przez pacjenta w okresie pandemii COVID-19	15
Rycina 3. Rozkład liczby prób samobójczych w okresie pandemii COVID-19 w zależności od miesiąca i roku (od 20 marca 2020 roku do 16 maja 2022 roku).....	16
Rycina 4. Wskaźnik dzienny hospitalizacji z powodu prób samobójczych w zależności od roku obserwacji	16
Rycina 5. Metody próby samobójczej wybierane przez nastolatków w okresie pandemii COVID-19 (liczba hospitalizacji = 425).....	17
Rycina 6. Rodzaj substancji toksycznej używanej w celach samozatrucia przez nastolatków w okresie pandemii COVID-19 (liczba hospitalizacji z powodu samozatrucia = 275).....	18
Rycina 7. Rodzaj interwencji medycznych wykonanych u pacjentów po próbie samobójczej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w okresie pandemii COVID-19.....	20
Rycina 8. Rodzaj świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom po próbie samobójczej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) w okresie pandemii COVID-19 (liczba hospitalizacji = 425; SIT – sala wstępnej intensywnej terapii; SOB – sale obserwacyjne)	20

Aneks:

Załącznik 1. Kserokopia Zgody Dyrektora Medycznego Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie na przeprowadzenie badań

Kraków, dn. 20.06.2022

Krakowska Akademia
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga – Grudzińskiego 1
30-705 Kraków

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
w Krakowie
KAROLINA DZIUBIŁA

Data: 11.08.2022

Prof. dr hab. med. Rafał Chrzan

Dyrektor Medyczny

Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

Prof. dr hab. med. Rafał Chrzan

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego zaświadcza, że Pani Ewa Bielec nr albumu 70253 studentka pierwszego roku na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu Kierunek: Pielęgniarstwo pisze pracę dyplomową – magisterską na temat:

„Analiza częstości występowania prób samobójczych wśród nastolatków zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w czasie pandemii Covid19”, z wykorzystaniem metody badawczej: analiza dokumentacji elektronicznej w systemie Clininet pacjentów leczonych w USD w Krakowie w okresie 20.03.2020-16.05.2022 r. z powodu prób samobójczych.

W związku z tym Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego zwraca się z uprzejmą prośbą o umożliwienie przeprowadzenia badań niezbędnych do wykorzystania w niniejszej pracy. Powyższe materiały posłużą wyłącznie do celów naukowych.

Prof. dr hab. med. Rafał Chrzan

Promotor Prof. KAAFM, dr hab. n. med. Lucyna Tomaszek

Proszę gorąco poprosić prof. wicekierownika uczelni o
pozytywną opinię. Komuś? Białobogaty
Dyrektor Medyczny
Prof. dr hab. med. Rafał Chrzan



KRAKOWSKA AKADEMIA im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

KOMISJA BIOETYCZNA

ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
tel. 12 252 45 23, fax: 12 252 45 21

e-mail: komisja.bioetyczna@iafm.edu.pl

Kraków, 27 października 2022 r.

Uchwała nr 53/2022

Komisji Bioetycznej Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

z dnia 27 października 2022 r.

w sprawie wydania opinii nr KBKA/53/O/2022

Dotyczy określonego poniżej wniosku o wydanie opinii złożonego do Komisji Bioetycznej

Student planujący pracę dyplomową (wnioskodawca): Ewa Bielce

Promotor pracy dyplomowej: prof. KAAFM dr hab. n. med. Lucyna Tomaszek

Miejsce zatrudnienia: Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków

Tytuł pracy dyplomowej: Analiza częstości występowania prób samobójczych wśród
nastolatków zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w czasie pandemii
Covid-19.

Komisja po zapoznaniu się z w/w wnioskiem wyraża pozytywną opinię w sprawie
przeprowadzenia badań określonych we wniosku. Badanie może być prowadzone do
30 czerwca 2023 r.

UZASADNIENIE

Tematyka pracy przedstawiona we wniosku dotyczy aktualnego w obecnym czasie problemu
samobójstw wśród młodzieży w wieku 10-18 lat. Na wzrost liczby samobójstw wśród
młodzieży mają obecnie duży wpływ liczne czynniki takie jak Covid- 19 i wynikające
z pandemii ograniczenia zarówno kontaktów międzyludzkich jak i ogólnie wynikających
z pandemii nasilenie się problemów egzystencjalnych. Komisja wyraża pozytywną opinię
w sprawie przeprowadzenia badań określonych we wniosku.

Uchwała podpisana przez następujących członków Komisji Bioetycznej (w oryginale własnoręcznie podpisany):

Prof. KAAFM dr hab. Bogdan Batko-Przewodniczący
Dr Małgorzata Pasek- Zastępca Przewodniczącego
Prof. dr hab. Stanisław Kwiatkowski
Prof. KAAFM dr Paweł Szymonowski
Prof. KAAFM dr hab. Zbigniew Żuber
Prof. KAAFM dr hab. Agnieszka Buldyś- Wuligórska
Dr hab. Andrzej Muszala
Dr Krzysztof Walczewski
Dr Jerzy Matyszek
Dr Janusz Legutko
Mgr Anna Szerela

Komisja Bioetyczna
Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-703 Kraków

Sekretarz
Komisji Bioetycznej
Słuch
mgr Patrycja Skrok

ODPIS

Przewodniczący Komisji Bioetycznej
Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Batko
Prof. KAAFM dr hab. n med. Bogdan Batko

Oświadczenie o samodzielnym przygotowaniu pracy

Ewa Bielec

Kraków, dnia..25.06.2023..r..

Oświadczenie

Świadom odpowiedzialności oświadczam, że przedkładana praca dyplomowa pt.: „Analiza częstości występowania prób samobójczych wśród nastolatków zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w czasie pandemii COVID-19”, została napisana przeze mnie samodzielnie. Jednocześnie oświadczam, że praca nie narusza praw autorskich w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t. jedn.Dz.U.2015.2135) oraz dóbr osobistych chronionych prawem cywilnym.

W związku z obowiązkiem weryfikacji pracy dyplomowej przez system antyplagiatowy, udzielam Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego nieodpłatnej licencji niewyłącznej na korzystanie w tym celu z utworu, na następujących polach eksploatacji, bez ograniczeń:

- a) utrwalania i zwielokrotniania utworu dowolną techniką w dowolnej liczbie egzemplarzy, w szczególności techniką: zapisu magnetycznego oraz formie zapisu elektronicznego - cyfrowego,
- b) wprowadzania utworu do pamięci komputerów i sieci Uczelni,
- c) udostępniania utworu w sieciach informatycznych i teleinformatycznych, w zakresie związanym z realizacją obowiązku kontroli antyplagiatowej.

Ponadto oświadczam, że przedłożona praca nie zawiera danych empirycznych ani też informacji, które uzyskałam/em w sposób niedozwolony. Stwierdzam, że przedstawiona praca w całości ani też w części nie była wcześniej podstawą żadnej innej urzędowej procedury związanej z nadawaniem dyplomu uczelni ani też tytułów zawodowych, a wersja elektroniczna pracy dyplomowej przekazana do dziekanatu jest tożsama z kopią egzemplarza papierowego tej pracy.

Jednocześnie wyrażam zgodę na wprowadzenie i przetwarzanie przygotowanej przez mnie pracy dyplomowej do Ogólnopolskiego Repozytorium Prac Dyplomowych oraz repozytorium uczelnianego.

Bielec Ewa

.....
Podpis studenta