

Gmitrowicz Agnieszka, Wolanek Urszula, Madej Agata, Makara-Studzińska Marta. Czynniki chroniące przed samobójstwem młodzieży w wieku 13-19 lat = Factors preventing suicide among youth aged 13-19. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(9):671-684. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.31766](https://doi.org/10.5281/zenodo.31766)  
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.31766>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%289%29%3A671-684>  
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/642428>  
Formerly *Journal of Health Sciences*. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014  
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.  
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at License Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 02.08.2015. Revised 05.09.2015. Accepted: 29.09.2015.

# CZYNNIKI CHRONIĄCE PRZED SAMOBÓJSTWEM MŁODZIEŻY W WIEKU 13-19 LAT FACTORS PREVENTING SUICIDE AMONG YOUTH AGED 13-19

Agnieszka Gmitrowicz<sup>1</sup>, Urszula Wolanek<sup>2</sup>, Agata Madej<sup>3</sup>, Marta Makara-Studzińska<sup>3</sup>

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej CSK IS UM w Łodzi<sup>1</sup>  
Youth Psychiatry Clinic, Central Clinical Hospital, Institute of Dentistry, Medical  
University of Łódź<sup>1</sup>

Oddział Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi<sup>2</sup>  
Youth Psychiatry Ward, Medical University of Łódź<sup>2</sup>

Zakład Psychologii Stosowanej UM w Lublinie<sup>3</sup>  
Department of Applied Psychology, Medical University of Lublin<sup>3</sup>

## Streszczenie

**Wstęp.** Zachowania samobójcze stanowią powszechny i poważny problem zdrowotny i społeczny na całym świecie. W literaturze istnieją doniesienia mówiące, iż samobójstwo to jedna z najczęstszych przyczyn zgonów nastolatków w wieku 15-19 lat. Młodzi ludzie dokonują prób samobójczych (PS) będąc pod wpływem następujących czynników: negatywna presja rówieśnicza, wydarzenia o charakterze stresowym, brak umiejętności życiowych. Dlatego też istotne wydaje się poszukiwanie czynników mogących ograniczać to niepokojące zjawisko, do których niewątpliwie zalicza się PS.

**Cel pracy.** Określenie czynników chroniących przed podejmowaniem prób samobójczych (PS) oraz oczekiwań odnośnie skutecznej pomocy po PS.

**Material i metoda.** W badaniu udział wzięło 80 pacjentów w wieku 13-19 lat. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Uzyskane wyniki poddano analizie procentowej.

**Wyniki.** Co trzeci badany nastolatek swoje problemy omawiał wspólnie z rówieśnikami, natomiast tylko co ósmy badany mógł liczyć na pomocy ze strony rodziców. Oczekiwania pacjentów w zakresie otrzymywania pomocy jako formy zapobiegania przed PS dotyczą głównie ich relacji rodzinnych. Oczekują oni również zmian w systemie leczenia.

**Wnioski.** Badani potrzebują czuć się kochani, bezpieczni, mieć wsparcie ze strony rodziców oraz rówieśników. Chcą mieszkać w domach rodzinnych. Nie chcą być obiektami przemocy, być źle traktowanymi przez innych oraz wychowywać się w patologicznym środowisku. Potrzebują zwiększenia poczucia własnej wartości i zaakceptowania siebie.

**Słowa kluczowe:** psychiatria, młodzież, próby samobójcze, czynniki ochronne, samobójstwo.

## Abstract

**Introduction.** Suicidal behavior is a common and serious health and social problem worldwide. In the literature there are reports stating that suicide is one of the most common causes of death among teenagers aged 15-19. Young people make suicidal attempts (SA) when influenced by the following factors: negative peer pressure, events of stress, lack of life skills. Therefore, it seems important to search for factors that may limit this disturbing phenomenon, in which SA is undoubtedly included.

**Aim of the study.** The aims are to determine the protective factors preventing suicide attempts (SA) and develop expectations for effective assistance after SA.

**Materials and methods.** The study involved 80 patients aged 13-19. The research tool was a questionnaire of own authorship. The results were subject to percentage analysis.

**Results.** Every third teenager respondent discussed their problems with their peers, while only every eighth respondent could count on help from parents. Patients' expectations in terms of receiving aid as a form of prevention against SA relate mainly to their family relations. They also expect changes in the system of treatment.

**Conclusions.** Respondents need to feel loved, safe and having support from parents and peers. They want to live with their families. They do not want to be objects of violence, be badly treated by others and grow up in a pathological environment. They need increasing self-esteem and self-acceptance.

**Keywords: psychiatry, youth, suicidal attempts, suicide.**

## **Wstęp**

Zdrowie psychiczne jest warunkiem prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży, jak również ma ono ogromne znaczenie [1, 2, 3, 4, 5]. Przez ostatnie 25 lat w Polsce zaszło wiele zmian politycznych i społecznych, co w efekcie doprowadziło do zmiany stylu życia i pracy oraz budowania więzi społecznych i rodzinnych. Wpłynęło to na wzrost częstotliwości występowania problemów związanych ze zdrowiem psychicznym Polaków. Narastanie tego zjawiska szczególnie widać wśród dzieci i młodzieży. Zdrowie w okresie młodzieńczym – według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – stanowi dobrostan oraz możliwość pełnego wykorzystania własnego rozwoju w wymiarach: somatycznym, psychicznym, społecznym i duchowym, czemu sprzyja bycie wrażliwym na bodźce sensoryczne, stany emocjonalne swoje i innych [6]. Wiek dorastania – „adolescencja”, to najbardziej złożony etap w życiu każdego człowieka. Wywiera on znaczący wpływ na postawy życiowe jednostki, poglądy, styl życia oraz dalsze losy. Powodują to zachodzące zmiany w organizmie i psychice młodego człowieka, wymagania stawiane wobec samego siebie oraz oczekiwania dorosłych [6, 7, 8]. Jest to również czas rozchwianych emocji, gwałtownych zmian w sferze fizycznej, określania własnej tożsamości oraz możliwości, wzmożonego krytycyzmu wobec dorosłych i buntu. Młody człowiek poprzez dotychczasowe doświadczenie życiowe szuka przynależności, nawiązuje przyjaźnie, przeżywa pierwsze miłości, poszukuje swojego miejsca w społecznej rzeczywistości, pasji życiowej oraz zainteresowań, uczestniczy w działaniach o charakterze grupowym. Może również ulec wpływom ze strony osób mocniejszych, dążyć do sprawdzenia granic własnych możliwości oraz nakazów postawionych przez rodziców, posiadać chęć zaimponowania innym. W okresie dorastania młodzież najczęściej zachowuje się problemowo [9]. Na skutek napotykaných trudności podczas realizacji zadań pojawiać się może poczucie beznadziejności. Młodzież reaguje również rezygnacją przejawiającą się postacią nieumiejętności radzenia sobie z problemami w szkole, poczuciem bezsensu, lękiem, somatyzacją oraz tendencjami samobójczymi [10]. Wewnętrzne poczucie dyskomfortu wraz z brakiem nadziei na przyszłość popychają jednostkę do podejmowania zachowań

ryzykownych, w tym PS. Jak wynika z raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2014 roku, samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w grupie wiekowej 10-19 lat, dotykając tym samym 26% chłopców oraz 16% dziewcząt [11, 12, 13, 14, 15].

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), samobójstwo to zjawisko wielowymiarowe, będące wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami genetycznymi, socjologicznymi, środowiskowymi, biologicznymi oraz psychologicznymi. Według definicji termin samobójstwo to świadome odebranie sobie życia, natomiast w ujęciu prawnym definicja rozszerzona jest o stwierdzenie, iż jest to każdy przypadek śmierci będący wynikiem bezpośredniego lub pośredniego działania lub zaniedbania, dokonanego przez ofiarę, w pełni zdającą sobie sprawę ze skutków swojego czynu [16,17].

Zamachy samobójcze zwane samobójstwami dzielą się na dwie grupy:

- samobójstwa dokonane, które kończą się odebraniem sobie życia; WHO podaje, że na każde samobójstwo dokonane przypada 20 prób samobójczych [18],
- samobójstwa niedokonane (usiłowane), które nie kończą się odebraniem sobie życia, gdyż albo wystąpiły okoliczności umożliwiające odratowanie lub jednostka przeprowadziła zamach w sposób zapewniający odratowanie [19].

Do głównych czynników, które pełnią funkcję ochronną przed zachowaniami samobójczymi zalicza się:

- wzorce rodzinne: dobre relacje z poszczególnymi członkami rodziny; wsparcie z ich strony; ważne wydarzenia życiowe,
- styl poznawczy i osobowość – umiejętności społeczne na dobrym poziomie; wiara w swoje możliwości; poszukiwanie pomocy w obliczu pojawiających się trudności; poszukiwanie porady ze strony innych ludzi; otwartość na wiedzę i doświadczenia innych; poszukiwanie rozwiązań,
- kulturowe i socjodemograficzne – integracja społeczna, dobre relacje z kolegami/nauczycielami w szkole,
- czynniki związane ze zdrowiem psychicznym jednostki – radzenie sobie w sytuacjach stresowych; wysoki poziom odporności psychicznej [20,21].

Skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych zależy od etapu, na którym zostało wykryte zagrożenie. Forma tej pomocy powinna być dostosowana do adresatów. Największą liczbę młodych ludzi zagrożonych PS można znaleźć podążające za osiągnięciami współczesnej techniki (Internet, telefony komórkowe, komputery). Formami pomocy

w Internecie są np.: strony internetowe informujące na temat samobójstw, fora dyskusyjne, czaty, terapie online. Profilaktyka presuicydalna powinna być prowadzona wielośrodkiem, a więc działania powinny być podejmowane na płaszczyźnie rodziny, szkoły, Policji, ochrony zdrowia oraz administracji rządowej i samorządowej [20, 22].

### **Cel pracy**

Celem niniejszej pracy jest określenie czynników chroniących przed podejmowaniem PS oraz oczekiwań odnośnie skutecznej pomocy po PS.

### **Material i metoda**

Badaniami objęto 80 pacjentów (14 chłopców oraz 66 dziewcząt) w wieku 13-19 lat hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej Centralnego Szpitala Klinicznego Instytutu Stomatologii UM w Łodzi w okresie od grudnia 2012 roku do maja 2013 roku. Projekt badań otrzymał zgodę Komisji Bioetycznej (Nr RNN/678/12/KB z dnia 18.09.2012r.). Wszyscy badani pacjenci zostali poinformowani o celu i zasadach badania, a w następnej kolejności poproszeni o wypełnienie ankiety, która była dobrowolna i anonimowa. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Zawierał on 28 pytań zamkniętych, półotwartych oraz otwartych dotyczących zarówno danych demograficznych; wiek, płeć, ilość dzieci w rodzinie, miejsce zamieszkania; jak również problematyki badawczej: oceny własnej osoby, sytuacji szkolnej i rodzinnej, relacji z rówieśnikami. W grupie badanych 50% stanowiły osoby w wieku 16 i 17 lat, 21% - 15 lat, 16% - 14 lat oraz 9% w wieku 13 lat.

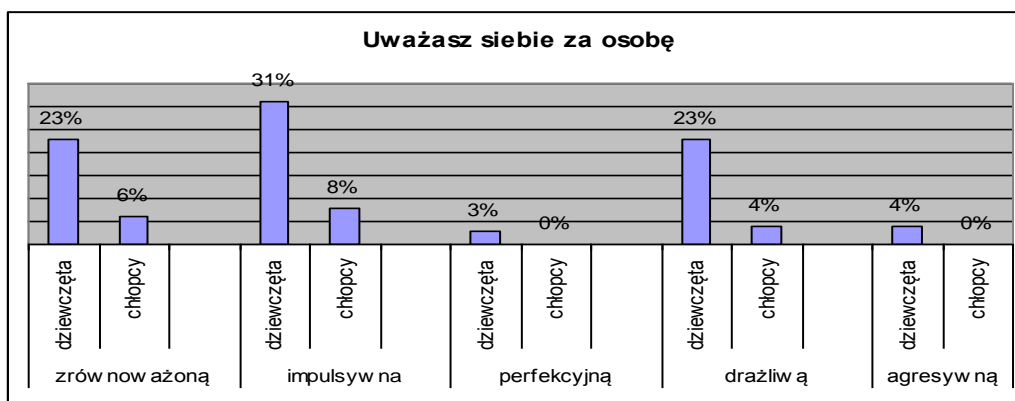
Prawie połowa badanych (46%) podała, że ma albo brata albo siostrę; 22% ma dwójkę rodzeństwa; 21% stanowili jedynacy; więcej niż dwójkę rodzeństwa posiada 11% respondentów.

46% ankietowanych mieszka z obojgiem rodziców; 21% z matką; 9% z matką i jej przyjacielem; 6% tylko z tatą; 3% z tatą i jego przyjaciółką; 5% w zakładzie opiekuńczym; 9% w innym otoczeniu (z babcią, ciocią, w rodzinie zastępczej). Opiekunami prawnymi większości badanych (85%) byli rodzice. U 13% opiekę sprawowała rodzina, natomiast u 12% sama matka.

### **Wyniki**

Na wykresie nr 1 przedstawiono analizę wybranych cech osobowości ankietowanych. Wśród dziewcząt, 31% określiło siebie jako osoby impulsywne; wśród chłopców – 8%. Ponadto chłopcy nie oceniali siebie jako osoby agresywne (0%) oraz perfekcyjnych (0%).

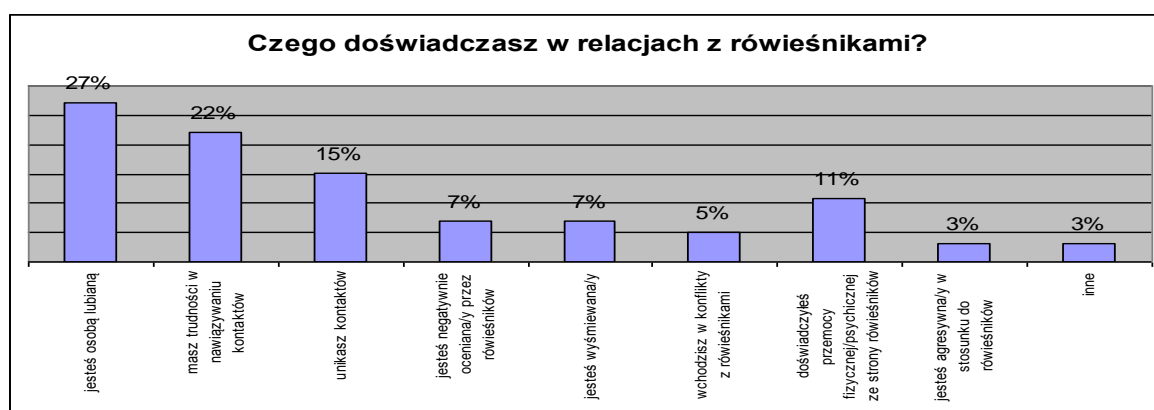
Dziewczęta uznały siebie za będące bardziej drażliwe (23%) w porównaniu do chłopców (4%).



Wykres 1. Wybrane cechy osobowościowe według samooceny badanych pacjentów. Źródło: opracowanie własne.

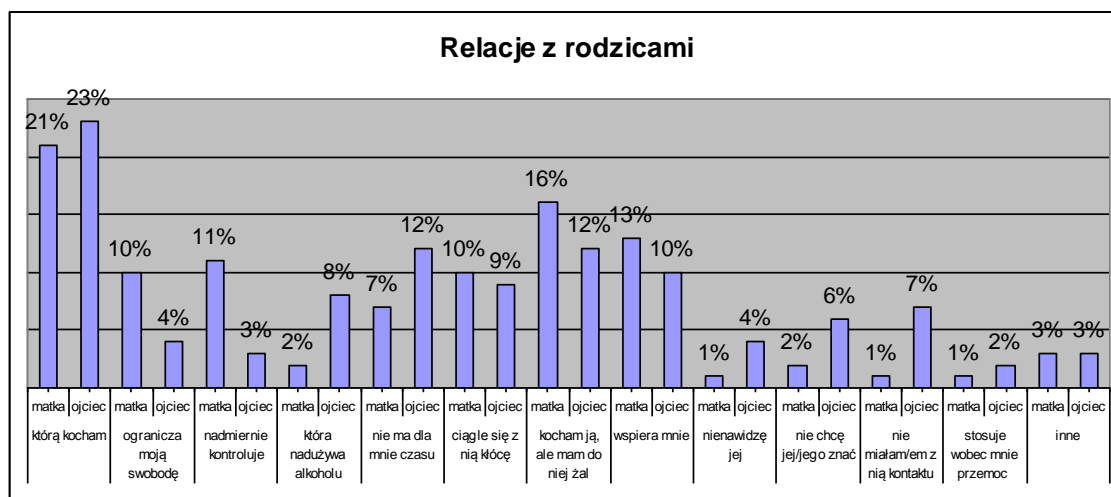
Ankietowani w ocenie sytuacji szkolnej mogli udzielać kilku odpowiedzi obejmujących ich stosunek do nauki, relacji z rówieśnikami, nauczycielami ze szkoły. Większość podała, że ogólnie źle funkcjonuje w środowisku szkolnym, w tym 22% ma problemy z nauką, 17% opuszcza zajęcia szkolne, dla 21% przychodzenie do szkoły wiąże się z dużym stresem. 9% lubi się uczyć, a 15% ma wielu kolegów w szkole.

Oceniając relacje z rówieśnikami (wykres nr 2), 27% uważa się za osoby lubiane, 22% deklaruje trudności w nawiązywaniu kontaktów, 15% unika takich kontaktów, zaś 11% doświadczyło z ich strony przemocy fizycznej/psychicznej. 7% badanych czuje się wyśmiewana oraz negatywnie oceniana.



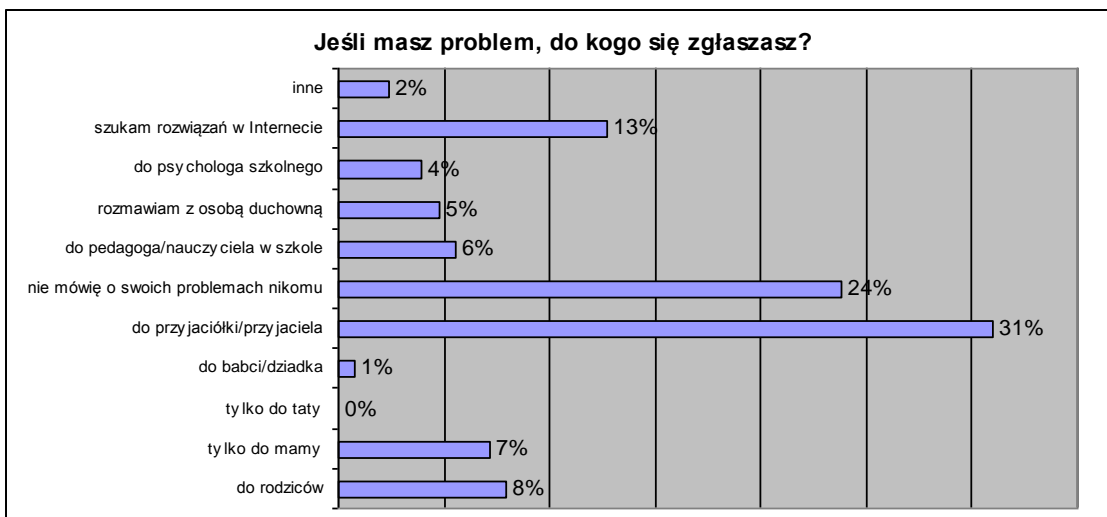
Wykres 2. Relacje z rówieśnikami w ocenie badanych pacjentów. Źródło: opracowanie własne.

Relacje z rodzicami respondenci oceniali na podstawie wybranych zagadnień. Wyniki przedstawiono na wykresie nr 3. Matka w opinii badanych to osoba, która częściej wspiera, nadmiernie kontroluje, z którą częściej się kłóca, ale jednocześnie poświęca im czas, rzadko spożywa alkohol i stosuje przemoc fizyczną/psychiczną. Ojciec natomiast to osoba przedstawiana w sposób negatywny pod względem poświęcanego czasu, konfliktów, nadużywania alkoholu. Ponadto jest on osobą stosującą przemoc fizyczną/psychiczną, której nie chcą znać, nie mają kontaktu, nienawidzą.



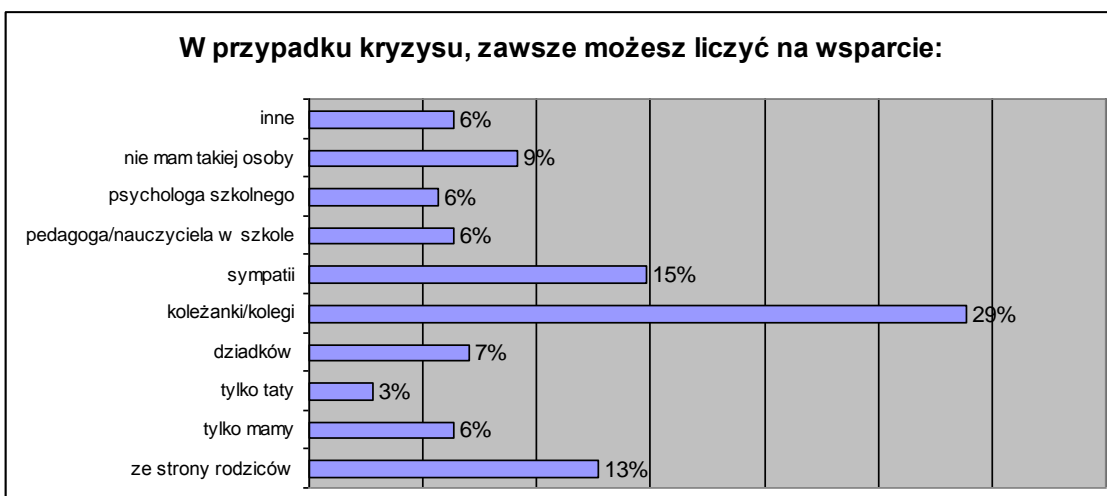
**Wykres 3. Relacje z rodzicami w opinii badanych pacjentów. Źródło: opracowanie własne.**

Na pytanie odnośnie tego do kogo ankietowani zwracają się w sytuacjach problemów, 31% wskazało na przyjaciółkę/ przyjaciela, 24% nie mówi nikomu o swoich problemach, zaś 13% poszukuje rozwiązań w Internecie. 8% badanych poprosiłaby o pomoc rodziców, 7% - tylko mamę. Nikt nie zwróciłby się z problemem do ojca. Pytani o inne możliwości – 2% badanych zwróciłaby się z problemem do psychiatry. Wyniki przedstawiono na wykresie nr 4.



**Wykres 4. Z kim najczęściej badani omawiają swoje problemy. Źródło: opracowanie własne.**

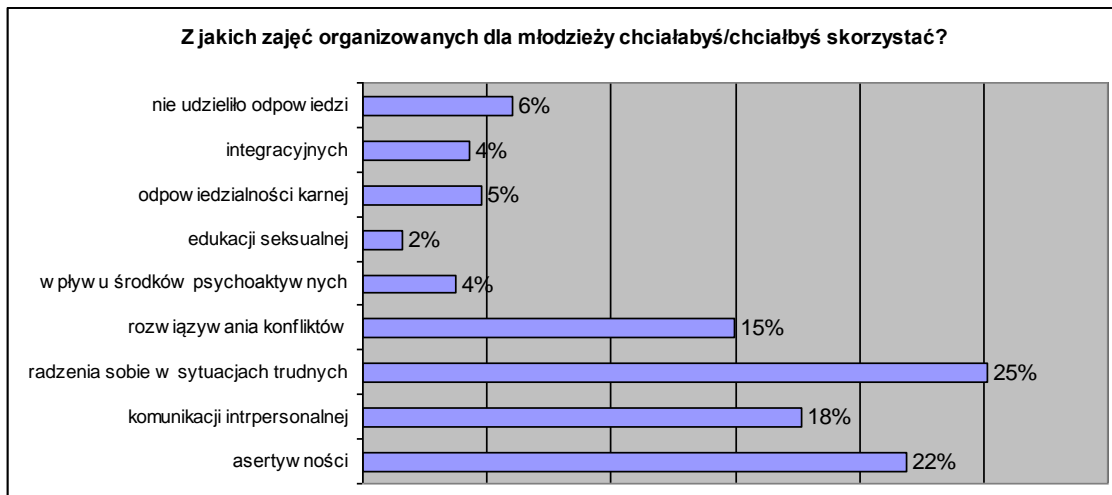
W przypadku kryzysu (wykres nr 5), badana młodzież (29%) może liczyć na wsparcie ze strony koleżanek/kolegów. 15% otrzymuje wsparcie ze strony sympatii, natomiast 13% ze strony rodziców. 9% przyznaje się do braku takiej osoby.



**Wykres 5. Osoby udzielające wsparcia badanym pacjentom w przypadku kryzysu. Źródło: opracowanie własne.**

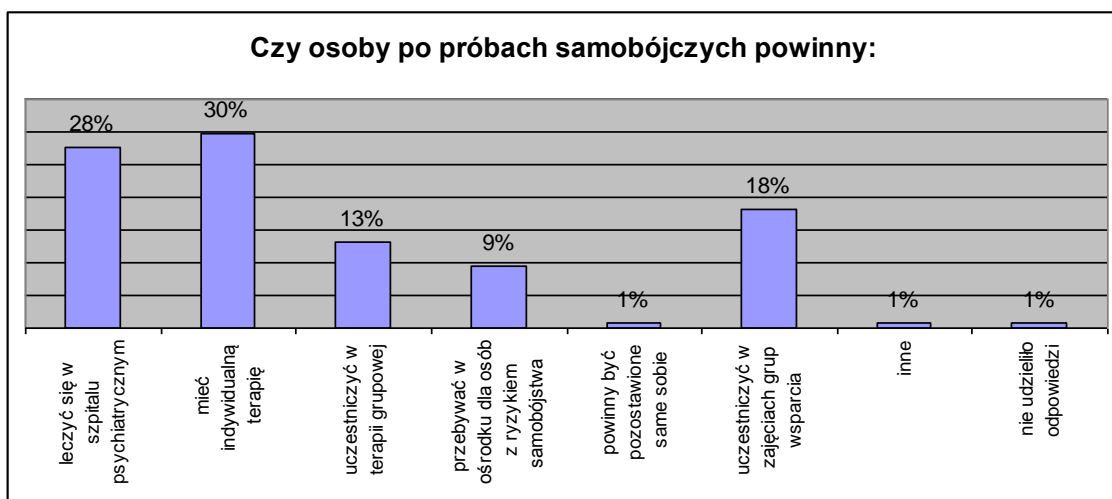
Analizując wykres nr 6 wynika, iż 25% respondentów uczestniczyłoby z chęcią w zajęciach dotyczących tematyki radzenia sobie w sytuacjach trudnych, 22% deklaruje chęć

uczestniczenia w zajęciach z asertywności, 18% - komunikacji interpersonalnej, 15% - rozwiązywania konfliktów. 6% nie udzieliło odpowiedzi.



**Wykres 6. Zajęcia dodatkowe jako forma wsparcia w opinii badanych. Źródło: opracowanie własne.**

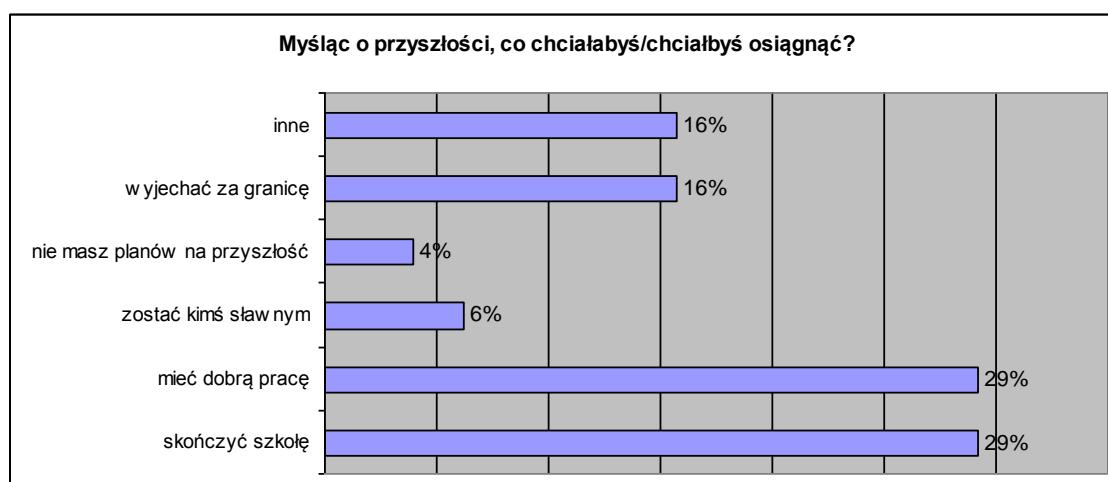
Wśród opinii badanych pacjentów na temat formy pomocy medycznej (wykres nr 7), 30% zdecydowałoby się na uczestnictwo w terapii indywidualnej. 18% respondentów wzięłoby udział w zajęciach prowadzonych w ramach grup wsparcia, zaś 13% w terapii grupowej. 9% chciałoby przebywać w ośrodku dla osób z ryzykiem samobójstwa. 1% chciałoby uczestniczyć w zajęciach grup wsparcia, 1% w zajęciach grup wsparcia, 1% w zajęciach grup wsparcia.



**Wykres 7. Formy pomocy medycznej osobom po próbach samobójczych w opinii badanych. Źródło: opracowanie własne.**

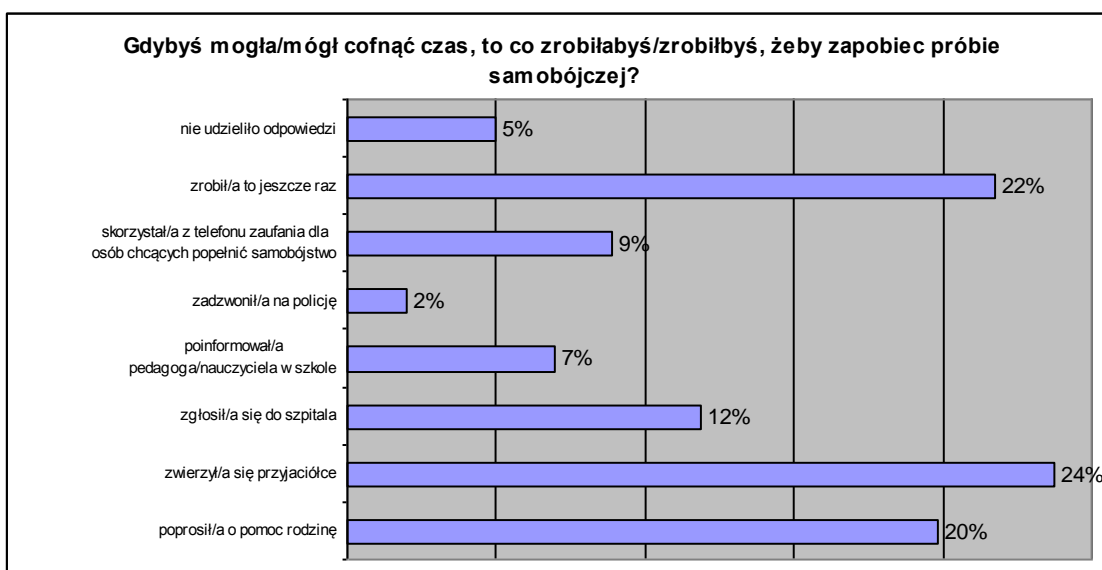


Na pytanie dotyczące planów na przyszłość, 29% badanych nastolatków chciałoby skończyć szkołę oraz mieć dobrą pracę. 16% z chęcią wyjechałoby za granicę, zaś 6% chciałoby zostać kimś sławnym. 4% nie ma żadnych planów na przyszłość. Wyniki zostały przedstawione na wykresie nr 8.



**Wykres 8. Plany badanych na przyszłość. Źródło: opracowanie własne.**

Analizując pytanie „Co można było jeszcze zrobić, aby zapobiec ostatniej próbie samobójczej” (wykres nr 8), większość badanych (24%) zwierzyłoby się przyjaciółce; 22% przyznało, że zrobiłoby to ponownie; 20% zwróciłoby się po pomoc do rodziny; natomiast 12% - do szpitala.



**Wykres 9. Co jeszcze można zrobić, aby zapobiec ostatniej próbie samobójczej? Źródło: opracowanie własne.**

## Dyskusja

Głównym problemem podjętym w prezentowanych badaniach stanowiło określenie czynników chroniących oraz oczekiwań odnośnie form pomocy przez młodzież w wieku 13-19 lat po PS. Do oceny czynników wytypowano z piśmiennictwa następujące warianty: cechy osobowości, relacje z rodzicami i rówieśnikami, omawianie problemów, wsparcie, zajęcia zwiększające poczucie własnej wartości, pomoc medyczną oraz plany związane z przyszłością.

Wyniki badań potwierdzają jednoznacznie rolę wsparcia jako stuprocentowego faktora ochronnego przed próbami samobójczymi. A. Y. Sharaf i wsp. [23] twierdzą, iż wsparcie społeczne pomaga w zwalczaniu działania stresu oraz innych wydarzeń mających niekorzystny wpływ na funkcjonowanie psychofizyczne jednostki. Y. Cheng i wsp. [24] wskazują na ważną rolę prawidłowo funkcjonującej, niepatologicznej rodziny. Zapobiega to podejmowaniu zachowań samobójczych u młodzieży. Przez brak patologii badacze rozumieją zainteresowanie rodziców tym co dzieje się z ich dziećmi, pomoc w podejmowaniu wyborów, szczerą rozmowę, akceptację podjętych decyzji, wspólne aktywności rodzinne, wsparcie w ciężkich chwilach, opiekę pozbawioną elementu nadopiekuńczości oraz nadmiernej kontroli. D.A. Brent i wsp. [25] podkreślają ważną rolę oprócz relacji rodzinnych – wsparcie o charakterze pozarodzinnym.

Zdaniem P.N. Kumar i wsp. [26] pozytywne wydarzenia życiowe, subiektywnie postrzegana jakość życia, uzyskiwane wsparcie społeczne, konstruktywne sposoby radzenia sobie w sytuacjach o charakterze stresowym – stanowią czynniki zmniejszające ryzyko przed podejmowaniem zachowań suicydalnych. Aczkolwiek, badacze ci wskazują, iż jest ogromną trudnością wskazanie tylko jednego, głównego czynnika chroniącego przed samobójstwem.

B. Mirkovic i wsp. [27] przebadali 167 adolescentów w wieku 13-17 lat, hospitalizowanych na 5 oddziałach pediatrycznych we Francji. Wyniki badań wskazały, iż produktywne strategie radzenia sobie z napotykanymi trudnościami stanowiły czynnik chroniący pacjentów przed podejmowaniem kolejnych PS. Badacze podjęli próbę wyznaczenia kierunków terapii dla młodzieży po próbach samobójczych. Ich zdaniem powinna się ona koncentrować na spoglądaniu na jasną stronę życia, pozytywne myślenie oraz próby zwalczania depresji (uznawanej za jeden z istotnych czynników ryzyka).

Według J.M. Huen i wsp. [28] w badaniach wskazują, iż nadzieja i poczucie beznadziejności mimo, iż znajdują się na przeciwległych biegunach – korelują ze sobą. Otóż im wyższy poziom nadziei u jednostek, tym mniejsze poczucie beznadziejności – a co za tym idzie, stanowi ona czynnik chroniący przed podejmowaniem zachowań samobójczych.

M.J. Player i wsp. [29] w badaniach wskazują na następujące czynniki chroniące przed samobójstwem mężczyzn: wsparcie emocjonalne oraz profesjonalne oddziaływania terapeutyczne.

Najnowsza strategia Światowej Organizacji Zdrowia „Health 2020”, wskazuje na następujące kierunki działań:

- wspieranie dobrego stanu zdrowia począwszy od wczesnego rozwoju dziecka do późnej starości,
- wzmocnienie programów promujących zdrowie psychiczne: wczesne diagnozowanie depresji i zapobieganie samobójstwom,
- promocja zdrowego stylu życia: edukacja rówieśnicza, podniesienie poziomu wiedzy o zdrowiu [1,30].

## **Wnioski**

- Samobójstwo dokonane jest nieprzewidywalne, ale biorąc pod uwagę badanie indywidualnej podatności, czynników ryzyka oraz czynników chroniących można w ten sposób dokonać wyboru najbardziej optymalnego sposobu interwencji i w ten sposób uzyskać szansę na osiągnięcie pozytywnych efektów o charakterze zapobiegawczym.

- Ważnym czynnikiem chroniącym przed PS jest organizowanie treningów edukacyjno-wspierających oraz posiadanie planów na przyszłość.
- Oczekiwania młodzieży w zakresie otrzymywania pomocy przed PS dotyczą głównie poprawy relacji rodzinnych.
- Niezbędnym elementem pomocy zmniejszającym ryzyko PS jest wczesne diagnozowanie depresji oraz innych zaburzeń psychicznych, uzależnień od środków psychoaktywnych oraz podjęcie właściwego leczenia [31].

### **Lista piśmiennictwa**

1. Tabak I. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *BAS Studies* 2014; 2(38):113-138.
2. Krawczyk J., Gmitrowicz A. Analiza czynników chroniących przed samobójstwem. *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14(1): 43-49.
3. Lachal J., Orri M., Sibeoni J., Moro MR., Revah-Levy A. Metasynthesis of Youth Suicidal Behaviours; Perspectives of Youth, Parents, and Health Care Professionals. *PLoS One* 2015; 10(5): e0127359.
4. Kropiwnicki P., Gmitrowicz A. Światowe inicjatywy w zakresie profilaktyki samobójstw. *Psychiatr Psychol Klin* 2013; 13(3): 202-206.
5. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. Genewa-Warszawa 2003;.
6. Ponczek D, Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Prob. Hig Epidemiol* 2012; 93(2): 260-268.
7. Merecz D, Rosa K, Sobala W. Myśli i próby samobójcze. Modelowanie zależności pomiędzy czynnikami ryzyka. *Suicydologia* 2006; 2:76-87.
8. Namysłowska I. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2012.
9. Szymańczak J. Zachowania problemowe dzieci i młodzieży. *BAS Studies* 2009; 1(17): 105-129.
10. Krawczyńska J., Karakiewicz B., Zięba E., Nowak Starz G. Ocena stanu zdrowia młodzieży w świetle wskaźników zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; 19(2): 193-199.

11. Krajewska K, Florkowski A, Gmitrowicz A. Związek zespołu zależności alkoholowej rodziców z występowaniem prób samobójczych wśród nastoletnich pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie. *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14(3): 196-201.
12. Namysłowska I. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. *Borgis – Postępy Nauk Medycznych* 2013; 1: 4-9.
13. Holliday C, Vandermause R. Teen experiences following a suicide attempt. *Archives of psychiatric nursing* 2015; 3(29): 168-173.
14. Szymańczak J. Samobójstwa Polaków. *BAS Analyses* 2015; 6(126): 1-7.
15. Oblacińska A., Wojnarowska B. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. *Socio-Economic Indos* 2014; 10:1-4.
16. Putowski M, Piróg M, Podgórnjak M, Zawisłak J, Pieciewicz-Szczęsna H. Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000-2013. *Probl Hig Epidemiol* 2015; 96(1): 264-268.
17. Andrzejewska-Cioch A, Zaborowska A. Streetworking w sieci odpowiedzialnością na samobójstwa wśród nieletnich. W: Jęczeń J, Lelonek-Kuleta B. (red.) *Granice streetworkingu: Instytut Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej KUL*, 2013, 129-139.
18. Hu J., Dong Y., Chen X., Liu Y., Ma D., Liu X., Zheng R., Mao X., Chen T., He W. prevalence of suicide attempts among Chinese adolescents: A metaanalysis of cross-sectional studies. *Copmr Psychiatry* 2015;
19. Makara-Studzińska M. Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2001; XXVI(17): 219-231.
20. Bąbik A., Olejniczak D. Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2014; 13(2): 99-120.
21. Światowa Organizacja Zdrowia, Rzecznik Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Warszawa 2007.
22. World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide*. 2012.
23. Sharaf A.Y., Thompson E.A., Walsh E. Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2009; 22: 160-168.
24. Cheng Y., Tao M., Riley L. et al. Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child Care Health Dev* 2009; 35: 313-322.

25. Brent D.A., McMakin D.L., Kennard B.D., Goldstein T.R., Mayes T.L., Douaihy A.B. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52(12): 1260-1271.
26. Kumar P.N., George B. Life events, social support, coping strategies, and quality of life attempted suicide: A case-control study. *Indian J Psychiatry* 2013; 55(1): 46-51.
27. Mirkovic B., Labelle R., Guile J-M. et al. Coping Skills Among Adolescent Suicide Attempters: Results of a Multisite Study. *Can J Psychiatry* 2015; 60(2): S37-S45.
28. Huen J.M., Ip B.Y., Ho S.M., Yip P.S. Hope and Hopelessness: The Role of Hope in Buffering the Impact of Hopelessness on Suicidal Ideation. *PLoS One* 2015; 10(6): e0130073.
29. Player M.J., Proudfoot J., Fogarty A. et al. What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. *PLoS One* 2015; 10(6): e0128180.
30. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, WHO, Paris 2013, 6-7.
31. Szymańczak G., Lishchynskyy Y., Kozłowska D., Kopański Z., Brukwicka I., Wojciechowska M. Profilaktyka i psychoterapia suicydentów. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue* 2011; 4: 3-7.