**Potrzeby edukacyjne oraz potrzeby dotyczące wytycznych postępowania z osobami w kryzysie samobójczym, z którymi mają kontakt pracownicy ochrony zdrowia**

**Zaproszenie do udziału w badaniu ankietowym**

Szanowni Państwo,

Zachowania samobójcze (tzn. myśli samobójcze, próby samobójcze, samobójstwa) są poważnym problemem w naszym kraju. Każdego roku w Polsce śmiercią samobójczą ginie więcej osób niż w wypadkach komunikacyjnych. Podejmowanie działań przez instytucje rządowe, samorządowe, pozarządowe, służby publiczne oraz wszystkich ludzi dobrej woli jest koniecznością, zwłaszcza w sytuacji, w której badania pokazują pogorszenie stanu zdrowia psychicznego Polaków, do czego przyczynia się m.in. pandemia COVID-19, wojna na Ukrainie, postępujące zmiany klimatyczne i ryzyko kryzysu gospodarczego, co może przełożyć się na dodatkowy wzrost wskaźników samobójstw.   Szansę na ograniczenia skali zjawiska stwarza, podjęty po raz pierwszy w Polsce, Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, realizowany w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, finansowany przez Ministra Zdrowia.

Poniższe badanie ankietowe ma celu poznanie Państwa doświadczeń, potrzeb edukacyjnych oraz potrzeb dotyczących postępowania z osobami z zachowaniami samobójczymi, z którymi mają kontakt różne grupy zawodowe pracujące w sektorze ochrony zdrowia. Uzyskane dane będą wykorzystane w działaniach podnoszących kompetencje grup zawodowych w zakresie prewencji zachowań samobójczych, a także posłużą do tworzenia wytycznych postępowania z osobami z ryzykiem samobójczym.

Zwracamy się do Pani/Pana z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania ankiety. Czas wypełniania ankiety to zaledwie 10 min.

**Wypełnioną ankietę prosimy wysłać na adres:** **szkolenia.biurozzs@ipin.edu.pl** **w terminie do 19 października 2022 roku.**

**1.Czy doświadczył/a Pani/Pan kiedykolwiek kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym?**

*(Jeśli tak, proszę przejść do pytania 2, jeśli nie proszę przejść do pytania 3)*

a. Tak

b. Nie

**2. Z jakimi osobami z zachowaniami samobójczymi miał Pan/Pani kontakt?**

*(Proszę zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)*

a. Z osobami mającymi myśli samobójcze i/lub

b. Z osobą po próbie samobójczej i/lub

c. Z osobą, która odebrała sobie życie

3.**Jak Pan/Pani ocenia swoje wiedzę/umiejętności w zakresie:**

*Proszę odnieść się do każdego wariantu odpowiedzi zgodnie z przedstawioną skalą:*

*0 - nie mam takich wiedzy/umiejętności 1 - mam niewielką wiedzę/umiejętności 2 - mam przeciętną wiedzę/umiejętności 3 - mam wysoką wiedzę/umiejętności*

a. Rozpoznania/zidentyfikowania osoby zagrożonej zachowaniem samobójczym

0 1 2 3

b. Oceny ryzyka samobójczego

0 1 2 3

c. Podjęcia działań/interwencji zapobiegających zachowaniu samobójczemu

0 1 2 3

d. Podjęcia interwencji/działań wobec osoby, która doświadczyła zachowania samobójczego kogoś bliskiego (tzn. próby samobójczej, samobójstwa)

0 1 2 3

4. **W jaki sposób Pan/Pani nabył/a wiedzę/umiejętności z zakresu oceny ryzyka samobójczego i interwencji w kryzysie suicydalnym:**

*(Jeżeli nie ma Pan/Pani żadnej wiedzy/umiejętności w badanym obszarze, proszę przejść do pytania 6. Możliwy jest wybór dowolnej liczby wariantów odpowiedzi)*

a. Podczas studiów przygotowujących do zawodu

b. W trakcie konferencji/szkoleń organizowanych przez pracodawcę

c. Na innych konferencjach/szkoleniach/kursach stacjonarnych

d. Na innych konferencjach/szkoleniach/kursach online i/ lub hybrydowych

e. Z mediów np. wywiadów, artykułów, audycji, książek

f. Z doświadczenia pracy z osobami w kryzysach samobójczych w ramach wykonywanego zawodu

g. Z doświadczenia pozazawodowego kontaktu z osobą z ryzykiem samobójczym

**5. Czy wykorzystuje Pan/Pani wiedzę/umiejętności dotyczącą prewencji zachowań samobójczych w swojej pracy zawodowej?**

a. Tak

b. Nie

**6. Czy dokumentuje Pan/Pani ocenę ryzyka samobójczego w historii choroby pacjenta?**

a. Tak

b. Nie

c. Nie dotyczy

**7. Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani nabyć/rozwijać swoją wiedzę/umiejętności w następujących obszarach:**

*(Proszę odpowiedzieć Tak lub Nie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rozpoznania/zidentyfikowania osoby w kryzysie samobójczym? | Tak | Nie |
| Oceny ryzyka samobójczego?  | Tak | Nie |
| Podjęcia działań/interwencji zapobiegających zachowaniu samobójczemu?  | Tak | Nie |
| Podjęcia interwencji/działań wobec osoby, która doświadczyła zachowania samobójczego kogoś bliskiego (tzn. próby samobójczej, samobójstwa)? | Tak | Nie |
| Inny obszar (jaki?) ……………………………. |

**8. Jaki rodzaj wiedzy/umiejętności Pana/Pani zdaniem byłby przydatny w pracy z osobami z grup ryzyka podjęcia zachowania samobójczego?**

*(Możliwy jest wybór dowolnej liczby wariantów odpowiedzi)*

1. Rozpoznanie sygnałów ostrzegawczych u osoby w kryzysie samobójczym
2. Prowadzenie rozmowy z osobą w kryzysie samobójczym
3. Ocena ryzyka samobójczego
4. Wzmocnienie czynników ochronnych i osłabianie czynników ryzyka samobójczego,
5. Tworzenie planu bezpieczeństwa
6. Dokumentacja oceny ryzyka samobójczego i podjętej interwencji
7. Prowadzenie rozmowy z bliskimi osoby, która odebrała sobie życie
8. Aspekty prawne a profilaktyka samobójstw
9. Procedury dotyczące postępowania z osobą w kryzysie samobójczym
10. Wszystkie wyżej wymienione odpowiedzi
11. Inne: ……………………….……

9**. Jaka forma rozwijania wiedzy/umiejętności/kompetencji w ww. zakresie byłaby Pana/Pani zdaniem optymalna?**

*(Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*

1. Wykłady stacjonarne
2. Warsztaty stacjonarne
3. Wykłady online (webinary)
4. Warsztaty online
5. Forma hybrydowa
6. E – learning

**10. Jaki czas trwania szkolenia byłby dla Pana/Pani optymalny?**

1. 1- 4 godzin
2. 5 -8 godzin
3. 9-12 godzin
4. 13-16 godzin
5. Więcej niż 17 godzin

**11. Czy widzi Pan/Pani potrzebę posiadania w placówce, w której Pan/i pracuje wytycznych/procedur dotyczących kontaktów z osobą:**

*(Proszę odpowiedzieć Tak lub Nie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| w kryzysie samobójczym? | Tak | Nie |
| doświadczającą straty bliskiej osoby w związku z samobójstwem? | Tak | Nie |

**12. Czy w Państwa placówce są do dyspozycji wytyczne/procedury postępowania dotyczące kontaktów z osobą**

*(Proszę odpowiedzieć Tak lub Nie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| w kryzysie samobójczym? | Tak | Nie |
| doświadczającą straty bliskiej osoby w związku z samobójstwem? | Tak | Nie |

*(W przypadku odpowiedzi „tak” na wariant odpowiedzi „a” i/lub „b”, proszę przejść do pytań 13-17, a w przypadku odpowiedzi „nie” na obydwa warianty, proszę przejść do pytań 18-19).*

**13. Czy wytyczne dotyczące postępowania z osobą w kryzysie suicydalnym obowiązujące w Państwa placówce, zawierają:**

*(Proszę odpowiedzieć Tak lub Nie w odniesieniu do każdego rodzaju procedury)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| procedurę oceny ryzyka samobójczego bez wykorzystania standaryzowanego narzędzia? | Tak | Nie |
| procedurę oceny ryzyka samobójczego z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia do oceny takiego ryzyka np. skala (jaka? ……………………………………………………………... ) | Tak | Nie |
| procedurę dla kontaktu z osobą kryzysie suicydalnym? | Tak | Nie |
| procedurę dla kontaktu z osobą po próbie samobójczej? | Tak | Nie |
| procedurę dla kontaktu z osobą po stracie kogoś bliskiego w wyniku samobójstwa? | Tak | Nie |
| procedurę ograniczającą dostęp do metod/środków, które mogą być wykorzystane do odebrania sobie życia? | Tak | Nie |
| procedurę kontaktu z rodziną/innymi osobami znaczącymi pacjenta w kryzysie samobójczym? | Tak | Nie |
| procedurę opisującą, jak opracować plan bezpieczeństwa | Tak | Nie |

**14. W oparciu o co powstały wytyczne/procedury dotyczące postępowania z osobą w kryzysie suicydalnym w Państwa placówce?**

1. Źródła naukowe
2. Doświadczenia w instytucji, w której Pan/i pracuje
3. Doświadczenia innych instytucji
4. Inne

**15. Kto z personelu placówki jest zobowiązany/zaangażowany w realizację wytycznych/procedur dotyczących postępowania z osobą w kryzysie suicydalnym?**

a) Nie ma takiej osoby

b) Jest nią *(Proszę wskazać taką osobę np. lekarz, pielęgniarka)*

……………………………………………………………………………………………

**16. Czy ww. wytyczne/procedury są wykorzystywane w praktyce?**

1. Tak
2. Nie

**17. Czy odbywają się okresowe szkolenia dotyczące wykorzystywania wytycznych/procedur postępowania z osobą w kryzysie suicydalnym?**

1. Tak
2. Nie

**18. Czy podejmuje Pan/Pani działania w zakresie psychoedukacji pacjentów i/ich rodzin/osób znaczących w obszarze profilaktyki zachowań samobójczych?**

1. Tak
2. Nie

**19. Inne uwagi dotyczące Pana/Pani potrzeb edukacyjnych oraz wytycznych/procedur z zakresu profilaktyki zachowań samobójczych.**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**METRYCZKA**

**Płeć**

1. Mężczyzna
2. Kobieta
3. Inna
4. Nie chcę odpowiedzieć na to pytanie

**Wiek**

1. 19-29
2. 30-39
3. 40-49
4. 50-59
5. 60-69
6. 70 i więcej

**Wykształcenie**

1. W czasie nauki
2. Średnie ogólnokształcące/Średnie zawodowe
3. Wyższe
4. Wykształcenie wyższe podyplomowe (np., doktorat, MBA)

**Staż pracy**

1. Pierwszy rok pracy
2. 2-4
3. 5-9
4. 10-19
5. Powyżej 20 lat

**Kategoria zawodowa**

1. Farmaceuta
2. Fizjoterapeuta
3. Lekarz dentysta
4. Lekarz internista
5. Lekarz dermatolog
6. Lekarz chirurg
7. Lekarz chorób zakaźnych
8. Lekarz endokrynolog
9. Lekarz geriatrii
10. Lekarz ginekologii i położnictwa
11. Lekarz medycyny ratunkowej
12. Lekarz medycyny rodzinnej
13. Lekarz medycyny pracy
14. Lekarz neurolog
15. Lekarz onkolog
16. Lekarz pediatra
17. Lekarz psychiatra
18. Lekarz seksuolog
19. Lekarz toksykolog kliniczny
20. Lekarz weterynarii
21. Lekarz – innych specjalizacji …………………………………..
22. Pielęgniarka
23. Położna
24. Pomocniczy personel medyczny (asystentka pielęgniarska, opiekun medyczny)
25. Psychoterapeuta
26. Psycholog kliniczny
27. Pracownik socjalny pracujący w placówkach ochrony zdrowia
28. Ratownik medyczny
29. Specjalista terapii uzależnień/specjalista psychoterapii uzależnień
30. Specjalista bezpieczeństwa i higieny pracy
31. Terapeuta zajęciowy
32. Inne

**Specjalizacja**

1. Bez specjalizacji
2. W trakcie specjalizacji
3. Nie dotyczy

**Stanowisko kierownicze**

1. Pracuję na stanowisku kierowniczym
2. Nie pracuję na stanowisku kierowniczym

**Bardzo dziękujemy za udzielenie odpowiedzi.**

**W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt:** **biurozzs@ipin.edu.pl**