

Joanna Mazur

ZGONY Z POWODU SAMOBÓJSTW W POLSCE NA TLE UNII
EUROPEJSKIEJ - AKTUALNE TENDENCJE I UWARUNKOWANIA
DEMOGRAFICZNE¹

Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka
Kierownik Zakładu: Krystyna Mikiel-Kostyra

Analizą objęto standaryzowane współczynniki zgonów z powodu samobójstw w 27 krajach UE. Zbadano, jak w czasie i przekroju regionalnym zmienia się częstość samobójstw wg płci i wieku. W Polsce grupą wymagającą zainteresowania są młodzi mężczyźni oraz, niezależnie od płci, osoby w średnim wieku, ponieważ obserwowane dla nich tendencje kontrastują z dużo korzystniejszymi zmianami w większości krajów UE.

Słowa kluczowe: samobójstwa, uwarunkowania, porównania międzynarodowe, trendy
Key words: suicide, determinants, international comparison, trends

WSTĘP

Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Przyczyn Zgonów, samobójstwa i samouszkodzenia należą do zewnętrznych przyczyn zgonu, tworząc razem z zabójstwami grupę tzw. urazów zamierzonych (ang. *intentional injuries*), choć w krajach europejskich terminologia ta nie jest powszechnie używana (1,2). O ile w odniesieniu do urazów niezamierzonych (np. spowodowanych wypadkami komunikacyjnymi) wypracowano strategie zapobiegawcze, które skutkują i z powodzeniem mogą być w różnych regionach powielane, o tyle zbyt optymistyczne byłoby uznanie niskiego natężenia samobójstw za efekt skutecznej interwencji (3). W Europie od lat najwięcej samobójstw notuje się w Finlandii, na Węgrzech oraz w krajach nadbałtyckich (Litwa, Estonia), natomiast najmniej w Europie południowej (4,5). Zakłada się, że różnice między tymi krajami wynikają z czynników kulturowych, a także m.in. ze zróżnicowanego występowania chorób psychicznych w populacji, klimatu, w tym ekspozycji na światło słoneczne i warunków społeczno-ekonomicznych, w tym systemu pomocy społecznej (6). Porównania międzynarodowe mogą zniekształcać kryteria

1 Praca wykonana w ramach zadania statutowego Instytutu Matki i Dziecka, nr 5101644.

klasyfikacji przypadku oraz odmienne zasady kodowania przyczyn zgonu uznanych za zamierzone lub o nieustalonej intencji (4).

W Polsce problem samobójstw poruszany jest głównie w kontekście oceny kondycji psychicznej społeczeństwa. W ogólnych analizach stanu zdrowia ludności większy nacisk kładzie się na zagrożenie chorobami układu krążenia i nowotworami, powodującymi ogółem ponad 70% ogólnej liczby zgonów (7,8). Urazy i zatrucia wymieniane jako trzecia w kolejności przyczyna zgonów (w rzeczywistości pierwsza u ludzi młodych), traktowane są często z dużym uproszczeniem, chociaż ostatnio wymienia się co najmniej wypadki komunikacyjne i samobójstwa (7,9).

Na problem samobójstw zwraca uwagę „Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy” przyjęta w 2005 r., także przez Polskę (10). Zatwierdzony przez ministrów zdrowia plan działań zawiera między innymi opracowanie i realizację programów, których celem jest zmniejszenie liczby samobójstw. Realizacja przyjętych zobowiązań wymaga śledzenia danych epidemiologicznych.

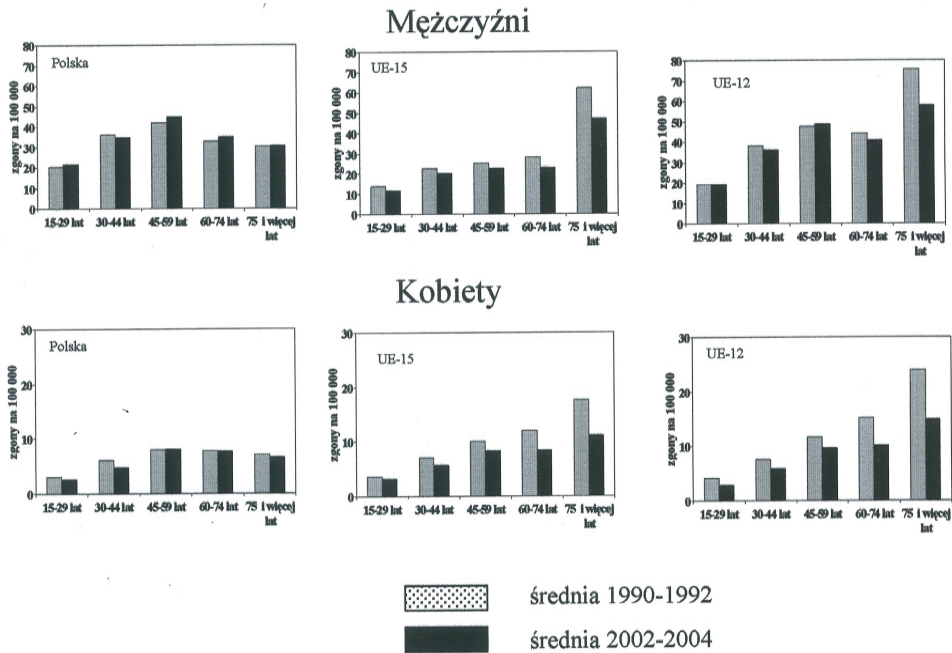
MATERIAŁ I METODY

Analiza obejmuje wyłącznie samobójstwa dokonane, rejestrowane na podstawie kart zgonów. Dane pochodzą z interaktywnej bazy umieralności Światowej Organizacji Zdrowia – Health for All Mortality Database (HFA-MDB), wersji ze stycznia 2007 r. (11). Wykorzystano standaryzowane współczynniki zgonów, które odpowiadają teoretycznym współczynnikiem surowym przy założeniu, że struktura ludności według wieku jest taka sama we wszystkich krajach i obrazuje standardową strukturę ludności europejskiej. Samobójstwa odpowiadają numerom 950-959 według ICD-9 i X60-X84 według klasyfikacji ICD-10. Baza HFA-MDB zawiera dane międzynarodowe od 1980 r., w tym dla Polski od 1983 r., z pominięciem lat 1997-98. Analizując tendencje zmian wykorzystano 3-letnie średnie ruchome w celu eliminacji rocznych wahań współczynników. Przedstawiono wyniki dla Polski, połączonej grupy 15 krajów będących w Unii Europejskiej przed majem 2004 r. (UE-15) oraz połączonej grupy 12 krajów, które wstąpiły do Unii w maju 2004 r. lub styczniu 2007 r. (UE-12). Podział na grupy wieku został narzucony przez założenia metodologiczne bazy HFA-MDB.

WYNIKI

Statystyki umieralności z powodu samobójstw prowadzi się najczęściej dla osób powyżej 15 roku życia, chociaż zdarzają się przypadki samobójstw u młodszych dzieci. Według danych z kart zgonów opracowywanych przez Główny Urząd Statystyczny, w 2004 r. zanotowano ogółem w Polsce 6071 zgonów z powodu samobójstwa lub samouszkodzenia (7). Dla porównania, dane Komendy Głównej Policji wskazują w tym samym roku na mniej, bo 4893 prób samobójczych zakończonych zgonem, co stanowi 83% prób samobójczych notowanych przez policję (12). Zgony spowodowane samobójstwami stanowią 24,3% zgonów ludności z przyczyn zewnętrznych, w tym 29,2% u ludności w wieku produkcyjnym. Z wiekiem maleje udział samobójstw w ogólnej statystyce zgonów. W 2004 r. samobójstwa stanowiły 1,7% zgonów ogółu ludności, ale już 4,9% ludności w wieku produkcyjnym.

U młodzieży i młodych dorosłych udział samobójstw w statystyce zgonów jest największy, osiągając maksimum w grupie wieku 20-24 lat (21,0%). Bardziej właściwą miarą zagrożenia samobójstwami jest ich częstość liczona w stosunku do populacji w danym wieku. W Polsce, swoiste współczynniki zgonów samobójczych rosną w kolejnych grupach wieku, zmniejszając się dopiero po 60 roku życia, bardziej u mężczyzn. Obraz zależności częstości samobójstw od wieku ma w Polsce inny kształt niż pokazują globalne europejskie statystyki – ryc.1. W krajach UE-15, u obu płci, podobnie jak u kobiet w UE-12, częstość samobójstw zwiększa się systematycznie z wiekiem, osiągając maksimum powyżej 75 roku. U mężczyzn w UE-12 rozkład częstości samobójstw ma kształt dwumodalny, z podwyższonym poziomem w wieku 45-59 lat i po 75 roku życia.

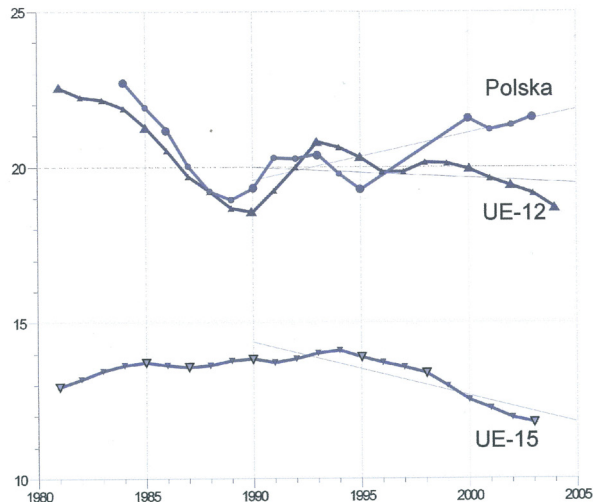


Rycina1. Samobójstwa wg płci i wieku w Polsce na tle Unii Europejskiej
 Figure 1. Suicides by gender and age in Poland compared to European Union countries

Porównanie swoistych współczynników zgonów z powodu samobójstw w Polsce w ostatnich latach i na początku lat 90-tych, wskazuje na ich wzrost u mężczyzn (z wyjątkiem grupy 30-44 lat) oraz nieznaczny spadek u kobiet, głównie młodszych. W krajach UE-15 i UE-12 częstość samobójstw zmniejszyła się w tym czasie u obu płci. Spadek nie dotyczył tylko mężczyzn w wieku 45-59 lat w krajach UE-12.

Wzrostowa tendencja częstości samobójstw u mężczyzn i spadkowa u kobiet spowodowały, że stosunek samobójstw u obu płci uległ w Polsce zmianie. Relacja współczynników standaryzowanych samobójstw u mężczyzn i kobiet jest największa u młodzieży i młodych dorosłych i obecnie wynosi 8,3:1 w grupie wieku 15-29 lat, wobec relacji 6,7:1 na początku lat 90-tych. Dane dla krajów UE-15 i UE-12 wskazują na mniejszą niż w Polsce nadwyżkę samobójstw wśród mężczyzn oraz na większe różnice w starszych rocznikach.

Na rycinie 2 przedstawiono dokładniejszy obraz tendencji zmian częstości samobójstw w Polsce i pozostałych krajach Unii Europejskiej w grupie młodych mężczyzn w wieku 15-29 lat. W Polsce zanotowano ostatnio wzrost współczynników - od 18,8 w 1996 r. do 22,2 na 100 000 w 2004 r. (11). Obecnie częstość samobójstw u młodych mężczyzn przekroczyła już w Polsce średni poziom krajów UE-12.



Źródło: Baza danych HFA-MDB (3-letnie średnie ruchome)

Rycina 2. Zróżnicowanie regionalne trendów samobójstw mężczyzn w wieku 15-29 lat
Figure 2. Regional differences in trends of suicide in males aged 15-29

Ostatnio notowane współczynniki zgonów z powodu samobójstw w wieku 15-59 lat w poszczególnych krajach Unii Europejskiej zawarte są w tabeli I. Dane potwierdzają niekorzystną pozycję Polski głównie w odniesieniu do mężczyzn. W grupie 27 krajów Polska zajmuje, w kolejności rosnących współczynników, 20-22 (w zależności od wieku) miejsce u mężczyzn i 11-14 miejsce u kobiet. Współczynniki notowane w Polsce są dużo większe niż w połączonej grupie 27 krajów UE dla mężczyzn i nieco mniejsze od średniej dla kobiet. Przy porównaniu Polski tylko z UE-12 najmniej korzystnie wypada grupa młodych mężczyzn w wieku 15-29 lat.

OMÓWIENIE

W pracy przeanalizowano umiarkowanie z powodu samobójstw z uwzględnieniem przekroju geograficznego, zmian w czasie, płci oraz wieku. Łączna analiza tych elementów pozwala określić, czy skala zjawiska w Polsce jest obecnie szczególnie niepokojąca i na które grupy ludności należy zwrócić uwagę. Samobójstwa traktuje się często jako problem typowy dla ludzi młodych, co w świetle innych opracowań, jest prawdziwe tylko w odniesieniu do prób samobójczych (13). Samobójstwa dokonane występują częściej w późniejszym wieku, natomiast przy braku obciążenia innymi chorobami cywilizacyjnymi,

Tabela I. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu samobójstw w krajach Unii Europejskiej w wybranych grupach ludności (na 100 000)

Table I. Standardized suicide mortality rates in selected population groups in European Union countries (per 100 000)

Kraj	Rok*	Mężczyźni			Kobiety		
		15-29 lat	30-44 lat	45-59 lat	15-29 lat	30-44 lat	45-59 lat
Austria	2005	16,6	22,7	33,3	3,7	8,5	11,3
Belgia	1997	24,4	40,4	40,4	7,2	13,0	20,6
Bułgaria	2004	9,1	16,9	26,6	2,4	4,0	8,0
Cypr	2004	0,0	1,3	2,9	0,0	1,2	0,0
Czechy	2005	15,5	31,4	39,6	2,5	4,6	9,4
Dania	2001	12,8	21,9	27,8	2,4	6,8	11,2
Estonia	2005	30,2	37,9	63,0	4,0	3,6	10,9
Finlandia	2005	23,1	33,5	43,0	10,0	11,4	16,4
Francja	2003	15,3	35,8	38,3	4,4	10,1	15,1
Grecja	2004	3,4	5,7	6,5	0,6	1,9	1,1
Hiszpania	2004	7,9	12,8	14,5	2,1	3,6	5,0
Holandia	2004	8,7	16,7	20,0	2,8	6,8	10,9
Irlandia	2005	19,9	23,3	22,8	3,6	4,3	3,3
Litwa	2005	50,2	85,5	117,1	5,2	11,3	20,7
Luksemburg	2005	17,1	17,5	20,9	2,3	5,2	8,8
Łotwa	2005	31,8	49,3	65,8	2,7	5,7	13,6
Malta	2005	0,0	11,7	9,6	0,0	0,0	4,6
Niemcy	2004	12,3	19,1	25,6	3,2	4,8	7,8
Polska	2004	22,2	34,4	47,0	2,7	4,9	7,5
Portugalia	2004	7,8	16,2	18,4	1,4	5,1	5,5
Rumunia	2004	10,7	27,2	37,9	1,9	3,8	5,5
Słowacja	2005	13,3	26,7	42,3	1,7	3,5	6,2
Słowenia	2005	27,5	39,4	48,3	2,9	9,5	14,1
Szwecja	2002	14,5	21,2	27,6	5,0	7,3	10,2
Węgry	2005	16,2	47,2	72,8	3,3	9,6	16,8
Wielka Brytania	2004	10,1	17,2	15,0	2,7	4,4	5,0
Włochy	2001	7,4	10,6	12,2	1,7	2,9	4,2
UE-27	2005	13,1	22,5	28,2	2,9	5,5	8,4
UE-15	2004	11,6	19,7	22,7	3,1	5,6	8,2
UE-12	2005	18,3	34,2	47,6	2,6	5,2	8,9

*Źródło: WHO Health for All Mortality Database (HFA-MDB), ostatni dostępny rok

do 44 roku życia wysuwają się na czoło w ogólnej statystyce zgonów. Biorąc pod uwagę, ogólne zagrożenie osób młodych zaburzeniami w zakresie zdrowia psychicznego (14) oraz fakt, że wcześniejsze próby samobójcze zwiększają ryzyko ich powtórzenia (15), wczesne objęcie poradnictwem psychologicznym lub psychiatrycznym osób ze stanami depresyjnymi i skłonnościami samobójczymi można uznać za priorytetowy obszar działań, podkreślony w europejskiej strategii dotyczącej zdrowia młodzieży (16).

Główną przesłanką pracy było zwrócenie uwagi na tendencję wzrostową samobójstw w Polsce, która obecnie dotyka głównie młodych mężczyzn i jest niezgodna ze spadkową tendencją obserwowaną w połączonych grupach „nowych” i „starych” krajów członkowskich UE. Trendy samobójstw analizowane były wielokrotnie w opracowaniach dotyczących różnych krajów i grup krajów, nawet z perspektywy okresów kilkudziesięcioletnich (4,17). W różnych opracowaniach Polska była dotąd klasyfikowana jako kraj o umiarkowanej częstości samobójstw, ale o silnych uwarunkowaniach zależnych od płci (3,18). Obserwowane ostatnio współczynniki są kilkakrotnie większe od notowanych w Grecji, ale też dwukrotnie mniejsze niż na Litwie. Niepokojącym faktem może być przekroczenie przez Polskę średniego poziomu UE-12, choć w grupie nowych członków UE znalazła się Litwa, Estonia i Węgry, gdzie tendencja spadkowa mogła być szczególnie oczekiwana.

Z perspektywy działań z zakresu zdrowia publicznego sprzyjających ograniczeniu ogólnej umieralności, trudno jest określić skuteczne strategie zapobiegania samobójstwom. Zwraca się uwagę na celowość ograniczenia dostępu do środków wykorzystywanych w próbach samobójczych (broń, gaz trujący, leki), objęcie dodatkową opieką pacjentów psychiatrycznych i osób po wcześniejszych próbach samobójczych, a ostatnio też edukację społeczeństwa przez media (19, 20). W odniesieniu do ludzi młodych wykazano skuteczność szkolnych programów interwencyjnych ukierunkowanych na zwiększenie zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, wyrobienie umiejętności aktywnego szukania pomocy oraz zwiększania ogólnej świadomości młodzieży, co do obecności takiego problemu wśród rówieśników (15). Statystyki umieralności nie mogą być jedyną miarą skuteczności podejmowanych działań. Ważna jest ocena zmian natężenia czynników ryzyka oraz rozpowszechnienia prób lub myśli samobójczych w populacji oraz ocena zmian zachowań związanych z szukaniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej w sytuacjach kryzysowych.

Zachowania samobójcze zależą od wielu czynników i interakcji między nimi, wymienia się wśród nich czynniki demograficzne (omówione szeroko w pracy), psychologiczne, biologiczne, genetyczne, społeczne i środowiskowe (21). Według klasycznej koncepcji *E. Durkheima* natężenie samobójstw zależy od jakości więzi społecznych, w tym rodzinnych oraz integracji społecznej (22). Oprócz poznania indywidualnych uwarunkowań i motywów kierujących jednostką, ważna jest świadomość istnienia szerszych uwarunkowań społecznych. Obserwowany obecnie wzrost częstości samobójstw może wskazywać na nasilenie dezintegracji społecznej, która dotyka szczególnie młodych mężczyzn oraz, niezależnie od płci, osoby w średnim wieku. Dane polskie wskazują na typowy dla krajów mniej rozwiniętych model, gdzie szczyt samobójstw przypada na wiek produkcyjny, a nie na późną starość. Natomiast wzrost ryzyka samobójstw u mężczyzn notuje się zwykle w okresach gwałtownych zmian społeczno-ekonomicznych, wzrostu bezrobocia i osłabienia pozycji mężczyzn w społeczeństwie (17). Niekorzystne procesy mogą w mniejszym stopniu obciążać kobiety, którym łatwiej jest wypełniać ich tradycyjne role społeczne, dla których do pewnego wieku obowiązki macierzyńskie stanowią silny czynnik ochronny, które wreszcie, choć słabsze

emocjonalnie, potrafią korzystać w większym stopniu ze wsparcia społecznego oraz mają mniejszą skłonność do zachowań agresywnych i nadużywania alkoholu (23).

WNIOSKI

1. Samobójstwa stanowią w Polsce jedną z głównych przyczyn zgonów młodzieży i młodych dorosłych. Współczynniki zgonów samobójczych są natomiast największe u osób w średnim wieku.
2. Częstość samobójstw wykazuje znaczne zróżnicowanie regionalne w krajach Unii Europejskiej. W Polsce, niezależnie od wieku, kształtuje się ona na stosunkowo wysokim poziomie u mężczyzn i przeciętnym u kobiet.
3. W ostatnich latach, w większości krajów UE częstość samobójstw zmniejszyła się, natomiast w Polsce zanotowano tendencję wzrostową, szczególnie u mężczyzn w wieku 15-29 lat.
4. Działania prewencyjne powinny opierać się na strategiach o udowodnionej skuteczności oraz uwzględniać zespół indywidualnych i środowiskowych uwarunkowań. Objęcie wczesną interwencją młodzieży z grup ryzyka oraz zwiększenie wrażliwości społecznej na zagrożenie samobójstwami może zaowocować redukcją skali zjawiska w przyszłości.

J Mazur

SUICIDE MORTALITY IN POLAND AS COMPARED TO EU COUNTRIES – RECENT TRENDS AND DEMOGRAPHIC DETERMINANTS

SUMMARY

The main purpose of this study was to examine recent trends in suicide mortality and to compare Poland with EU statistics. Data were obtained from Health for All Mortality Database, January 2007. Suicide is one of the leading cause of death in adolescents and young adults, however suicide rates are much higher in older adults. The relationship between suicide rates and age is different in Poland and EU countries. In Poland suicide rates peaked in middle ages while global EU pattern showed maximum in old elderly people. Polish suicide mortality profile demonstrates more than ever unequal gender distribution, which is more evident in adolescents and young adults. In last years in most European countries decline in suicide rates was observed. In Poland increasing trend concerns male population, especially young males aged 15-29, in contrast with relatively favorable decreasing patterns in other EU countries. Comparing to unintentional injuries, too little is known about evidence-based preventive practices.

PIŚMIENNICTWO

1. Barss P, Smith G, Baker S, i in. Injury Prevention: An International Perspective. New York: Oxford University Press; 1998.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.

3. Stone DH, Jeffrey S, Dessypris N, i in. Intentional injury mortality in the European Union: how many more lives could be saved? *Injury Prevention* 2006;12:327-332.
4. Rutz EM, Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13:321-331.
5. Chishti P, Stone DH, Corcoran P, i in. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health*. 2003;13(2):108-14.
6. Bertlote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi* 2002;7:6-8.
7. Roczник Demograficzny 2006. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2006.
8. Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Warszawa: Państwowy Zakład Higieny; 2003.
9. Rządowa Rada Ludnościowa. Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce. Warszawa: 2006.
10. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
11. <http://data.euro.who.int/hfamdb>
12. <http://www.policja.pl/portal/pol/4/326>
13. Polewka A, Groszek B, Targosz D, i in. Częstość prób samobójczych w zależności od płci i struktury wiekowej. *Prz. Lek.* 2004;61(4):265-268.
14. Oblacińska A, Woynarowska B. Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2006.
15. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001;31(suppl.):6-31.
16. World Health Organization. European strategy for child and adolescent health. Copenhagen: WHO; 2005.
17. Gunnell D, Middleton N, Whitley E, i in. Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? – a time-series analysis of trends in England and Wales 1950-1998. *Soc Sci Med* 2003;57:595-611.
18. Mäkinen IH. Eastern European transition and suicide mortality. *Soc Sci Med* 2000;51:1405-1420.
19. Mann JJ, Apter A, Bertlote J, i in. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-74.
20. Polewka A, Chrostek Maj J, Kamenczak A, i in. Samobójstwa dokonane na tle historii występujących uprzednio prób samobójczych. *Prz. Lek.* 2005;62(6):419-421.
21. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, i in. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
22. Durkheim E. Samobójstwo. Warszawa: Oficyna Wydawnicza; 2006.
23. Kung HC, Pearson JL, Liu X. Risk factors for male and female suicide decedents ages 15-64 in the United States. Results from the 1993 National Mortality Followback Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(8):419-26.

Otrzymano: 7.05.2007 r.

Adres autorki:

Joanna Mazur
Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka
01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17 a
Tel. 022 32 77 370
joanna.mazur@imid.med.pl