

Regionalne zróżnicowanie umieralności młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999-2006

Regional differences in adolescent suicidal death rates in Poland between 1999-2006

ANETA GRAJDA^{1/}, ZBIGNIEW KUŁAGA^{1/}, PIOTR WÓJCIK^{2/}, ANNA JAKUBOWSKA-WINECKA^{3/}, BEATA GURZKOWSKA^{1/}, EWELINA NAPIERALSKA^{1/}

^{1/} Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

^{2/} Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warszawski

^{3/} Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Wprowadzenie. Analiza regionalnego zróżnicowania zgonów samobójczych młodzieży może mieć istotne znaczenie w opracowywaniu strategii prewencji zachowań autodestrukcyjnych.

Cel pracy. Ukazanie i ocena zróżnicowania regionalnego umieralności z powodu samobójstw oraz przyczyn mogących naśladować samobójstwo młodzieży polskiej w wieku 15-19 lat.

Materiał i metoda. Indywidualne, anonimowe rekordy zgonów młodzieży w wieku 15-19 lat za lata 1999-2006 uzyskano z Głównego Urzędu Statystycznego. Zgony pogrupowano wg przyczyn, wieku i województwa zamieszkania. Wyznaczono uśrednione współczynniki umieralności z powodu samobójstw i przyczyn podobnych (zdarzenia o zamiarze nieokreślonym, zatrucia) wg województw. Wyznaczono iloraz szans (IS) zgonu młodzieży w poszczególnych województwach w porównaniu do reszty kraju.

Wyniki. „Ziemie Odzyskane” były regionem o najwyższym współczynniku umieralności młodzieży z powodu zarówno samobójstw jak i przyczyn podobnych do samobójstwa.

Wnioski. Istnieje potrzeba stworzenia narodowego programu zapobiegania samobójstwom ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży oraz intensyfikacji działań w regionach zagrożonych.

Słowa kluczowe: samobójstwa, młodzież

Introduction. Regional disparities in adolescent suicidal deaths may play an essential role in the elaboration of suicidal behavior prevention strategy.

Aim. To estimate regional differences in the 15-19-year-old adolescent suicide rates in Poland.

Materials and method. Individual, anonymous death records of the 15-19-year-old adolescents between 1999-2006 were obtained from the Central Statistical Office and grouped according to the cause, age and voivodeship of residence. Average mortality rates were calculated for suicide and similar causes (undetermined death and poisoning). The Odds Ratio of adolescent death was calculated for individual voivodeships in comparison with the rest of the country.

Results. Northern and Western Poland were the regions of highest mortality rates due to suicide and similar causes among adolescents.

Conclusions. The national program of suicidal behavior prevention particularly among adolescents and intensive preventive activities in suicide-prone regions are necessary.

Key words: suicides, adolescents

© Probl Hig Epidemiol 2009, 90(4): 631-636

www.phie.pl

Nadesłano: 14.10.2009

Zakwalifikowano do druku: 20.12.2009

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Aneta Grajda
Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
tel.: (0-22) 815-11-45; e-mail: zdrowie.publiczne@czd.pl

Wykaz skrótów:

GUS – Główny Urząd Statystyczny

ICD-10 – rewizja 10 Międzynarodowej Statystyki Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

IS – iloraz szans (ang. *Odds Ratio*)

PGR – Państwowe Gospodarstwa Rolne

PKB – Produkt Krajowy Brutto

PU – przedział ufności

Wprowadzenie

Samobójstwa stanowią najczulszy wskaźnik integracji i kondycji społecznej. Monitorowanie częstości zgonów samobójczych z uwzględnieniem podziału terytorialnego staje się okazją do wyznaczania regionów w sposób szczególnie zagrożonych zgonem z powodu samobójstwa. Polska nie posiada narodowej koncepcji prewencji zachowań samobójczych wśród młodzieży. Jakkolwiek 4 cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 brzmiący „Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania promocyjno-prewencyjne” wśród efektów realizacji wyróżnia zmniejsz-

szenie zaburzeń psychicznych, w tym samobójstw, oraz promowanie zdrowia psychicznego poprzez dostarczenie wiedzy i umiejętności potrzebnych do prawidłowego psychospołecznego rozwoju dzieci i młodzieży [1], to definiowane na poziomie krajowym zamierzenia nie znajdują pełnej realizacji na poziomie regionalnym. Podejmowane są co prawda różne inicjatywy o zasięgu lokalnym, jak na przykład program edukacyjno-prewencyjny z terenu łódzkiego [2] czy projekt z obszaru warszawskiego [3], niemniej jednak tego typu przedsięwzięcia w dalszym ciągu nie stanowią normy. Doświadczenia wielu krajów europejskich, m.in. Niemiec (*The German National Suicide Prevention Programme*), Szkocji (*Choose Life – the National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide*) czy Estonii (*The Action Plan for Preventing Suicidal Behaviour*) stają się zachętą do podjęcia działań mających na celu stworzenie narodowego programu prewencji zachowań samobójczych [4].

Cel pracy

Ukazanie i ocena zróżnicowania umieralności z powodu samobójstw młodzieży w wieku 15-19 lat w różnych regionach Polski.

Materiał i metoda

Indywidualne, anonimowe rekordy zgonów młodzieży w wieku 15-19 lat za lata 1999-2006 uzyskano z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Rekord zawierał następujące dane: rok i miesiąc urodzenia i zgonu, wiek w momencie zgonu (lata ukończone), płeć, wyjściowa (pierwotna) przyczyna zgonu wg ICD-10, miejsce zgonu (szpital, inny zakład opieki zdrowotnej, dom, inne), województwo zamieszkania, klasyfikacja miejsca zamieszkania (miejska/wiejska). Dane o wielkości populacji wg wieku, płci oraz województw i miejsca zamieszkania pozyskano z Bazy Danych Demografia – GUS (<http://www.stat.gov.pl/demografia/index.html>). Liczebność populacji na dzień 30 czerwca danego roku obliczono jako średnią z liczebności na dzień 31 grudnia roku poprzedniego i 31 grudnia roku danego. Liczebność populacji dot. roku 1999 uzyskano z „Rocznika Demograficznego 2000”. W zbiorze rekordów zgonu za lata 1999-2002 w zakresie wieku 15-19 lat brakowało przyczyny zgonu w 23 rekordach – co było związane z kontynuacją strajku lekarzy z lat 1997-1998, polegającego na nie podawaniu przyczyny zgonu na karcie zgonu. Dane te pominięto w dalszej analizie zakładając, że wpływ ich braku na wnioskowanie był niewielki. Analizie poddano zgony zakodowane jako: samobójstwa (kody ICD-10: X60-X84, Y87.0), zdarzenia o nieokreślonym zamiarze (kody ICD-10: Y10-Y34, Y87.2, Y89.9) oraz zatrucia (kody ICD-10: X40-X49). Ze względu na nasuwające się podejrzenie udanych samobójstw w grupie zgonów z powodu zdarzeń o nieokreślonym zamiarze oraz zatruciu (przyczyny zgonów podobne do samobójstwa

i mogące maskować samobójstwa), zgrupowano je ze zgonami z powodu samobójstw definiując jako przyczyny zgrupowane na potrzeby tego artykułu, dokonując równoległej (samobójstwa oddzielnie i przyczyny zgrupowane) analizy regionalnego zróżnicowania zgonów. Wyznaczono uśrednione współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców wg województw dla kategorii wieku 15-19 lat za lata 1999-2006. Dane opracowano z użyciem pakietu statystycznego SAS 9.1 for Windows oraz EpiInfo 3.5.1. Istotność statystyczną różnic częstości zgonów między województwami badano testem χ^2 . Wyznaczono iloraz szans (IS) zgonu młodzieży w poszczególnych województwach w porównaniu do reszty kraju wraz z 95% przedziałami ufności (PU) ilorazu szans. Za graniczny poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$. Wartości p w zakresie 0,05-0,1 uznano za tendencję statystyczną.

Wyniki

W latach 1999-2006 z powodu przyczyn analizowanych przez autorów zmarło 3096 młodocianych w wieku 15-19 lat, z czego 2265 z powodu samobójstwa, 599 z powodu zdarzenia o zamiarze nieokreślonym, 232 z powodu zatrucia, co stanowi 24,7% ogółu zgonów w omawianej grupie wieku (tab. I).

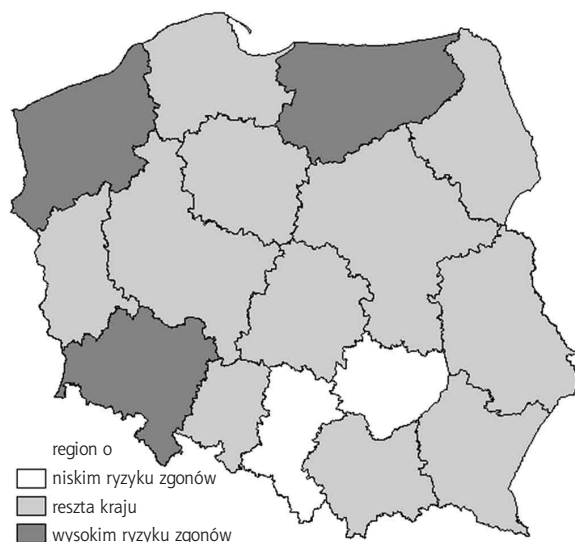
W każdym województwie liczba zgonów chłopców z powodu samobójstw przewyższała liczbę zgonów dziewcząt ($p < 0,001$). Ogółem chłopcy stanowili 82% zmarłych z powodu przyczyn zgrupowanych

Tabela I. Uśrednione współczynniki umieralności młodzieży w wieku 15-19 lat z powodu samobójstw oraz przyczyn potencjalnie związanych z samobójstwem (zdarzenia o nieokreślonym zamiarze, zatrucia) wg województw w latach 1999-2006

Table I. Mean coefficients of 15-19-year-old adolescent mortality rates due to suicide and suicide-related causes (undetermined deaths, poisonings) in individual voivodeships between 1999-2006

Województwo	Samobójstwa		Zdarzenia o nieokreślonym zamiarze		Zatrucia	
	N	wsp.	N	wsp.	N	wsp.
dolnośląskie	241	12,8	11	0,6	32	1,7
kujawsko-pomorskie	131	9,4	21	1,5	12	0,9
lubelskie	122	8,1	42	2,8	6	0,4
lubuskie	71	10,0	30	4,2	8	1,1
łódzkie	147	9,3	46	2,9	6	0,4
małopolskie	170	7,9	7	0,3	16	0,7
mazowieckie	268	8,5	99	3,1	35	1,1
opolskie	78	11,0	7	1,0	9	1,3
podkarpackie	127	8,4	24	1,6	7	0,5
podlaskie	89	10,6	3	0,4	7	0,8
pomorskie	117	8,0	17	1,2	18	1,2
śląskie	216	7,1	129	4,2	33	1,1
świętokrzyskie	47	5,5	56	6,5	1	0,1
warmińsko-mazurskie	128	12,3	57	5,5	7	0,7
wielkopolskie	179	7,8	6	0,3	24	1,0
zachodniopomorskie	134	11,8	44	3,9	11	1,0
Polska	2265	9,0	599	2,4	232	0,9

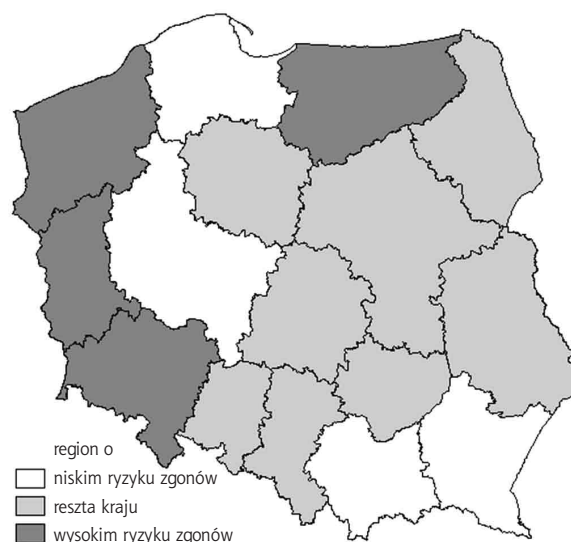
– samobójstwa, zdarzenia o zamiarze nieokreślonym, zatrucia ($p < 0,001$; $IS = 4,38$; 95%PU: 4,00-4,81). Współczynnik umieralności z powodu samobójstw młodzieży wykazywał regionalne zróżnicowanie. Wyróżniono regiony o wysokim i niskim zagrożeniu zgonem z powodu samobójstwa. Umieralność młodzieży była istotnie wyższa ($p < 0,001$) w województwach: dolnośląskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim, natomiast istotnie niższa w świętokrzyskim i śląskim (ryc. 1).



Ryc. 1. Ryzyko zgonu z powodu samobójstw (kody ICD-10: X60-X84, Y87.0) młodzieży w wieku 15-19 lat w latach 1999-2006 – wg województw w porównaniu z resztą kraju

Fig. 1. Risk of suicidal death of 15-19-year-old adolescents (coded as ICD-10: X60-X84, Y87.0) between 1999-2006 in individual voivodeships in comparison with the rest of the country

Podobnie odnotowano regionalne zróżnicowanie zgonów z powodu przyczyn zgrupowanych. Do województw o istotnie wysokim współczynniku umieralności z powodu przyczyn zgrupowanych należą: dolnośląskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie (analogiczne, jak z powodu samobójstw, dodatkowo z województwem lubuskim), natomiast o istotnie niższym współczynniku umieralności: małopolskie, podkarpackie, pomorskie, wielkopolskie (tab. II, ryc. 2).



Ryc. 2. Ryzyko zgonu z powodu przyczyn zgrupowanych (samobójstwa, zdarzenia o zamiarze nieokreślonym, zatrucia) młodzieży w wieku 15-19 lat w latach 1999-2006 – wg województw w porównaniu z resztą kraju

Fig. 2. Risk of death of 15-19-year-old adolescents due to classified causes (suicides, undetermined deaths, poisonings) between 1999-2006 in individual voivodeships in comparison with the rest of the country

Tabela II. Uśrednione współczynniki umieralności z powodu samobójstwa i przyczyn zgrupowanych (samobójstwa, zdarzenia o nieokreślonym zamiarze, zatrucia) młodzieży w wieku 15-19 lat - wg województw, w latach 1999-2006

Table II. Mean coefficients of 15-19-year-old adolescent mortality rates due to suicide and classified causes (suicides, undetermined deaths, poisonings) in individual voivodeships between 1999-2006

Województwo	Samobójstwa			Samobójstwa i przyczyny o zamiarze nieokreślonym			Przyczyn zgrupowane		
	wsp.	IS (PU)	p	wsp.	IS (PU)	p	wsp.	IS (PU)	p
dolnośląskie	12,8	1,48 (1,29-1,70)	<0,001	13,4	1,20 (1,05-1,37)	0,005	15,1	1,26 (1,11-1,42)	<0,001
kujawsko-pomorskie	9,4	1,05 (0,87-1,25)	0,617	10,9	0,96 (0,81-1,13)	0,5	11,7	0,95 (0,81-1,12)	0,549
lubelskie	8,1	1,05 (0,87-1,26)	0,634	10,9	0,95 (0,81-1,12)	0,563	11,2	0,91 (0,78-1,07)	0,249
lubuskie	10,0	1,12 (0,88-1,43)	0,33	14,3	1,27 (1,04-1,56)	0,018	15,4	1,27 (1,04-1,54)	0,015
łódzkie	9,3	1,04 (0,88-1,24)	0,623	12,2	1,09 (0,94-1,26)	0,269	12,6	1,03 (0,89-1,19)	0,666
małopolskie	7,9	0,87 (0,74-1,02)	0,084	8,2	0,71 (0,61-0,83)	<0,001	9,0	0,71 (0,62-0,83)	<0,001
mazowieckie	8,5	0,94 (0,83-1,07)	0,371	11,7	1,03 (0,92-1,15)	0,558	12,8	1,05 (0,94-1,17)	0,37
opolskie	11,0	1,23 (0,97-1,55)	0,072	11,9	1,05 (0,84-1,32)	0,63	13,2	1,08 (0,87-1,33)	0,465
podkarpackie	8,4	0,94 (0,78-1,13)	0,479	10,0	0,88 (0,74-1,04)	0,12	10,5	0,85 (0,72-1,00)	0,044
podlaskie	10,6	1,19 (0,96-1,48)	0,106	11,0	0,97 (0,78-1,19)	0,745	11,8	0,96 (0,78-1,18)	0,702
pomorskie	8,0	0,88 (0,73-1,06)	0,18	9,1	0,79 (0,66-0,95)	0,009	10,3	0,83 (0,71-0,99)	0,03
śląskie	7,1	0,77 (0,67-0,89)	<0,001	11,3	1,00 (0,89-1,12)	0,998	12,4	1,02 (0,91-1,13)	0,783
świętokrzyskie	5,5	0,60 (0,46-0,81)	<0,001	11,9	1,06 (0,86-1,29)	0,589	12,1	0,98 (0,80-1,20)	0,868
warmińsko-mazurskie	12,3	1,40 (1,16-1,68)	<0,001	17,8	1,61 (1,38-1,87)	<0,001	18,5	1,54 (1,33-1,79)	<0,001
wielkopolskie	7,8	0,86 (0,74-1,01)	0,057	8,1	0,69 (0,60-0,81)	<0,001	9,1	0,72 (0,63-0,83)	<0,001
zachodniopomorskie	11,8	1,34 (1,12-1,60)	<0,001	15,7	1,41 (1,21-1,65)	<0,001	16,7	1,39 (1,19-1,61)	<0,001

wsp. – współczynnik; IS – iloraz szans zgonu województwo vs reszta kraju; PU – przedział ufności ilorazu szans; p – istotność statystyczna

Omówienie

Samobójstwa stanowią drugą po wypadkach komunikacyjnych wiodącą przyczynę zgonów w grupie młodzieży w wieku 15-19 lat, zarówno w Europie jak i w Polsce, natomiast trzecią w Stanach Zjednoczonych oraz na świecie, stając się tym samym ważnym problemem zdrowia publicznego [5,6]. W populacji europejskiej dzieci i młodzieży wyższy współczynnik umieralności z powodu samobójstw występuje wśród chłopców, natomiast w podziale na grupy wiekowe wyższy współczynnik zgonów odnotowano wśród 15-19-latków w porównaniu z populacją młodszą (10-14 lat) [7,8,9]. W Polsce obserwuje się narastanie zgonów z powodu samobójstw wśród młodzieży i młodych dorosłych [10,11]. Według Jarosz współczynnik samobójstw w całej populacji wzrósł w latach 1951-2000 o 280%. W latach 50-tych XX w. przewaga współczynnika samobójstw dotyczyła ludności miejskiej. Tendencja zmiany na niekorzyść mieszkańców wsi nastąpiła pod koniec lat 70-tych XX w. i trwa do obecnego czasu [12]. Analiza zgonów młodzieży w wieku 15-19 lat w okresie 1999-2006 wykazuje regionalne zróżnicowanie umieralności z powodu samobójstw i przyczyn podobnych do samobójstwa, mogących zawierać samobójstwa (przyczyny zgrupowane). Na regionalne zróżnicowanie samobójstw populacji w Polsce zwraca również uwagę Jarosz wyodrębniając analogiczne województwa – dolnośląskie, zachodniopomorskie – szczególnie narażone na zgony samobójcze oraz województwo o najniższym wskaźniku autodestrukcji – świętokrzyskie [12]. Można zatem przyjąć, iż populacja młodzieży narażona jest na ryzyko samobójstw w tożsamy sposób w regionach kraju, co populacja dorosłych. Analiza zgonów młodzieży w latach 1999-2006 z powodu samobójstw oraz przyczyn zgrupowanych – zdarzenia o zamiarze nieokreślonym, zatrucia wskazuje, iż województwa: małopolskie, wielkopolskie, podkarpackie, pomorskie należą do terenów najmniej narażonych na zachowania autodestrukcyjne wśród młodzieży. Wymaga pogłębionych badań fakt, iż województwo świętokrzyskie jest najmniej narażone na zachowania samobójcze w porównaniu z resztą kraju. Analizując zgony z powodu samobójstw wykazano najniższą wartość współczynnika umieralności z tego powodu w województwie świętokrzyskim, jednak zwraca uwagę większa liczba zgonów zakodowanych jako „zdarzenie o nieokreślonym zamiarze” w porównaniu do liczby zgonów zakodowanych jako „samobójstwo” oraz największy w kraju współczynnik zgonów z powodu „zdarzenia o nieokreślonym zamiarze” (tab. I). Nasuwa się przypuszczenie, iż przyczyn istotnie największego współczynnika umieralności z powodu zdarzeń o zamiarze nieokreślonym w porównaniu z resztą kraju można doszukiwać się w sposobie wypełniania kart zgonów oraz kodowania samobójstw i zdarzeń o zamiarze nieokreślonym. Powyższe ilustruje zasadność uwzględ-

nienia w analizie zgonów z powodu samobójstw również kategorii przyczyn w których mogą zawierać się samobójstwa (zdarzenia o zamiarze nieokreślonym, zatrucia). Badania autorów fińskich dotyczące samobójstw ukrytych wśród zdarzeń o nieokreślonym zamiarze ujawniły, iż wśród zgonów na skutek przyczyn określonych wstępnie jako „samobójstwo” a zakodowanych jako „zdarzenie o nieokreślonym zamiarze” występowały intencje samobójcze (87%), próby samobójcze (31%) i groźby samobójcze (34%). Wykazano, iż zgony kodowane jako „zdarzenia o zamiarze nieokreślonym” mogą ukrywać blisko 10% samobójstw [13]. Województwa o najwyższym wskaźniku umieralności z powodu zarówno przyczyn zgrupowanych, jak i z powodu samobójstw, stanowią pas terenów północno-zachodnich – „Ziem Odzyskanych”, włączonych w granice państwa polskiego na mocy decyzji mocarstw podczas konferencji w Jałcie i Poczdamie w 1945 r. Zatem Ziemie Północne i Ziemie Zachodnie stanowią tereny zamieszkiwane niespełna 65 lat temu przez Niemców, gdzie przesiedlono osoby z terenów środkowej i wschodniej Polski (Polski z granic sprzed 1945 r.), stąd zarysowuje się wyraźna przewaga ludności napływowej głównie z Kresów Wschodnich [14,15]. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, iż Litwa należy – obok Rosji, Łotwy i Estonii – do krajów o jednym z najwyższych współczynników zgonów samobójczych, zarówno w populacji ludzi dorosłych jak i młodzieży [5,11]. Stąd pojawia się pytanie: czy przesiedlenie mieszkańców z ziem gdzie występuje do dziś znacząco wyższy wskaźnik zgonów samobójczych miało wpływ na istotnie wyższe współczynniki umieralności z powodu samobójstw na Ziemach Odzyskanych w porównaniu z resztą kraju? Sakson dostrzega różnice mieszkańców Ziem Zachodnich i Północnych w stosunku do reszty kraju, wynikające z charakteru społeczności postmigracyjnych, w których nie ukształtowała się w pełni świadomość regionalna. Kształtująca się społeczność „Ziem Odzyskanych” nie stanowi kontynuacji struktur poszczególnych grup napływowych, a raczej konglomerat różnych regionalnych kultur [16]. Ponadto „Ziemie Odzyskane” stanowią teren, gdzie w latach 1949-1991 istniało największe w kraju skupisko państwowych gospodarstw rolnych (PGR). Zanik tradycji indywidualnego rolnictwa w wyniku długotrwałej (prawie 45-letniej), przymusowej kolektywizacji, po likwidacji PGR – jedyne źródła utrzymania dla szerokich grup ludności, skutkowało wysokim bezrobociem, brakiem perspektyw i wykluczeniem społecznym [17]. Funkcjonowanie w społeczności, która poza pracą zapewniała pracownikom mieszkania zakładowe, świadczenia socjalne oraz kulturalne, kształtowało postawę bezradności, braku zaangażowania w zmianę otoczenia oraz braku przedsiębiorczości [18]. Najwyższe wskaźniki samobójstw występują w regionach, w których można wyodrębnić nasilone problemy socjalno-bytowe, przede

wszystkim związane z bezrobociem i brakiem regionalnych perspektyw rozwoju. Powyższe egzemplifikuje pogląd E. Durkheima, który łączył wzrost liczby samobójstw ze stanem anomii. W odniesieniu do działań społecznych anomia oznacza brak możliwości zrealizowania społecznie narzucanych celów bądź osiągnięcia społecznie uznawanych wartości za pomocą społecznie akceptowalnych środków. Anomia może dotyczyć społeczności, grup społecznych lub pewnych kategorii społecznych, przyczyniając się do pojawienia się zachowań samobójczych i dewiacyjnych [19]. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, iż województwa dolnośląskie, lubuskie, zachodniopomorskie charakteryzuje wyższy w porównaniu z całym krajem współczynnik rodzin posiadających jedno dziecko natomiast niższy rodzin o większej liczbie dzieci. Z kolei województwa podkarpackie, małopolskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie (region najmniej zagrożony zgonem z przyczyn zgrupowanych, wyłączając województwo warmińsko-mazurskie) stanowią obszar o najniższym współczynniku rodzin z jedynakami, a najwyższym – rodzin wielodzietnych [20]. W związku z tym pojawia się pytanie: czy posiadanie rodzeństwa może chronić przed zachowaniami suicydogennymi? Wyniki badań wskazują, że wsparcie emocjonalne i społeczne to ważne czynniki ochronne [21]. Bliskie więzi wzmacniają zasoby psychiczne jednostki, a w sytuacjach kryzysowych są podstawą szybkiej

i często skutecznej interwencji [22]. Zachowania destrukcyjne i autodestrukcyjne mają silne uwarunkowania indywidualne. Kontekst społeczny może być podatnym gruntem, na którym mogą rozwijać się takie czynniki psychologiczne jak depresja, zaburzenia zachowania i emocji, poczucie beznadziejności, impulsywność, brak wsparcia społecznego i emocjonalnego, nieumiejętność rozwiązywania własnych problemów. U młodzieży zachowaniom samobójczym mogą sprzyjać zbyt wysokie standardy osiągnięć, nadmierny perfekcjonizm, dążenie do doskonałości jeśli towarzyszy im niemożliwość zrealizowania zbyt wielu, zbyt trudnych zadań, które stawia przed sobą nastolatek lub jego otoczenie [23]. Obok poznania indywidualnych czynników ryzyka śmierci samobójczej (depresja, nadużywanie substancji psychoaktywnych) czy czynników związanych z funkcjonowaniem rodziny (historia depresji i zachowań samobójczych w rodzinie, przemoc domowa, wykorzystywanie seksualne) [24], ważna jest świadomość szerszych uwarunkowań społecznych zaistniałego zagrożenia. Umieszczenie potencjalnego samobójcy w konkretnej grupie dającej się scharakteryzować może być istotnym krokiem w podejmowaniu działań prewencyjno-profilaktycznych. Społeczne determinanty śmierci samobójczej młodzieży stają się znaczącym zagadnieniem w kontekście zadań zdrowia publicznego, psychologii czy socjologii.

Piśmiennictwo / References

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf (19.10.2009).
2. Rosa K, Gmitrowicz A. Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży. Cz. I. Charakterystyka populacji regionu łódzkiego. *Suicydologia* 2007, 3(1): 18-22.
3. Łuba M, Młodożeniec A, Brodniak WA. Warszawski Program Edukacyjno-Profilaktyczny w zakresie zachowań autoagresywnych wśród młodzieży. *Suicydologia* 2008, 4(1): 9-19.
4. Guidelines for Country-based Programmes of Suicide Prevention. Mental Health Europe, Brussels, 2004. With the support of the Belgian Federal Public Service for Health, Food Chain Safety and Environment, International Relations Department. <http://www.zelfmoordpreventievlaanderen.be/upload/Guidelines%20country-based%20program%20suic%20prev%2004.pdf> (28.09.2009).
5. Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamanios E. Suicide in Adolescents: A worldwide Preventable Tragedy. *Keio J Med* 2009, 58(2): 95-102.
6. Thompson M, Kuruwita Ch, Foster EM. Transitions in suicide risk in a nationally representative sample of adolescents. *J Adolesc Health* 2009, 44: 458-463.
7. Windfuhr K, While D, Hunt I i wsp. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49(11): 1155-1165.
8. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003, 5(4): 243-265.
9. Rutz EM, Wasserman D. Trends in adolescent suicide morality in the WHO European Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004, 13: 321-331.
10. Krawczyński M, Materna-Kiryluk A. Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1-17 lat w latach 1976-1988 na terenie województwa poznańskiego. *Pediatr Pol* 1992, LXVII(5-6): 264-271.
11. Mazur J. Zgony z powodu samobójstw w Polsce na tle Unii Europejskiej – aktualne tendencje i uwarunkowania demograficzne. *Prz Epidemiol* 2007, 61: 777-784.
12. Jarosz M. Samobójstwa w III Rzeczypospolitej w perspektywie światowej. Analiza socjologiczna. *Suicydologia* 2005, 1(1): 1-13.
13. Ohberg A, Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 98: 214-218.
14. Sienkiewicz W, Hryciuk G. Wysiedlenia, wypędzenia i ucieczki 1939-1959. Atlas ziem Polski. Polacy, Żydzi, Niemcy, Ukraińcy. Demart, Warszawa 2008.
15. Miętek A. Ziemie Zachodnie i Północne jako teren specyficznych badań na procesami autochtonizacji. *Dialogi Polityczne* 2004, 3-4: 159-165.
16. Sakson A. Społeczności postmigracyjne. *Siedlisko* 2007, 1: 1-3.

17. Urbanik A. Tereny popegeerowskie – uwarunkowania, wyzwania, możliwości rozwoju. Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa listopad 2008: 4-18.
18. Zapotoczna M, Masłowska A. Popegeerowskie gospodarstwa domowe w obliczu transformacji społeczno-gospodarczej. [w:] Wiejskie gospodarstwa domowe w obliczu problemów transformacji, integracji i globalizacji. Adamowicz M (red). SGGW, Warszawa 2004: 709-719.
19. Durkheim E. Samobójstwo. Studium z socjologii. Oficyna Naukowa, Warszawa 2006.
20. Gospodarstwa domowe i rodziny. GUS, Warszawa 2003. http://www.stat.gov.pl/gus/5840_757_PLK_HTML.htm (19.10.2009).
21. O'Connor R, Sheehy N. Zrozumieć samobójcę. GWP, Gdańsk 2002.
22. James RK, Gilliland BE. Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię. PARPA, Warszawa 2005.
23. Carr A. Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania. GWP, Gdańsk 2004.
24. Polewka A, Kroch S, Chrostek Maj J. Zachowania i próby samobójcze młodzieży i młodych dorosłych – epidemiologia, czynniki ryzyka, prewencja i leczenie. Prz Lek 2004, 61(4): 261-264.