

Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999-2006

Epidemiology of children and adolescent suicides in Poland in 1999-2006

EWELINA NAPIERALSKA, ZBIGNIEW KUŁAGA, BEATA GURZKOWSKA, ANETA GRAJDA

Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

Wprowadzenie. W Stanach Zjednoczonych i Europie coraz więcej młodych ludzi popełnia samobójstwo. Również w Polsce współczynnik zgonów z powodu samobójstwa w przedziale wiekowym 10-19 lat jest wysoki.

Cel. Analiza samobójstw w grupie dzieci i młodzieży 10-19 lat.

Materiał i metody. Anonimowe rekordy zgonów dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat w latach 1999-2006 uzyskano z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Zgony grupowano wg przyczyny – samobójstwo, wieku i płci oraz analizowano zmianę w czasie współczynników umieralności.

Wyniki. W latach 1999-2006 śmiercią samobójczą zmarło 2556 dzieci i młodzieży. W rozpatrywanym okresie znaczącą większość młodych samobójców stanowili chłopcy: 2181 przypadków, co w grupie wiekowej 10-14 stanowiło 79,38% całości grupy, natomiast w przedziale wiekowym 15-19 lat 86,09%. Najwyższą liczbę samobójstw odnotowano w maju, a najniższą w miesiącach lipiec-sierpień Głównym sposobem popełniania samobójstwa było powieszenie. Współczynniki umieralności wśród chłopców i dziewcząt w wieku 10-14 uległy zwiększeniu w okresie 1999-2006 z wartości, odpowiednio 2/100 000 do 2,5/100 000 i 0,3/100 000 do 1,1/100 000 (odnotowano tendencję statyczną w przypadku dziewcząt). W przypadku młodzieży w wieku 15-19 lat współczynniki samobójstw dokonanych oscylowały w granicach: 14,0-17,9/100 000 (chłopcy) i 2,3-2,8/100 000 dziewczęta; w tej grupie wieku nie wykazano istotności statystycznej zmiany współczynnika do roku 1999 do 2006.

Wnioski. Przedstawione wyniki mogą być przyczynkiem do wyznaczenia kierunków prewencji. Najbardziej zagrożoną grupą są chłopcy w przedziale wiekowym 15-19 i do nich przede wszystkim powinny być adresowane programy profilaktyki.

Słowa kluczowe: samobójstwa, dzieci, młodzież

Introduction. In the USA and Europe suicides of young people have been constantly increasing, also in Poland suicidal death rates for youth aged 10-19 years remain high.

Aim. To investigate general characteristics of suicides among children and adolescents aged 10-19 years.

Materials and methods. Anonymous deaths records of children and adolescents aged 10-19 years for the years of 1999-2006 were obtained from the Central Statistical Office (GUS). Deaths were grouped according to cause, age and gender and the change over time in mortality rates was analyzed.

Results. Between 1999 and 2006 in Poland 2256 children and adolescents died a suicidal death. Males outnumbered females in youth suicide: 2181 cases; in the age group of 10-14 years there were 79.38% of male suicides and in the age group of 15-19 years – 86.09%. The highest suicide number among youth was noted in May, the lowest in July-August. Death by hanging and suffocation was the most common suicide method. Between 1999 and 2006 suicidal death rates in the age group of 10-14 years increased from 2/100 000 to 2.5/100 000 and from 0.3/100 000 to 1.1/100 000 of boys and girls respectively, with statistical tendency for change in case of girls. Suicidal death rates in case of 15-19-year-old adolescents oscillated between 14.0 and 17.9/100 000 (boys), and 2.3 and 2.8/100 000 (girls) without statistical significance of change over time.

Conclusions. Treatment would likely be effective by providing appropriate coping skills and preventing future suicidal attempts in high-risk youngsters i.e. 15–19 year-old males. This group should focus particular attention of preventive programs.

Key words: suicide, children, adolescents

© Probl Hig Epidemiol 2010, 91(1): 92-98

www.phie.pl

Nadesłano: 21.10.2009

Zakwalifikowano do druku: 22.01.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Ewelina Napieralska

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

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

APC – roczna zmiana procentowa (*Annual Percent Change*)

GUS – Główny Urząd Statystyczny

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

IS – iloraz szans (*Odds Ratio*)

PU – przedział ufności

Wprowadzenie

Współczesna literatura naukowa obfituje w szereg odniesień dotyczących kwestii zachowań samobójczych [1]. Wydawać by się więc mogło, iż temat jest tak doskonale znany, że możliwe jest podjęcie skutecznych działań prewencyjnych. Jednak samo zjawisko samobójstwa dotyka wielu płaszczyzn, a na proces składa się kilka elementów: myśli samobójcze, próby

samobójcze i w końcu samo samobójstwo (tzw. samobójstwo dokonane) [1]. Przegląd dostępnej literatury przedmiotu wskazuje, iż uwaga badaczy skupiona jest na zagadnieniach związanych z próbami samobójczymi [2]. Niemniej jednak, z punktu widzenia zdrowia publicznego, najważniejszą kwestią do rozpatrzenia jest analiza zgonów spowodowanych samobójstwem dokonanym, to bowiem one stanowią bezpowrotną stratę dla społeczeństwa. Statystyki dotyczące trendów światowych ukazują, iż krajami z najwyższymi współczynnikami zgonów w populacji ludzi dorosłych są kraje Europy Wschodniej (najwyższe współczynniki – Litwa, Rosja, Białoruś) [3].

Źródłem wiedzy na temat polskiej populacji z pewnością są badania przeprowadzone w 2007 roku na podstawie kart zgonów z roku 2004, zebranych przez WHO – *Health for All Mortality Database*. Badania dotyczyły populacji w przedziale wiekowym 15-59 lat, niemniej jednak na szczególną uwagę zasługuje grupa wiekowa młodzieży i młodych dorosłych (15-29 lat). Istotnym wnioskiem płynącym z badań jest niepokojący wzrost współczynnika zgonów z powodu samobójstw w populacji młodych ludzi w Polsce [4].

Zważywszy zatem na fakt, iż stan zdrowia dzieci i młodzieży jest gwarancją rozwoju państwa, niepokojącym zjawiskiem wydają się coraz częstsze doniesienia o nasilających się zachowaniach autodestrukcyjnych w tej grupie wiekowej. Być może przyczyną zwiększonej liczby samobójstw są czynniki, o których wspomina się w odniesieniu do depresji, mianowicie: rozpowszechnienie środowiskowych czynników patogennych, do których zalicza się m.in. duże migracje ludności i związane z tym zmiany środowiska, szkoły, grupy rówieśniczej, poczucie izolacji, osamotnienia oraz brak poczucia bezpieczeństwa. Ponadto zwraca się uwagę na zwiększenie w populacji zużycia leków, których działaniem niepożądanym może być depresja [5]. Niepokojące trendy obserwuje się również w innych krajach, np. szacuje się, iż w Stanach Zjednoczonych 1-2/100 000 dzieci i młodzieży poniżej 15 roku życia będzie usiłowało popełnić samobójstwo, wskaźnik ten wzrasta do 11/100 000 w grupie wiekowej 15-19 lat [6]. Problem zagrożeń z zakresu zdrowia psychicznego zauważa również Unia Europejska, która prowadzi politykę na rzecz propagowania zdrowia psychicznego oraz tworzy podstawy współpracy i wymiany dobrych praktyk, rozwiązań i badań naukowych. Europejski Pakt na Rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego obejmuje 5 priorytetów, m.in. zapobieganie depresji i samobójstwom oraz zdrowie psychiczne młodych ludzi a edukacja [7].

Psychologowie rozwoju zwracają uwagę, iż okres dojrzewania jest często bardzo burzliwym etapem rozwoju młodego człowieka, w którym staje się on bardziej wrażliwy na wszelkie aspekty zmian własnej fizyczności, emocjonalności i seksualności. Jest to

czas buntu, negacji norm i konfliktów, co stanowi dobre podłoże dla wykształcenia zaburzonego obrazu własnego „ja”, oraz zachowań autodestrukcyjnych.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest analiza zgonów spowodowanych samobójstwem wśród dzieci i młodzieży, uwzględniająca cechy różnicujące grupy takie jak płeć, wiek (rozpatrywany w dwóch kategoriach: 10-14 oraz 15-19 lat) oraz sposób popełnienia samobójstwa.

Materiały i metody

Indywidualne, anonimowe rekordy zgonów dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat w latach 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 i płci 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. W zbiorze rekordów zgonu za lata 1999-2002 w zakresie wieku 10-19 lat brakowało przyczyny zgonu w 33 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 wnioski był niewielki.

Analizie poddano zgony zakodowane jako samobójstwa (kody ICD-10: X60-X84, Y87.0). Wyznaczono współczynniki umieralności na 100 000 mieszkańców wg płci, kategorii wieku: 10-14 i 15-19 lat. Dane opracowano z użyciem pakietu statystycznego SAS 9.1 for Windows oraz EpiInfo 3.5.1. Istotność statystyczną różnic częstości zgonów między płciami oraz grupami wieku badano testem chi-kwadrat. Wyznaczono iloraz szans (IS) zgonu chłopców w porównaniu do dziewcząt wraz z 95% przedziałami ufności (PU) ilorazu szans. Istotność statystyczną zmiany w czasie współczynnika umieralności badano szacując regresję liniową, w której zmienną objaśnianą był logarytm naturalny współczynnika umieralności, natomiast zmienną objaśniającą rok. Zastosowanie modelu w takiej postaci pozwala wyznaczyć stałą w badanym okresie roczną zmianę procentową (*Annual Percent Change – APC*), zgodnie z równaniem: $APC = (\exp(b1) - 1) * 100$, gdzie b1 to oszacowanie parametru przy zmiennej rok. Wyznaczono również 95% przedziały ufności APC w analizowanym okresie oraz istotność statystyczną zmiany współczynników umieralności. Za granicz-

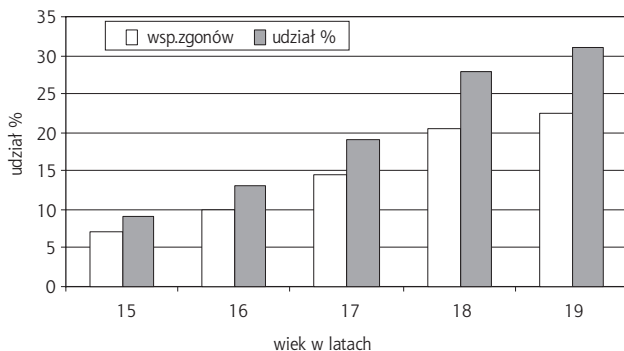
ny poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$. Wartości p w zakresie 0,05-0,1 uznano za tendencję statystyczną.

Wyniki

W latach 1999-2006 śmiercią samobójczą zmarło 2556 dzieci i młodzieży (w przedziale wiekowym 10-19 lat). W okresie 1999-2006 znaczącą większość młodych samobójców stanowili chłopcy: 2181 przypadków, co w grupie wiekowej 10-14 stanowiło 79,38% całości grupy ($p < 0,01$; IS=1,55; przedział ufności: 1,46-1,64), natomiast w przedziale wiekowym 15-19 lat 86,09% ($p < 0,001$; IS: 1,69; przedział ufności: 1,66-1,71). W dokładniejszej analizie grupy wiekowej 15-19 można zauważyć proporcjonalny wzrost liczby samobójstw i większy udział procentowy w kolejnych latach życia (tab. I, ryc. 1).

Tabela I. Stosunek wieku i płci samobójstw dokonanych
Table I. Age and gender ratio in suicidal deaths

płeć	Wiek (lata)		razem
	10-14 N (%)	15-19 N (%)	
chłopcy	231 (79 %)	1950 (86%)	2181
dziewczeta	60 (21%)	315(14%)	375
razem	291	2265	2556



Ryc. 1. Udział procentowy oraz współczynnik samobójstw chłopców 15-19 lat w kolejnych latach życia

Fig. 1. Percentage and rate of suicides in boys aged 15-19 years in consecutive life years

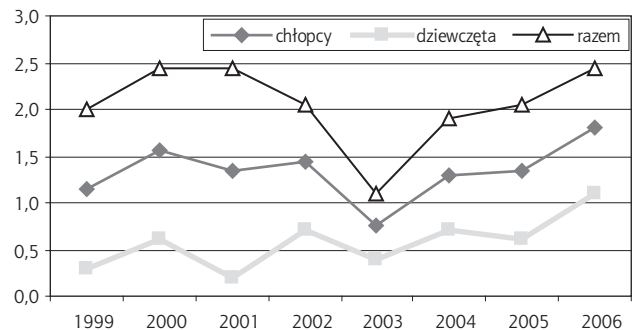
W rozpatrywanym okresie współczynnik umieralności z powodu samobójstw wykazuje tendencje wzrostową dla obu płci w przedziale wieku 10-14 (dziewczeta z 0,3 na 1,1/100 000 a chłopcy z 2 do 2,5/100 000). Wykazano brak istotności statystycznej wzrostu (mierzony roczną zmianą procentową) w grupie chłopców i tendencję statystyczną wzrostu w grupie dziewcząt (APC=15,76, $p=0,07$). W grupie wiekowej 15-19 lat stwierdzono wahania współczynnika: w grupie dziewcząt w zakresie od 2,3 do 2,8/100 000; w grupie chłopców od 14,0 do 17,9 /100 000 (tab. II) bez istotności statystycznej zmian (APC, odpowiednio (dziewczeta; chłopcy): -0,27; -0,45) (ryc. 2, ryc. 3).

Tabela II. Zmiana współczynników samobójstw młodzieży w wieku 10-14 oraz 15-19 lat w latach 1999-2006

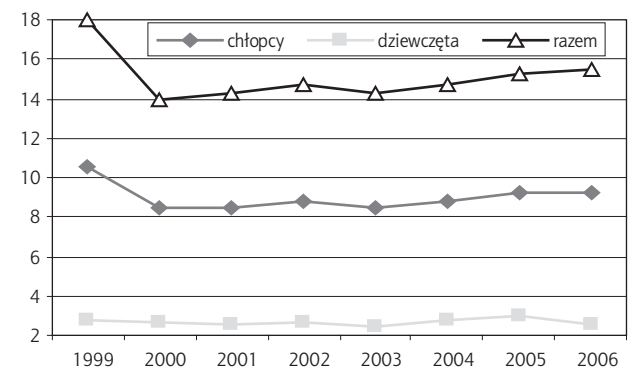
Table II. Change in suicide rates of adolescents aged 10-14 and 15-19 years between 1999-2006

Rok	♂ 10-14		♀ 10-14		♂ 15-19		♀ 15-19	
	N	wsp.	N	wsp.	n	wsp.	N	wsp.
1999	31	2,0	4	0,3	305	17,9	44	2,7
2000	37	2,5	9	0,6	238	14	43	2,6
2001	36	2,5	3	0,2	243	14,3	39	2,4
2002	30	2,1	10	0,7	246	14,7	41	2,6
2003	15	1,1	5	0,4	233	14,4	35	2,3
2004	25	1,9	9	0,7	228	14,7	40	2,7
2005	27	2,1	7	0,6	230	15,4	40	2,8
2006	30	2,5	13	1,1	227	15,7	33	2,4
N	231		60		1950		315	
P		0,84		0,07		0,74		0,83
APC		-0,92		15,76		-0,45		-0,27
l95%_PU		-11,24		-1,96		-3,56		-3,05
u95%_PU		10,59		36,68		2,76		2,6

p – istotność statystyczna zmiany; APC – roczna zmiana procentowa, l95%_PU – dolna granica 95%PU; u95%_PU – górna granica 95%PU



Ryc. 2. Współczynnik umieralności w grupie wiekowej 10-14 lat
Fig. 2. Mortality rate in the age group of 10-14 years



Ryc. 3. Współczynnik umieralności w grupie wiekowej 15-19 lat
Fig. 2. Mortality rate in the age group of 15-19 years

W większości przypadków samobójstwo dokonane było w miejscach nieokreślonych, w domach oraz w innych określonych miejscach (wg kodu miejsca zdarzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja 10). Najwyższą liczbę samobójstw odnotowano w maju, a najniższą

w miesiącach lipiec-sierpień. Różnica ta wykazywała istotność statystyczną ($p=0,005$). Z całą pewnością taką zmienność sezonową determinowały przede wszystkim przypadki samobójstw chłopców w przedziale wiekowym 15-19 lat, których szczegółowy rozkład przedstawia rycina 4.

Główną metodą popełnienia samobójstwa było powieszenie. Ta forma dominowała zarówno w całej grupie wiekowej rozpatrywanej bez względu na płeć

Tabela III. Podział według miejsca popełnienia samobójstwa
Table III. Distribution according to place of suicide

Miejsce popełnienia samobójstwa*	N	%
miejsce nieokreślone	1386	54,23
dom	946	37,01
inne określone miejsce	166	6,49
gospodarstwo rolne	21	0,82
szkoła	12	0,47
instytucja mieszkalna	10	0,39
ulica, autostrada	8	0,31
miejsce handlu i usług	4	0,16
teren przemysłowy i budowlany	2	0,08
miejsce uprawiania sportu i gim.	1	0,04

*wg ICD-10

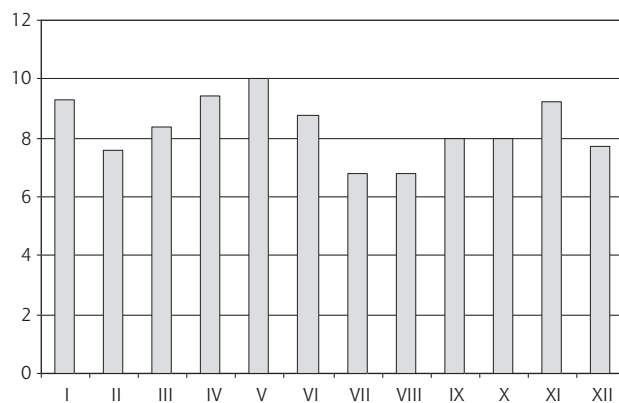
Tabela IV. Podział według miesiąca popełnienia samobójstwa
Table IV. Distribution according to month of suicide

Miesiąc popełnienia samobójstwa	N	%
maj	259	10,13
styczeń	250	9,78
kwiecień	249	9,74
listopad	243	9,51
czerwiec	220	8,61
październik	212	8,29
marzec	205	8,02
grudzień	201	7,86
luty	195	7,63
wrzesień	195	7,63
sierpień	165	6,46
lipiec	162	6,34

Tabela V. Metoda popełnienia samobójstwa w kategorii płci i wieku
Table V. Method of suicide according to gender and age

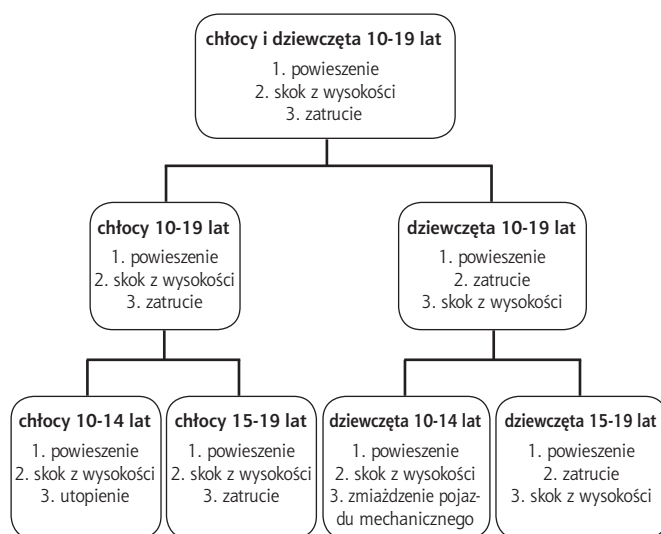
Metoda popełnienia samobójstwa	Dziewczęta 10-19	Chłopcy 10-19	Ogółem 10-14	Ogółem 15-19
powieszenie	1 (N=251; 66,93%)	1 (N= 1975; 90,55%)	1 (N=270; 92,78%)	1 (N=1956; 86,36%)
skok z wysokości	3 (N=39; 10,40%)	2 (N= 88; 4,03%)	2 (N=9; 3,09%)	2 (N=118; 5,21%)
zatrucie	2 (N=54; 14,40%)	3 (N=46; 2,11%)	5 (N=2; 0,69%)	3 (N=98; 4,32%)
postrzał i podobne	7 (N=3; 0,80%)	4 (N=20; 0,92%)	6 (N=1; 0,34%)	5 (N=22; 0,97%)
wskoczenie przed ruchomy przedmiot	5 (N=7; 1,87%)	5 (N=16; 0,73%)	5 (N=2; 0,69%)	6 (N=21; 0,92%)
inne	6 (N=4; 1,07%)	6 (N=15; 0,69%)	N=0	7 (N=19; 0,84%)
zmiżdżenie pojazdu mech.	4 (N=13; 3,47%)	7 (N=13; 0,60%)	4 (N=3; 1,03%)	4 (N=23; 1,02%)
utopienie	6 (N=4; 1,07%)	8 (N=0,37%)	3 (N=4; 1,37%)	8 (N=8; 0,35%)
	N=375	N= 2181	N=291	N=2265

czy wiek, ale również przy uwzględnieniu tych cech różnicujących. Pewne zmiany w dalszej hierarchii, poza niekwestionowanym nr (1), kształtowały się następująco:



Ryc. 4. Zmienność sezonowa samobójstw chłopców 15-19 lat w procentach

Fig. 4. Seasonal change in suicides of boys aged 15-19 years in %



Ryc. 5. Najczęściej wybierane metody popełnienia samobójstwa w kategoriach płci i wieku

Fig. 5. The most frequent methods of suicide according to gender and age

- w grupie chłopców 10-14 lat: powieszenie (1), skok z wysokości (2), utopienie (3);
- w grupie dziewcząt 10-14 lat: powieszenie (1), skok z wysokości (2), zmiżdżenie pojazdu mechanicznego (3);
- w grupie chłopców 15-19 lat: powieszenie (1), skok z wysokości (2), zatrucie (3);
- w grupie dziewcząt 15-19 lat: powieszenie (1), zatrucie (2), skok z wysokości (3) (tab. V, ryc. 5).

Dyskusja

Powyższa analiza ukazuje charakterystykę samobójstw dokonanych przez dzieci i młodzież w Polsce, w okresie od 1999 do 2006 roku w oparciu o dane o zgonach Głównego Urzędu Statystycznego. Tendencje rozwojowe mówią o wzroście ilościowym zjawiska w całej populacji, szybszym wzroście liczby samobójstw wśród mieszkańców wsi oraz zmianie w strukturze demograficznej, polegającej na zwiększonym udziale samobójstw w młodzieżowych grupach wiekowych [3]. Tendencja wzrostowa współczynników zgonów w Polsce jest spójna z tendencjami światowymi. Według WHO śmiertelność z powodu samobójstw w przeciągu ostatnich 45 lat wzrosła o 60%, a w populacji 15-19 lat stanowi jedną z pięciu przyczyn zgonów w tej grupie wiekowej [9].

Samobójstwa tak młodych ludzi budzą wiele kontrowersji i nasuwają szereg wątpliwości dotyczących motywów, charakterystyki, oraz możliwości prewencji. Nie dziwi zatem fakt, iż interpretacji zjawiska jest bardzo wiele. Jednym z czołowych wyzwania jest próba odpowiedzi na pytanie: Czy młodzi samobójcy przejawiają zaburzenia psychiczne?

W literaturze przedmiotu (publikacje głównie skupiające się na badaniach niedoszłych samobójców) prezentowane są dwa stanowiska. Pierwsze z nich wskazuje, iż dominującym aspektem, który skłania młodych ludzi do samobójstwa jest patologia życia rodzinnego [10], drugie zakłada, iż pacjenci ze skłonnościami samobójczymi często stosują mechanizmy obronne, które ukrywają ich tendencje samobójcze lub depresje [11]. W tym kontekście mówi się, iż zaburzenia psychiczne stwierdza się u 90% młodzieży podejmującej zamachy samobójcze [1].

W Stanach Zjednoczonych jedną z teorii wyjaśniających zjawisko tendencji wzrostowej liczby samobójstw jest fakt zwiększenia dostępności do broni palnej [12], nie tłumaczy to jednak powodów wzrostu współczynnika w krajach europejskich, w których dostęp do broni nie jest tak powszechny, a zwiększony odsetek zgonów spowodowanych śmiercią samobójczą jest następstwem stosowania innych (poza bronią palną) metod. W Polsce w wyniku postrzałów (X70) w latach 1999-2006 zginęły 23 osoby, co porównując z liczbą samobójstw w wyniku powieszenia (2226)

wydaje się być liczbą niewielką. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na możliwość zastosowania ewentualnej prewencji. Jednym z często pojawiających się zaleceń profilaktyki suicydologicznej jest ograniczenie środków umożliwiających popełnienie samobójstwa [13], co w świetle przedstawionej charakterystyki polskich młodocianych samobójców stanowi skuteczny środek prewencyjny tylko w stosunku do niewielkiego odsetka z nich (wybierających metody takie jak: zatrucia, zmiżdżenia w pojeździe mechanicznym oraz postrzał (X60-X69; X82; X72-X75)) – łącznie 330 przypadków z 2556 stwierdzonych zgonów. Pozostałym metodom takim jak powieszenie, utopienie, skok z wysokości czy wskoczenie pod ruchomy przedmiot (X70; X71; X80; X81) bardzo trudno jest w ten sposób przeciwdziałać. W tym miejscu warto również wspomnieć, iż wyniki badań wyraźnie wskazują, iż wraz z wiekiem rozszerza się zakres możliwości popełnienia samobójstwa, co z jednej strony może wynikać z większej wyobraźni i możliwości intelektualnych młodych ludzi, z drugiej zaś może być skutkiem faktycznej zwiększonej dostępności niebezpiecznych środków np. leków.

Kolejną kwestią, na którą zwracają uwagę badacze, jest rozpoznanie czynników ryzyka. Obecnie wyróżnia się następujące: depresja i poczucie beznadziei, zaburzenia psychiczne, słabe dostosowanie społeczne, doświadczanie przemocy fizycznej, psychicznej bądź seksualnej, dysfunkcje oraz przypadki samobójstw w rodzinie, długotrwałe problemy zdrowotne, słabe strategie radzenia sobie ze stresem i wcześniejsze próby samobójcze [14]. Wyznaczając różnorakie korelaty, zauważono między innymi, iż wśród dziewcząt chorujących na anoreksję wzrasta prawdopodobieństwo zamachu samobójczego [15], a najczęstszym powodem śmierci osób chorych na schizofrenię jest samobójstwo [1]. Wykazano również, iż upośledzenie umysłowe nie zwiększa ryzyka popełnienia samobójstwa. W badaniach nad tą grupą przedstawiono, że prawdopodobieństwo samobójstwa wśród upośledzonych kobiet jest takie samo, jak w grupie kobiet w populacji ogólnej, zaś w przypadku mężczyzn prawdopodobieństwo to spada o 1/3 [15].

Istnieje zjawisko fluktuacji i sezonowości podejmowanych prób. W badaniach przeprowadzonych w Szkocji na próbie obejmującej lata 1969-1987 wyznaczono rozkład częstości prób samobójczych dla kobiet, gdzie szczytowe miesiące przypadały na okres letni, a spadek występował zimą. Takie badania, były dokonywane w wielu krajach, często jednak uzyskiwano zmienne rezultaty. Wynikać to może z faktu analizy dwóch zjawisk: prób samobójczych oraz samobójstw dokonanych [16]. Analiza samobójstw dzieci i młodzieży polskiej wykazuje, że najwięcej samobójstw popełnionych zostało w maju. Wydaje się, że próba zweryfikowania hipotezy, iż może to mieć związek z sy-

tuacją szkolną (zagrożenie nie otrzymania promocji do następnej klasy) lub innymi przyczynami o sezonowej zmienności mogłaby wskazywać (przy możliwości ograniczenia sezonowości popełnianych samobójstw) na potencjalne sposoby zapobiegania. Jednocześnie najniższa liczba przypadków w okresie wakacyjnych może również sugerować, iż stres szkolny jest jedną z ważniejszych przyczyn samobójstw wśród młodzieży. Warto więc podkreślić że instytucje oświaty pełnią ważną rolę w zakresie zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży. W Polsce pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest na podstawie przepisów prawnych [17]. Narastający wraz z wiekiem odsetek (i współczynnik) dokonanych samobójstw nie idzie w parze ze wzrostem liczby pedagogów i psychologów na ścieżce edukacyjnej. Spośród szkół publicznych, w 2007 r. największa liczba specjalistów zatrudniona była w gimnazjach (liczba dzieci i młodzieży przypadająca na jeden etat pedagoga wynosiła 455, na jeden etat psychologa 2384), jednak poziom ten spadał w szkołach ponadgimnazjalnych w wszystkich typach szkół, czyli w tego rodzaju placówkach, w których zaplecze prewencyjne powinno być największe. Liczba dzieci i młodzieży przypadająca na jeden etat pedagoga i psychologa wynosiła: w liceach – 924 osób/pedagog, 5058 osób/psycholog; w technikach – 1340 osób/pedagog, 16788 osób/psycholog; w zasadniczych szkołach zawodowych 1360 osób/pedagog oraz 4513 osób/psycholog [8].

W kontekście zmienności sezonowej podejmowanych prób samobójczych w literaturze pojawia się również tzw. teoria efektu złamanej obietnicy, która zakłada, iż częstotliwość samobójstw jest większa w czasie weekendów, wiosny, wakacji i urodzin. Takie okresy bądź wydarzenia wiążą się zazwyczaj z różnego typu oczekiwaniami, które nie znajdują swojego spełnienia, co prowadzi do odczuwania skrajnie negatywnych emocji, wyzwalających zachowania autodestrukcyjne. Wyniki naszych analiz jednak tej teorii nie potwierdzają w odniesieniu do osób w wieku 10-19. W okresie wakacyjnym odnotowano najmniejszą liczbę przypadków. Zaprzeczono też tezie jakoby miesiąc samobójstwa był tym samym, co urodzenia (dane analizowane nie prezentowane w artykule). Być może więc teoria ta znajduje praktyczne odniesienie jedynie w populacji ludzi dorosłych [16].

W doniesieniach na temat samobójstw często zwraca się również uwagę na tzw. efekt Wertera, czyli zwiększony odsetek popełnianych samobójstw na skutek upubliczniania przypadków innych samobójstw. Występuje tu następująca zależność: im więcej mówi się na temat samobójstwa danej osoby, im bardziej

dana osoba jest znana, a także, im łatwiej nastolatki są w stanie utożsamiać się z motywami popełnionego samobójstwa (odrzućenie ze strony grupy rówieśniczej, problemy w szkole itp.), tym częściej będą podejmowane próby pozbawienia siebie życia. Zainteresowanie tą problematyką znajduje odzwierciedlenie w działaniach WHO, która w roku 2003 wydała poradnik dla mediów dotyczący kwestii rozpowszechnia informacji na temat samobójstw [18].

W odpowiedzi na dylematy i problemy młodych ludzi zorganizowano dziecięco-młodzieżowy telefon zaufania, który ma stanowić doraźną pomoc dla nastolatków [19]. Ponadto wyznacza się swoiste strategie zapobiegania samobójstwom [20], w których zwraca się uwagę na konieczność wykształcenia pewnych mechanizmów prewencyjno-obronnych. Wymienia się między innymi potrzebę wzmocnienia relacji rodzinnych, zwiększenia świadomości ryzyka, organizację programów edukacyjnych dla osób zajmujących się dziećmi, które nauczą dzieci i młodzież proszenia o pomoc w sytuacjach trudnych oraz konieczność sprawnej identyfikacji dzieci zagrożonych problemem, jak i wdrożenie wczesnych programów interwencji [14].

W dalszym ciągu w problematyce samobójstw dzieci i młodzieży brak jest ilościowych danych dotyczących zjawiska, zwłaszcza w odniesieniu do cech charakterystycznych dla młodych samobójców. Badania dotyczące struktury rodziny, występowania patologii w rodzinie, czy też stosunków z grupą rówieśniczą i funkcjonowania w szkole, wykonywane są jedynie w odniesieniu do młodych ludzi podejmujących nieskuteczne próby samobójcze [21, 22]. Z całą pewnością badania te mogą przyczynić się do polepszenia działań profilaktycznych dotyczących prób samobójczych, niemniej jednak nie przynoszą one istotnej wiedzy na temat tego, jak przeciwdziałać samobójstwom w ogóle. Z danych przedstawionych w pracy wynika, iż kierunek badań dotyczyć powinien przede wszystkim młodzieży ginącej na skutek powieszenia (metoda dominująca we wszystkich kategoriach wieku i płci). Uzyskana wiedza bowiem mogłaby stać się przyczynkiem do wyłonienia istotnych czynników ryzyka oraz wypracowania mechanizmów adekwatnych rozwiązań, a w dalszej perspektywie zmniejszyć współczynnik zgonów wśród dzieci i młodzieży w przyszłości.

Autorzy pracy nie roszczą sobie prawa do wyczerpania tematu, problem samobójstw u dzieci i młodzieży jest z pewnością na tyle istotną kwestią życia publicznego, iż wymaga dalszych prac i wnikliwszej analizy ze strony specjalistów różnych dziedzin nauki.

Piśmiennictwo / References

1. Gmitrowicz A. Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży. *Suicydologia* 2005, 1,1: 71-76.
2. Gmitrowicz A, Dubla W. Zachowania samobójcze w reprezentatywnej grupie młodzieży z terenu Łodzi. *Psychiatria i psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* 2001, 1,3: 236-243.
3. Jarosz M, Samobójstwa w III Rzeczypospolitej w perspektywie światowej. Analiza socjologiczna, *Suicydologia* 2005, 1,1: 1-14.
4. Mazur J. Zgony z powodu samobójstw w Polsce na tle Unii Europejskiej – aktualne tendencje i uwarunkowania demograficzne. *Przeegl Epidemiol* 2007, 61: 777-784.
5. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 2009.
6. <http://www.healthypplace.com/depression/children/suicide-and-children/menu-id-68/> (21.10.2009).
7. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
8. <http://www.cmpp.edu.pl/node/24983> (21.10.2009).
9. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS. Protocol of SUPRE-MISS. WHO, Geneva 2002.
10. Rudnicka-Drożdżak E, Makara-Studzińska M, Skórzyńska H. Psychospołeczne uwarunkowania zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży na terenie województwa lubelskiego. *Wiadom Lek* 2002, LV Supl. 1,1: 428-433.
11. Cekiera Cz. Psychologiczne i aksjologiczne aspekty samobójstw. *Suicydologia* 2005, 1,1: 21-32.
12. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter3/sec5.html> (09.09.2009).
13. Brodniak W. Czy samobójstwom można zapobiegać?. *Suicydologia* 2007, 3,1: 1-4.
14. www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert39.pdf (21.10.2009).
15. Brodniak W. Ocena ryzyka zachowań samobójczych wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. Analiza porównawcza wybranych badań z lat 2000-2006. *Suicydologia* 2007, 3,1: 83-97.
16. Polewka A, Kopciuch M. Sezonowość i okresowe fluktuacje prób samobójczych. *Suicydologia* 2006, 2,2: 88-93.
17. Rozporządzenie Ministra Edukacji i Sportu z dn. 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. *Dz.U.* z 2003 r. nr 11, poz. 114.
18. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_polish.pdf (21.10.2009).
19. <http://www.116111.pl/> (21.10.2009).
20. Łuba M, Młodożeniec A, Brodniak W. Warszawski Program Edukacyjno-Profilaktyczny w zakresie zachowań autoagresywnych wśród młodzieży. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008: 9-19.
21. Gmitrowicz A. Społeczne i psychiatryczne uwarunkowania prób samobójczych u młodzieży. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1999, 4: 457-464.
22. Popieralska A, Komender J, Popieralska M i wsp. Kliniczno-Społeczne aspekty prób samobójczych u dzieci i młodzieży na podstawie materiału własnego, *Prz Ped* 1991, XXI,4: 239-243.