

Jakub Winkler-Galicki

*Instytut Biologii Molekularnej i Biotechnologii Uniwersytetu
im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*

Paulina Celebias

*Instytut Biologii Środowiska Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

SPOŁECZNO-EKONOMICZNE UWARUNKOWANIA SAMOBÓJSTW W POLSCE W LATACH 2000–2014

Suicides in Poland in 2000–2014 – social and economic background

Wstęp

„Istnieje tylko jeden prawdziwie poważny problem filozoficzny, a jest nim samobójstwo. Osądzenie, czy warto, czy nie warto żyć, równa się odpowiedzi na fundamentalne pytanie filozofii”¹. Nie tylko Albert Camus pochylał się nad tym problemem, również Charles de Montesquieu czy Jean-Paul Sartre spierali się, czy samobójstwo jest obrazą dla życia, czy też prawem człowieka. Monteskiusz uważał, że „samobójstwo, jako rodzaj śmierci z wyboru, jest (...) naruszeniem porządku natury, poważnym grzechem oraz tchórzostwem”², Sartre zaś bronił prawa człowieka do zakończenia swojego życia. Choć każdy podświadomie wie, jak zdefiniować to zjawisko, nie każdy zdaje sobie sprawę, że samobójstwo to celowe pozbawienie się życia lub biernie zachowanie, doprowadzające z rozmysłem do zgonu, np. przez zagłodzenie się na śmierć³.

W ciągu ostatnich kilku lat temat samobójstwa przestał być obiektem zainteresowania tylko i wyłącznie filozofów⁴. Coraz częściej jest natomiast przed-

¹ A. Camus, *Mit o Syzyfie i inne eseje*, przeł. J. Guze, Muza, Warszawa 2004;

² Ch. Montesquieu, *O duchu praw*, przeł. T. Boy-Żeleński, wolnelektury.pl, Fundacja Nowoczesna Polska.

³ L. Kurowski, *Mała encyklopedia prawa*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1960.

⁴ T. Jasudowicz, *Samobójstwo jako problem praw człowieka w orzecznictwie strasburskim*, „Studium Prawa Publicznego” 2013, nr 1, s. 9.

miotem badań prawników, lekarzy czy biologów. Głównym celem analiz naukowców z różnych dyscyplin jest ocena podłoża, mechanizmu odebrania sobie życia oraz prawnego podejścia do tego zagadnienia i proceduralnego odróżnienia samobójstwa od zabójstwa spowodowanego przez osobę trzecią⁵. Jednym z badanych aspektów dotyczących samobójstw jest ocena bieżącej sytuacji w Europie i na świecie, w tym zróżnicowanie liczby samobójstw w zależności od płci, wieku czy ośrodka zamieszkania ofiar zamachu samobójczego, oraz powiązanie tych danych z ogólną liczbą zgonów lub mieszkańców. Światowa Organizacja Zdrowia prowadzi badania wskazujące na stosunkowo wysoką liczbę samobójstw na całym świecie. Analizy WHO donoszą, że rocznie samobójstwa stanowią około 1,4% wszystkich przyczyn zgonów, co stawia je na 12. miejscu pod względem częstości przyczyn śmierci. Według danych publikowanych przez WHO, w roku 2015 do regionów o najwyższych współczynnikach samobójstw zaliczane są Azja i Europa (powyżej 13 samobójstw na 100 000 mieszkańców na rok), natomiast w państwach Ameryki Północnej, Australii i Oceanii współczynniki te utrzymują się w zakresie 6,5–13 samobójstw na 100 000 mieszkańców na rok. Najniższe wartości, poniżej 6,5 samobójstwa na rok, notuje się w państwach Ameryki Środkowej i północnej części Ameryki Południowej. Do krajów dominujących pod tym względem zalicza się między innymi: Koreę Południową, Gujanę, Litwę, Węgry, Japonię i Białoruś (odpowiednio: 36,5; 34,8; 33,5; 25,4; 23,1; 21,8 samobójstwa na 100 000 mieszkańców w skali roku), najniższą wartość zaś współczynnik ten przyjmuje w Grecji, Algierii, na Jamajce, w Azerbejdżanie i Arabii Saudyjskiej (odpowiednio: 4,0; 1,8; 1,2; 0,7; 0,3 samobójstwa na 100 000 mieszkańców na rok). Według danych WHO, sytuacja w Polsce pod względem wskaźnika samobójstw jest niepokojąca, gdyż współczynnik ten wynosi 20,5 na 100 000 mieszkańców na rok⁶.

W świetle powyższych danych wyłania się cel naszego opracowania. Jest nim analiza samobójstw w Polsce, ich różnorodnych uwarunkowań oraz zróżnicowania ze względu na takie zmienne jak: płeć, wiek, i wielkość ośrodka zamieszkania.

⁵ M. Kamiński, *Pojęcie lęku i strachu oraz ich znaczenie dla prób samobójczych*, „Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny” 2014, nr 4; T. Jasudowicz, op. cit., s. 9.

⁶ M. Putowski, M. Piróg, M. Podgórnaiak, J. Zawiślak, H. Pieciewicz-Szczęśna, *Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000–2013*, „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne” 2015, t. 96(1), s. 264.

Materiały i metody

Do przeprowadzenia analizy wykorzystano dane dotyczące liczby zgonów i liczby zamachów samobójczych odnotowanych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2000–2014 (tabela 1). Informacje te zaczerpnięto z *Roczników Statystycznych* Głównego Urzędu Statystycznego za lata 2000–2014. Do analizy wybrano dwa ostatnie okresy przemian społeczno-politycznych w Polsce: wejście do Unii Europejskiej w 2004 roku oraz do wspólnoty Schengen w 2007 roku. Założono, że w wyniku ruchów migracyjnych oraz otwarcia granic zmieniła się istotnie liczba samobójstw w Polsce.

Tab. 1. Liczebność materiału poddanego analizie (2000–2014)

	N
Zgony	5 601 400
Samobójstwa	90 463

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

Łącznie dla lat 2000–2014 materiał obejmował 5 601 400 danych o liczbach zgonów i 90 463 – o liczbach samobójstw (tabela 1). Materiał podzielono ponadto według wielkości ośrodka zamieszkania, wydzielając dwa jego typy: miasta i wsie (tabela 2), oraz według wieku samobójców, wyróżniając sześć kategorii wiekowych (tabela 3).

Tab. 2. Liczebność materiału poddanego analizie z uwzględnieniem wielkości ośrodka i płci samobójców w latach 2000–2014

	Liczba samobójstw	
	Kobiety	Mężczyźni
Ogółem	16609	73854
Miasta	11485	42132
Wsie	5124	31722

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

Tab. 3. Liczebność materiału poddanego analizie z uwzględnieniem klas wieku i płci samobójców w latach 2000–2014

	Liczba samobójstw		
	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
do 14 roku życia	824	369	455
od 15 do 20 roku życia	5903	1734	4169
od 21 do 30 roku życia	16158	2299	13859
od 31 do 50 roku życia	33365	5428	27937
od 51 do 70 roku życia	27534	4989	22545
powyżej 70 roku życia	6679	1790	4889

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

W celu uzyskania względnych informacji dotyczących poziomu popełnianych samobójstw obliczono odpowiedni współczynnik według poniższego wzoru:

$$\text{współczynnik samobójstw} = \frac{\text{liczba samobójstw}}{\text{ogólna liczba zgonów}} * 100$$

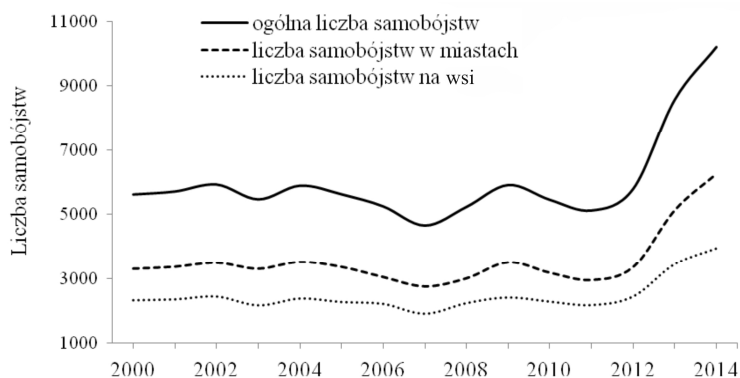
Następnie wykreślono krzywe zmienności wartości współczynnika samobójstw w czasie. Dodatkowo opracowano wykresy liniowe, obrazujące zależność liczby samobójstw od wielkości ośrodka zamieszkania oraz płci ofiary zamachu samobójczego. Sporządzono również wykresy piramidowe, obrazujące zmiany liczby popełnianych samobójstw w czasie w zależności od wieku ofiary.

W celu ukazania różnic w natężeniu zjawiska w zależności od wielkości ośrodka zamieszkania wykonano wykresy zmienności frakcji samobójstw w czasie dla dwóch typów ośrodków: wsi i miast. Procentowe udziały samobójstw (frakcje samobójstw) we wszystkich zgonach obliczono jako stosunek liczby tych pierwszych do tych drugich. Różnice pomiędzy ośrodkami pod względem ich częstości zweryfikowano testem *u*.

Wyniki

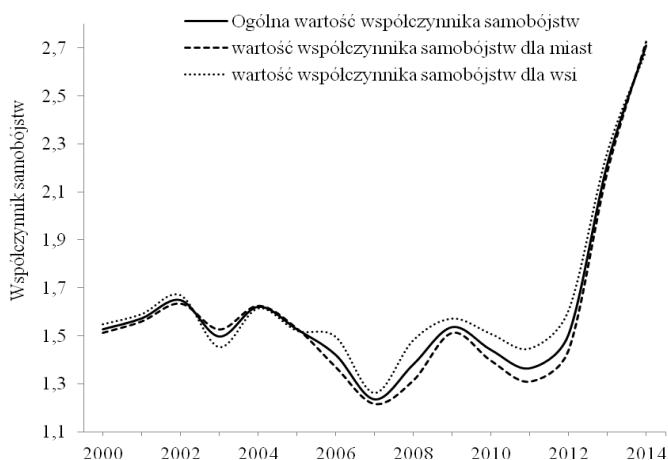
W latach 2000–2011 ogólna liczba samobójstw utrzymywała się na względnie stałym poziomie pomiędzy 4658 a 5928 zamachów samobójczych rocznie. Od roku 2012 liczba ta zwiększała się i w roku 2014 osiąga dwukrotnie wyższą wartość – 10 207 (ryc. 1). Analiza współczynników samobójstw

pokazuje, że ich udział w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w badanym okresie zawierał się w przedziale od 1,2% w 2007 roku do ponad 2,7% w roku 2014, czyli na przestrzeni siedmiu lat jego wartość się podwoiła (ryc. 2). Mimo wyraźnego wzrostu w czasie liczby i częstości samobójstw w Polsce nie ma zróżnicowania pomiędzy wartościami ich współczynnika w zależności od wielkości miejsca zamieszkania. Współczynnik samobójstw dla miast i wsi pozostaje na zbliżonym poziomie (ryc. 2).



Ryc. 1. Zmiana liczby samobójstw w Polsce w latach 2000–2014

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

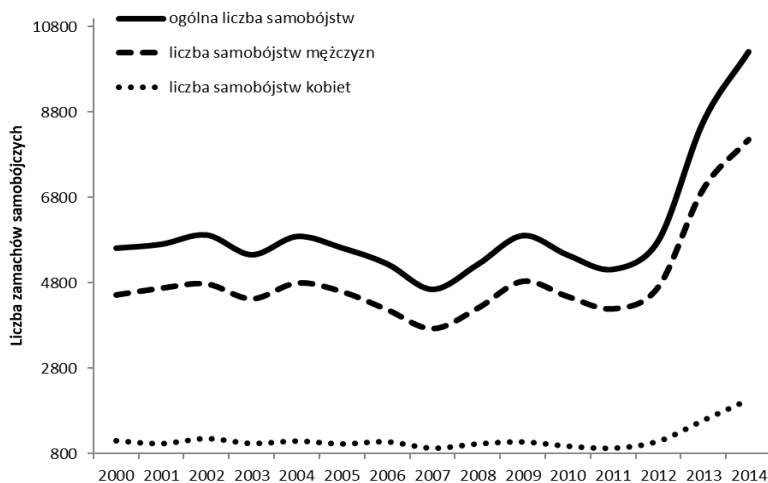


Ryc. 2. Zmiana współczynnika samobójstw w Polsce w latach 2000–2014

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

Na podstawie analizy danych o liczbach samobójstw według płci udało się określić udział tych popełnianych przez mężczyzn i kobiety w ogólnej liczbie

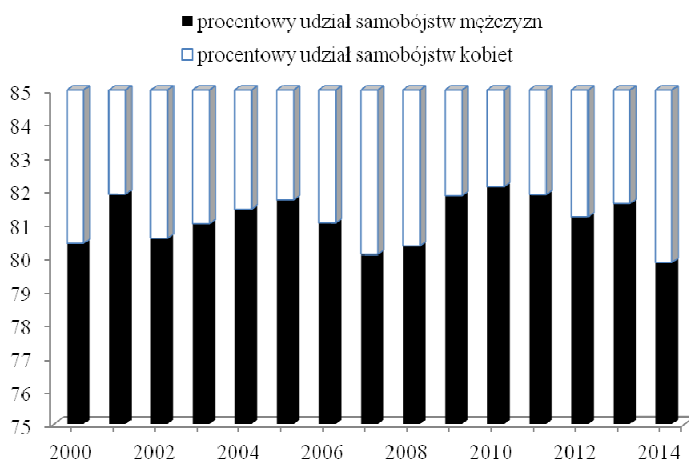
zamachów samobójczych. Zgromadzone dane pozwoliły na wykazanie nadwyżki samobójstw popełnianych przez mężczyzn w stosunku do kobiet (ryc. 3). Widać także wzrost liczby zamachów od 2012 roku. Wśród kobiet liczba samobójstw rośnie zdecydowanie wolniej niż u mężczyzn (ryc. 3).



Ryc. 3. Liczba samobójstw w zależności od płci w latach 2000–2014

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

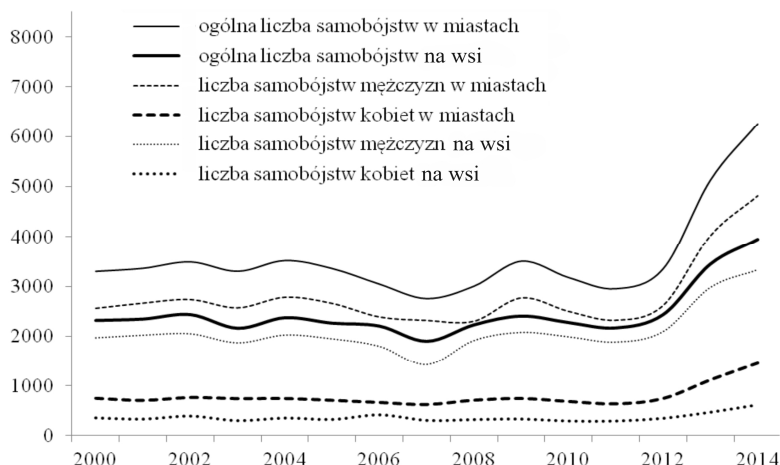
Analiza statystyczna danych pozwoliła określić, że około 80% zamachów samobójczych popełnianych jest przez mężczyzn (ryc. 4).



Ryc. 4. Procentowy udział zamachów samobójczych w zależności od płci

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

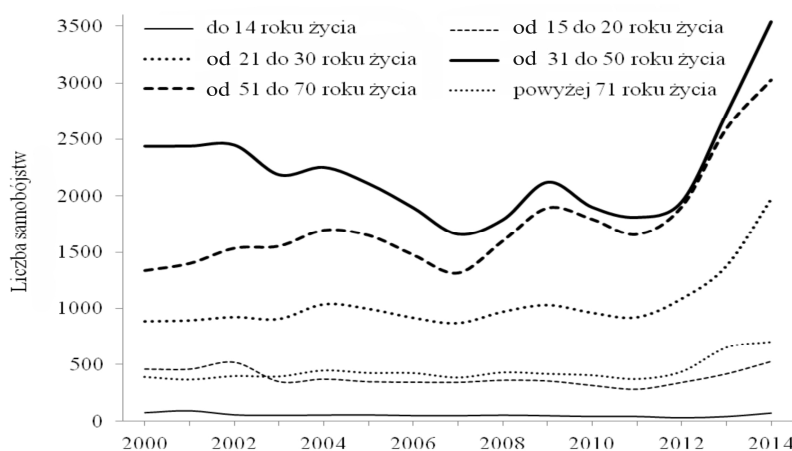
Prawidłowość tę odnotowano zarówno na wsiach, jak i w miastach (ryc. 5). Od 2012 roku ponadto rośnie częstość zamachów samobójczych w ogólnej liczbie zgonów, niezależnie od wielkości ośrodka zamieszkania (ryc. 5).



Ryc. 5. Liczba samobójstw w zależności od płci i wielkości ośrodka zamieszkania

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

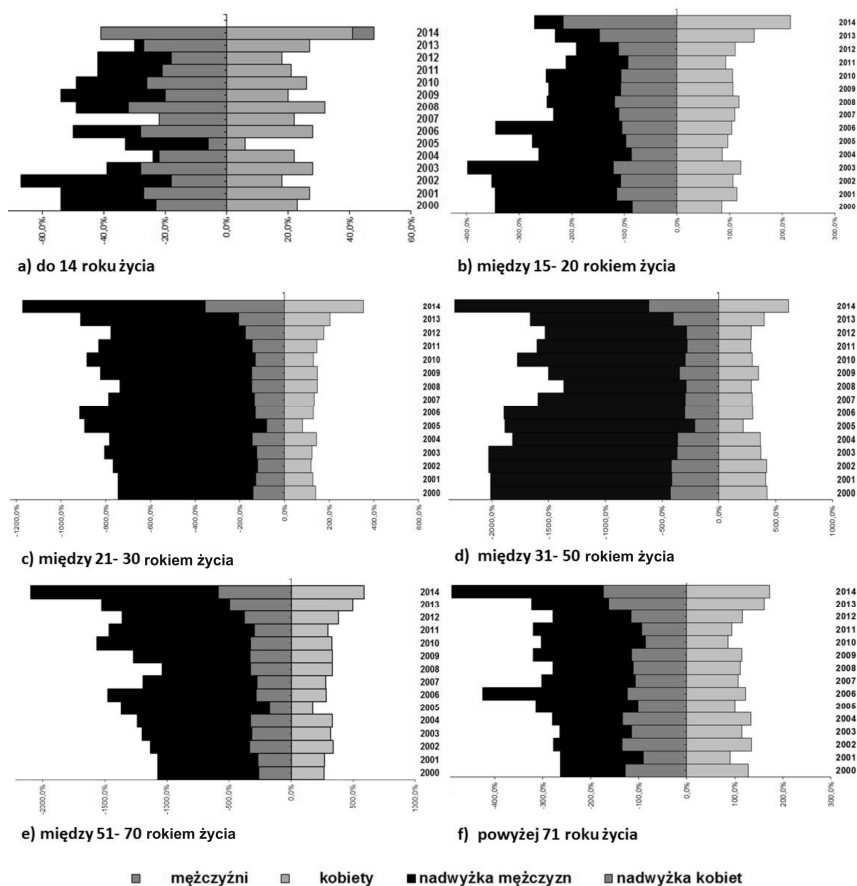
Dalsza analiza pozwoliła wydzielić grupy wiekowe osób najczęściej popełniających samobójstwa. Do 2012 roku najwięcej ich dokonywały osoby w wieku od 31 do 50 lat, a od 2012 roku – dodatkowo – od 51 do 70 lat (ryc. 6). Najmniej samobójstw popełniają osoby do 14 roku życia (średnio 55 rocznie) (ryc. 6).



Ryc. 6. Liczba samobójstw w zależności od wieku ofiar w latach 2000–2014

Źródło: *Roczniki Statystyczne*, GUS, Warszawa 2000–2014.

Analizie poddano również stosunek samobójstw popełnianych przez kobiety i mężczyzn w zależności od płci i wieku. Również i w tym przypadku wśród samobójców widać nadwyżkę mężczyzn nad kobietami. Jedynie w roku 2014 odnotowano dominację dziewcząt do 14 roku życia nad chłopcami w tej kategorii wiekowej (ryc. 7).



Ryc. 7. Częstość samobójstw w zależności od wieku i płci w latach 2000–2014

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Przypomnijmy, że umieralność w Polsce utrzymuje się na względnie stałym poziomie około 3,5 mln zgonów rocznie i dominuje w ośrodkach miejskich w porównaniu z wiejskimi. W latach 2000–2011 można zaobserwować

utrzymywanie się współczynnika samobójstw na poziomie około 1,5% wszystkich zgonów. Niepokojący wydaje się fakt, że od roku 2012 wartość tego współczynnika drastycznie rośnie i w roku 2014 przekracza już 2,7%.

Polska znajduje się w czołówce krajów europejskich pod względem tak wysokiej wartości współczynnika samobójstw⁷. Według danych WHO za rok 2015, nasz kraj wpisuje się w trend, zgodnie z którym liczba zamachów samobójczych jest wyższa w państwach Europy Wschodniej i Centralnej niż w Europie Zachodniej. Obliczony dla Polski współczynnik samobójstw wynosi 20,5, podczas gdy dla Białorusi i Litwy – 21,8, dla Węgier – 25,4. W państwach Europy Zachodniej wartość tego współczynnika jest na zdecydowanie niższym poziomie: we Francji osiąga 15,8, w Niemczech – 13,0, a w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii jest on równy 7,0. Taka rozbieżność w zakresie wartości współczynnika samobójstw może wynikać z lepszego standardu życia mieszkańców Europy Zachodniej niż Europy Centralnej i Wschodniej, większego zakresu usług socjalnych oraz braku stygmatyzacji osób korzystających z pomocy psychologów i psychiatrów, co ostatecznie przekłada się na mniejszą liczbę popełnianych samobójstw⁸. W Polsce występuje wzrost liczby samobójstw wśród osób od 31 do 50 roku życia: od 1947 w roku 2012 do 3538 w 2014. Może to być spowodowane wieloma czynnikami, spośród których należy zwrócić uwagę na sytuację społeczną w Polsce. Jednym z czynników „sprzyjających” popełnieniu samobójstwa może być problem związany z rynkiem pracy, a ściślej rzecz ujmując, z jej brakiem, coraz wyższymi wymaganiami stawianymi przez pracodawców, niesatysfakcjonującą pensją, *workplace mobbing* bądź perspektywą utraty pracy i niemożnością ponownego zatrudnienia, wynikającą z braku wystarczających kwalifikacji⁹.

⁷ Ibidem, s. 264; World Health Organization (WHO), *Health Statistics Monitoring Health For The SDGs*, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/, dostęp 9.11.2017.

⁸ M. Doyle, D. While, P.L.H. Mok, K. Windfuhr, D.M. Ashcroft, *Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study*, „BMC Family Practice” 2016, t. 17, s. 1; A. Araszkiwicz, E. Pilecka, *Samobójstwa rozszerzone na tle ogólnej liczby samobójstw w Polsce w latach 1991–2005*, „Suicydologia” 2006, t. 1, nr 2, s. 69; A. Kurowska, *Bezrobocie a zamachy samobójcze*, „Ekonomista” 2006, nr 3, s. 387; E. Bloch-Bogusławska, B. Sygit, E. Pufall, E. Sygit, *Analiza porównawcza samobójstw na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 1977–1991 oraz 1991–2006*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008, t. LVIII, s. 140.

⁹ A. Araszkiwicz, E. Pilecka, op. cit.; A. Młodożeniec, W.A. Brodniak, A. Polewka, A. Bembenek, *Sezonowość samobójstw w Polsce. Analiza danych Głównego Urzędu Statystycznego z lat 1999–2003*, „Psychiatria Polska” 2010, t. XLIV, nr 1, s. 61; M. Sidor-Rządkowska, *Mobbing – zagrożenie dla firmy i pracowników*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2003, nr 2, s. 77; A. Pilszyk, D. Parnowska, I. Markiewicz, *Problematyka mobbingu w opiniodawstwie sądowo-psychiatrycznym*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2014, t. 23 (3), s. 162.

Innym czynnikiem zwiększającym możliwość popełnienia samobójstwa może być dostęp do używek i środków odurzających, które czasowo upośledzają postrzeganie rzeczywistości. Połączenie tego typu substancji ze stanem emocjonalnym wysokiego wzburzenia lub depresji może sprzyjać zamachom samobójczym¹⁰. Nie należy dopatrywać się czynnika motywującego do popełnienia samobójstwa w każdym potencjalnym samobójcy, ale w jego otoczeniu – w tym przypadku trzeba przede wszystkim zwrócić uwagę na brak akceptacji grupy (np. w pracy, w zespole), w której ofiara na co dzień funkcjonuje, oraz na brak wsparcia ze strony najbliższych. W skrajnych przypadkach taka sytuacja może skłaniać do podjęcia próby samobójczej w związku z poczuciem wykluczenia oraz braku akceptacji ze strony grupy i najbliższych. Brak akceptacji może być tylko i wyłącznie subiektywnym odczuciem danej osoby, wynikającym z błędnego przekonania lub oceny sytuacji¹¹.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, że w polskim społeczeństwie przyjęło się sądzić, iż osoba korzystająca z porad psychologa jest jednostką chorą, mogącą zaszkodzić społeczeństwu i jako taka powinna zostać wykluczona ze społeczeństwa¹². W innych państwach Europy korzystanie z porad psychologów czy psychoanalityków jest rzeczą normalną i stanowi element radzenia sobie z problemem, jest częścią terapii czy po prostu rozmowy, której zadaniem jest poprawa samopoczucia osoby dotkniętej problemem. W Polsce natomiast dochodzi często do społecznej stygmatyzacji takich osób, co może pogłębić ich problem psychiczny i ostatecznie doprowadzić do samobójstwa¹³.

Przyczyną samobójstwa osoby młodej może być narastająca frustracja czy presja zarówno rodziny, jak i społeczeństwa w związku z wchodzeniem w „dorosłe życie”. Powodem do odebrania sobie życia może być także brak porozumienia z rodziną czy brak wsparcia z jej strony¹⁴. Młode osoby wchodzące na

¹⁰ A. Araszkiwicz, E. Pilecka, op. cit.; A. Młodożeniec, W.A. Brodniak, A. Polewka, A. Bembenek, op. cit.; M. Sidor-Rządkowska, op. cit.; A. Pilszyk, D. Parnowska, I. Markiewicz, op. cit., s. 162; F. Adamski, A. Doboszyńska i in. (rada red.), „Fides et Ratio” 2011, nr 4 (8), temat numeru: *Wokół uzależnień*.

¹¹ A. Młodożeniec, W.A. Brodniak, A. Polewka, A. Bembenek, op. cit.; M. Sidor-Rządkowska, op. cit.; A. Pilszyk, D. Parnowska, I. Markiewicz, op. cit.

¹² B. Gulla, *Oddziaływania psychologiczne w sieci*, w: M. Wysocka-Pleczyk, B. Świeży, *Człowiek zalogowany, 1: Od mowy nienawiści do integracji w sieci*, Biblioteka Jagiellońska, Kraków 2013; A. Koryciak, *Psychologowie listy piszą... – analiza dyskursu porad psychologicznych udzielanych przez psychologów online*, w: ibidem.

¹³ B. Gulla, op. cit.; A. Koryciak, op. cit.; Ł. Krawętkowski, *Nie chce mi się żyć – myśli samobójcze młodzieży*, <http://www.psychotekst.pl/>, dostęp 9.11.2017.

¹⁴ D. Ponczek, I. Olszowy, *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne” 2012, t. 93(2), s. 260; A.I. Brzezińska, K. Piotrowski, *Formowanie się tożsamości a poczucie dorosłości i gotowość do tworzenia bliskich związków*, <http://hdl.handle.net/>, dostęp 9.11.2017; G. Bujok, M. Tombarkiewicz, *Jakość*

rynek pracy i rozpoczynające działalność zawodową mogą również doprowadzić do samounicestwienia w związku z presją, jaką generuje nowa sytuacja w pracy¹⁵. Okres między 21 a 30 rokiem życia uznaje się za najlepszy czas do formowania rodziny, czyli do wchodzenia w związki małżeńskie lub partnerskie, a każdy problem związany z tym może w skrajnym przypadku stać się przyczyną samobójstwa¹⁶.

Równie drastyczny wzrost liczby samobójstw można zaobserwować w grupie wiekowej od 51 do 70 lat. Okres ten dla większości Polaków w tym wieku w latach 2012–2014 wiązał się z czasem zakończenia działalności zawodowej i przejściem na emeryturę (w stan spoczynku)¹⁷. Dla wielu oznaczało to „drugą młodość”, ale dla innych – utratę poczucia znaczenia w społeczeństwie, odrzucenie i odrzucenie osoby niepotrzebnej. Dodatkowo z przejściem w czas spoczynku wiążą się niższe dochody, większe wydatki (konieczność zakupu leków i leczenia w poradniach specjalistycznych), a czasami brak kontaktu z ludźmi¹⁸.

Częstość popełnianych samobójstw inna jest też u kobiet i u mężczyzn. Na podstawie przeprowadzonych analiz należy stwierdzić, że średnio 80% samobójstw popełnianych jest przez mężczyzn¹⁹. Podłoża tego należy dopatrywać się w stwierdzonej od dawna niższej odporności psychicznej mężczyzn na stres i gorszej w porównaniu z kobietami umiejętności skutecznego odreagowania stresu²⁰. Dodatkowym czynnikiem potęgującym to zjawisko jest tzw. męska duma. Wynika ona między innymi z wzorca wychowania, według którego mężczyzna musi być silny, nie ma prawa do słabości i do okazywania emocji.

życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny, „Wiadomości Lekarskie” 2005, t. LVIII, s. 1.

¹⁵ A.I. Brzezińska, K. Piotrowski, op. cit.; G. Bujok, M. Tombarkiewicz, op. cit., s. 1.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ W. Fidecki, M. Wysokiński, I. Wrońska, L. Walas, Z. Sienkiewicz, *Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową*, „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne” 2011, t. 92(2), s. 221; D. Koziel, M. Kaczmarczyk, E. Naszydlowska, R. Gałuszka, *Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych*, „Studia Medyczne” 2008, t. 12, s. 23; M. Muszalić, H. Zielińska-Więczkowska, K. Kędziora-Kornatowska, T. Kornatowski, *Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczynskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych*, „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne” 2013, t. 94(3), s. 509.

¹⁸ D. Koziel, M. Kaczmarczyk, E. Naszydlowska, R. Gałuszka, op. cit., s. 23; M. Muszalić, H. Zielińska-Więczkowska, K. Kędziora-Kornatowska, T. Kornatowski, op. cit., s. 509.

¹⁹ E. Bloch-Bogusławska, B. Sygit, E. Pufall, E. Sygit, op. cit.; M. Sidor-Rządkowska, op. cit.

²⁰ A. Młodożeniec, W.A. Brodniak, A. Polewka, A. Bembenek, op. cit.; M. Sidor-Rządkowska, op. cit.; A. Pilszyk, D. Parnowska, I. Markiewicz, op. cit.; A.I. Brzezińska, K. Piotrowski, op. cit.

Taki wzorzec uniemożliwia mu przyznanie się do błędu, porażki, problemu, co prowadzi do narastania problemu i – ostatecznie – do samobójstwa²¹.

Ostatnim analizowanym w tej pracy aspektem związanym z popełnianymi w Polsce samobójstwami jest związek ich częstości z wielkością ośrodka zamieszkania²². Przeprowadzone analizy wykazały, że przez cały badany okres wśród samobójców dominującą grupą były osoby mieszkające w ośrodkach zurbanizowanych²³. Należy zwrócić uwagę na kilka aspektów wpływających na taki stan rzeczy: większą anonimowość wśród mieszkańców miast niż wsi, większą presję ekonomiczno-społeczną i większe tempo życia²⁴.

Reasumując, należy podkreślić, że problem samobójstwa w Polsce jest zjawiskiem niezwykle złożonym i wymagającym bardzo wnikliwych analiz w związku ze wzrostem tego rodzaju czynów w ostatnich latach. Należy zatem skupić się na różnorodnych czynnikach sprzyjających powstaniu i ewolucji myśli samobójczej i ostatecznie podejmowaniu decyzji o ich popełnieniu.

Streszczenie

Celem omawianych badań jest zróżnicowanie liczby samobójstw w zależności od płci, wieku, ośrodka zamieszkania ofiar zamachu samobójczego oraz skorelowanie tych danych z ogólną liczbą zgonów lub mieszkańców. Do badań wykorzystano dane z Roczników Statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego z lat 2000–2014. Łącznie analizie poddano 5 601 400 zgonów, w tym 90 463 samobójstwa. Analiza współczynników samobójstw pokazała, że ich udział w ogólnej liczbie zgonów w Polsce w badanym okresie zawierał się w przedziale od 1,2% w 2007 roku do ponad 2,7% w roku 2014. Współczynnik samobójstw dla miast i wsi pozostaje na zbliżonym poziomie. Wykazano dominację mężczyzn w ogólnej liczbie samobójstw. Życie najczęściej odbierają sobie osoby w wieku od 31 do 50 lat, a od 2012 roku również osoby w wieku 51 do 70 lat. Najmniej samobójstw popełniają osoby do 14 roku życia (śred-

²¹ A. Młodożeniec, W.A. Brodniak, A. Polewka, A. Bembenek, op. cit.; M. Sidor-Rządkowska, op. cit.; A. Pilszyk, D. Parnowska, I. Markiewicz, op. cit.; A.I. Brzezińska, K. Piotrowski, op. cit.; D. Kozieł, M. Kaczmarczyk, E. Naszydłowska, R. Gałuszka, op. cit.; M. Muszaliak, H. Zielińska-Więczkowska, K. Kędziora-Kornatowska, T. Kornatowski, op. cit.

²² A. Araszkiewicz, E. Pilecka, op. cit.; A. Młodożeniec, W.A. Brodniak, A. Polewka, A. Bembenek, op. cit.; M. Sidor-Rządkowska, op. cit.; A. Pilszyk, D. Parnowska, I. Markiewicz, op. cit.; M. Muszaliak, H. Zielińska-Więczkowska, K. Kędziora-Kornatowska, T. Kornatowski, op. cit.

²³ A. Araszkiewicz, E. Pilecka, op. cit.; E. Bloch-Bogusławska, B. Sygit, E. Pufall, E. Sygit, op. cit.; A. Młodożeniec, W.A. Brodniak, A. Polewka, A. Bembenek, op. cit.; A. Pilszyk, D. Parnowska, I. Markiewicz, op. cit.

²⁴ A. Araszkiewicz, E. Pilecka, op. cit.; E. Bloch-Bogusławska, B. Sygit, E. Pufall, E. Sygit, op. cit.; A. Młodożeniec, W.A. Brodniak, A. Polewka, A. Bembenek, op. cit.; A. Pilszyk, D. Parnowska, I. Markiewicz, op. cit.

nio 55 rocznie). Wartość współczynnika samobójstw plasuje Polskę w czołówce krajów europejskich pod tym względem.

Słowa kluczowe: samobójstwa, współczynnik samobójstw, stratyfikacja miasto-wieś, problemy psychiczne

Summary

The purposes of our analysis are the differentiation in the number of suicide acts compared with the gender, age and the place of live of victims. Furthermore the analysis contains the correlation the number of suicide with the general information about the number of citizens and number of deaths. To the analysis we used the data form the Statistical Yearbook of Central Statistical Office for the interval of years 2000–2014. Data about 5.601.400 cases of death including 90.463 suicides were used. The analysis of suicide factor shows also that the suicide act is a reason of death in interval of 1,2% in 2007 and over 2,7% in 2014. What is more the suicide ratio in villages and cities is on the same level. In terms of sex differences men dominated over women. The suicide is the main problem of people in age of 31 up to 50- in this age group the number of suicide is the highest, but form the 2012 also the high number of suicide is also noted in group in age of 51 up to 70. The lowest number of suicide was observed in group of the youngest people (up to 14 years old). Poland is one of the countries with the highest suicide factor in Europe.

Keywords: suicide, suicide ratio, city–village stratification, psychological problems