

**Institutul de Antropologie „Francisc I. Rainer”
București**

TEZĂ DE DOCTORAT

**Comportamentul suicidal din punct de vedere
antropologic**

Conducător Științific:

Acad.Prof. Univ.Dr. Constantin Bălăceanu-Stolnici

Doctorand:

Dr. Maria Magdalena Dumitru

București

2019

CUPRINS

PARTEA I. ABORDĂRI TEORETICE

1.Studiul comparativ al suicidului la nivel mondial, în Europa și în România	3
2.Efectele ultimei crize economice mondiale asupra ratei suicidului în Europa	7
3. Studiul suicidului în România conform datelor statistice internaționale și naționale	8

PARTEA A II-A. CONTRIBUȚII PERSONALE

4. Analiză detaliată privind suicidul în România în perioada 2009-2013	10
5. Studiul tentativelor suicidare din Județul Neamț	25
6. Concluzii generale	36
7. Considerații finale.....	37
Bibliografie	38

Cuvinte cheie: suicid, tentative de suicid, factori de risc, caracteristici socio-demografice, mediul de domiciliu, educație, stare civilă, statut ocupațional, comorbidități somatice și psihiatrice, variații sezoniere.

1. Studiul comparativ al suicidului la nivel mondial, în Europa și în România

1.1. Suicidul în lume

“În fiecare an, aproximativ 1 milion de oameni se sinucid la nivel mondial”¹ și “se preconizează că până în anul 2020 va crește până la 2.4% din povara globală determinată de toate bolile”.² La fiecare 40 de secunde o persoană se sinucide, înregistrându-se circa 2160 sinucideri în fiecare zi, aproximativ 800 000 de sinucideri anual, dar adevăratul număr al cazurilor de suicid este probabil mult mai mare. În 2012, suicidul a fost a 8-a cauză de deces la bărbați și a 16-a cauză de deces la femei, iar la tinerii cu vârsta între 15-29 de ani a reprezentat a 2-a cauză de deces. Rata suicidului la nivel global în anul 2015 a fost de 10.73/100 000 locuitori, în scădere față de anul 2000, când rata suicidului a fost de 12.22/100 000 locuitori.³

OMS recunoaște sinuciderea ca fiind o prioritate a sănătății publice în Programul de Acțiune pentru Sănătate Mintală lansat în 2008, în raportul Acțiunea sănătății publice pentru prevenirea sinuciderii, publicat în 2012, în Planul de Acțiune în Domeniul Sănătății Mintale 2013-2020 și în Primul Raport Mondial privind sinuciderea intitulat Prevenirea sinuciderii: Imperativ Global, publicat în 2014.

1.2 Suicidul în Europa

În Uniunea Europeană, la fiecare 9 minute o persoană moare ca urmare a sinuciderii, înregistrându-se 160 sinucideri pe zi, aproximativ 59 000 de sinucideri anual. Dintre persoanele care s-au sinucis, 90% sufereau de tulburări mintale sau aparțineau unor categorii vulnerabile și marginalizate, mai predispuse să fie afectate de probleme psihice.⁴ În anul 2013, rata medie a suicidului în Europa a fost de 11.8/ 100 000 de locuitori, dar a variat între limite largi în diferitele țări din această regiune.

¹ WHO, 2012, Public health action for the prevention of suicide. p.4

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

² Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. Wasserman D, Wasserman C, eds. Oxford: Oxford University Press, 2009. p.690.

³ WHO-Mental Health Gap Action Programme, Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43809/1/9789241596206_eng.pdf

⁴ Tzampazi E., Rapport sur la sante mentale, Le Parlement européen, 2009.

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&mode=XML&reference=A6-2009-34&language=FR>

În Rezoluția Parlamentului European nr. 2008/2209 (INI) din anul 2009, referitoare la sănătatea mintală, se specifică necesitatea prevenirii depresiei și a sinuciderii în toate țările membre ale Uniunii Europene.⁵ Parlamentul European subliniază necesitatea formării unor „rețele regionale de informare pentru a conecta profesioniștii din domeniul sănătății, utilizatorii serviciilor, familiile lor, instituțiile de învățământ și locurile de muncă, organizațiile locale și publice, cu scopul de a reduce fenomenul depresiei și comportamentul suicidar.”⁶

1.3 Suicidul în România

Conform Institutului Național de Medicină Legală „Mina Minovici”, în ultimii 10 ani, circa 3000 de oameni s-au sinucis anual, producându-se 8 sinucideri/zi. Sinuciderea este o gravă problemă de sănătate publică și din prisma povarei cauzate, estimată ca ani de viață ajustați în funcție de invaliditate (DALY), care în anul 2016 a fost de circa 82100 ani. Dacă între 5-14 ani povara cauzată de suicid s-a clasat pe locul 19, la tinerii între 15-29 ani și la persoanele între 30-49 ani povara suicidului s-a clasat pe locul 6, iar după vârsta de 50 ani a început să crească povara cauzată de bolile somatice. Pentru scăderea povarei cauzate de suicid sunt necesare măsuri de prevenție a suicidului, care să vizeze în special persoanele între 15-49 ani.⁷

Sinuciderea determină costuri economice pentru persoanele care supraviețuiesc unei tentative de suicid, pentru familiile persoanelor suicidare, comunitate și pentru întreaga societate. Făcând o analogie cu un studiu din SUA am estimat în anul 2013 în România costul comportamentelor suicidare la aproximativ 1.104 miliarde de dolari.

Guvernul României este conștient că sinuciderea este o problemă națională importantă și a inclus prevenirea depresiei și a suicidului în cadrul obiectivelor Programului Național de Sănătate Mintală și Profilaxie în Patologia Psihiatrică, adoptat în anul 2015.⁸

1.3.1.Rata suicidului la nivel global, în regiunile OMS și în România

În anul 2015 rata suicidului la nivel global a fost de 10.7/ 100 000 locuitori, rate mai mari fiind înregistrate în regiunea europeană a OMS-ului (14.1/100 000), Asia de Sud-Est (12.9/100

⁵ Tzampazi E., ibidem

⁶ Tzampazi E., ibidem

⁷ WHO-Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. Tables: DALY estimates- WHO Member states 2016, YLL estimates- WHO Member states 2016, YLD estimates- WHO Member states 2016.

https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

⁸ ORDIN Nr. 386 din 31 martie 2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016,

http://www.ms.ro/documente/Ordin%20nr.%20386%20din%2031%20martie%20202015,%20cu%20modific%C4%83rile%20si%20complet%C4%83rile%20ulterioare_15687_18845.pdf

000) și Pacific de Vest (10.8/100 000), iar rate mai mici în America (9.6/100 000), Africa (8.8/100 000) și zona Mediteraneană de Est (3.8/100 000). Rata suicidului în România (11.6/100 000) a fost mai redusă decât cea europeană, dar a fost mai mare decât cea de la nivel global.

Rata suicidului la femei a fost mai mare la nivel global decât la nivel European și aproximativ dublă față de rata suicidului la femeile din România, în timp ce rata suicidului la bărbați la nivel global a fost mai redusă decât în România și de circa 2 ori mai scăzută decât în regiunea europeană.

1.3.2 Suicidul în România comparativ cu celelalte țări, în anul 2015

În anul 2015, România, cu o rată totală a suicidului de 9.2/ 100 000 locuitori conform OMS, s-a aflat pe locul 102 din cele 183 țări care au raportat astfel de date OMS-ului și pe locul 28 din cele 52 de țări incluse în regiunea europeană a OMS-ului, care au raportat date despre suicid. Totuși, pentru anul 2015 INML⁹ a raportat o rată a suicidului de 11.97/100 000 locuitori, clasând astfel România pe locul 62 în clasamentul de mai sus, în treimea țărilor cu cele mai mari rate ale suicidului, pe locul 17 în regiunea europeană și pe locul 13 în UE 28.

În ceea ce privește rata suicidului la bărbați (16.4/100 000 bărbați conform OMS) România a ocupat locul 80 la nivel mondial și locul 24 în regiunea europeană, dar rata calculată conform INML¹⁰ (20.89/100 000 bărbați) plasează țara noastră pe locul 39 la nivel mondial, locul 13 în regiunea europeană și locul 8 în UE 28, iar în ceea ce privește rata suicidului la femei (2.5/100 000 femei conform OMS) România a ocupat locul 142 la nivel mondial și locul 39 în regiunea europeană a OMS-ului, dar rata calculată conform INML (4.17/100 000 femei) plasează țara noastră pe locul 110 la nivel mondial și locul 30 în regiunea europeană OMS. În ceea ce privește raportul ratei suicidului bărbați/femei de 6.56, România s-a aflat pe locul 13 în lume.

1.3.3 Suicidul în România comparativ cu celelalte țări din UE-28 în anul 2015

Țările în care s-au înregistrat cele mai mari rate ale suicidului în anul 2015 au aderat la UE-28 după anul 2004, cu excepția Belgiei. Cele mai mari rate ale suicidului la bărbați s-au înregistrat în țările care au aderat la UE-28 în/după anul 2004, iar la femei în țările care au aderat la UE-28 înainte de anul 2004. România s-a clasat pe locul 18 în privința ratei suicidului, pe locul 17 la bărbați, pe locul 24 la femei și pe locul 5 în funcție de raportul bărbați/femei.

⁹ INML, Raport anual 2015, <http://www.legmed.ro/?doc=1237824528>

¹⁰ INML, Raport anual 2015, ibidem

Există o corelație pozitivă moderată între rata suicidului și consumul de alcool ($R=0.4958$, $p=0.0072$), o corelație pozitivă moderată între rata suicidului la bărbați și consumul de alcool ($R=0.5328$, $p=0.0035$), și o corelație pozitivă foarte slabă nesemnificativă statistic între rata suicidului la femei și consumul de alcool ($R=0.2475$, $p=0.204$).

Toate țările pre-2004 UE 28 au o strategie națională sau ghiduri de prevenție a suicidului, cu excepția Greciei, iar din cele 13 țări care au aderat la UE după 2004, doar 4 au implementat o strategie de prevenție a suicidului. Majoritatea țărilor care s-au clasat primele în ceea ce privește raportul între rata suicidului bărbați/femei nu au avut o strategie de prevenție a suicidului.

1.3.4 Analiză comparativă a suicidului în România și în UE 28

Rata totală a suicidului în UE-28 a fost mai mare decât în România la grupa de vârstă 30-34 de ani și peste 75 ani. Rata suicidului la bărbații din UE-28 a fost mai mare decât în România la grupa de vârstă 30-34 de ani și peste 80 ani, în timp ce rata suicidului la femeile din UE-28 a fost mai mare decât a femeilor din România, cu excepția grupei sub 15 ani și 80-84 de ani.

În perioada 1999-2015, creșterea ratei totale a suicidului, precum și la grupele de vârstă 50-54, 60-64 ani în UE 28, iar în România la grupele de vârstă 15-19, 60-64 și 80-89 ani, indică o înrăutățire a stării de sănătate mintală la aceste grupe de vârstă.

1.3.5 Metodele suicidare în România comparativ cu celelalte țări

Primele două metode de suicid preferate de cele două sexe la nivel mondial au predominat și în Europa. Spre deosebire de situația la nivel mondial, în Europa la bărbați, pe locul 4 alături de otrăvire s-a clasat și defenestrarea, iar la femei pe locul 3 s-a clasat înecul și defenestrarea, iar pe locul 4 alte metode. Cele mai mari procente de suicid prin spânzurare, în jur de 90% la bărbați și 80% la femei, au fost observate în Europa de Est (Lituania, Polonia, România, Letonia, Moldova și Estonia) și în Kuweit.

În România, la ambele sexe, cea mai folosită metodă de suicid a fost spânzurarea, urmată de otrăvire, alte metode și defenestrare. Dintre metodele de suicid analizate, spânzurarea (de 1.18 ori) și împușcarea (de 10 ori) au fost mai frecvente la bărbați, în timp ce la femei au fost mai frecvente înecul (de 3.67 ori), otrăvirea (de 2.78 ori), defenestrarea (de 1.71 ori) și alte metode (de 1.4 ori). Sinuciderea prin intoxicație cu pesticide a fost mai frecventă decât intoxicația cu alte substanțe, la ambele sexe. La nivel mondial, România a ocupat locul 3 în ceea ce privește procentul spânzurărilor la bărbați și locul 4 la femei, iar în ceea ce privește procentul intoxicației

cu pesticide România a ocupat locul 21, la ambele sexe. Între țările din regiunea europeană, România a ocupat locul 3 în clasamentul sinuciderilor prin spânzurare, la ambele sexe.

2.Efectele ultimei crize economice mondiale asupra ratei suicidului în Europa

La nivel mondial, criza economică din 2008 a determinat “un declin de 2% a PIB-ului pe cap de locuitor în anul 2009”,¹¹ iar “în 2013 au fost cu 31.8 milioane mai mulți șomeri decât în 2007”.¹² În timpul crizei economice se pare că suicidul afectează în special bărbații și persoanele de vârstă activă.^{13 14} Asocierea șomajului cu sănătatea precară¹⁵ și suicidul, se datorează efectelor sale directe asupra individului prin diverse mecanisme, cum ar fi creșterea probabilității de apariție a depresiei, probleme financiare, scăderea accesibilității la serviciile de sănătate mintală sau scăderea posibilității de achiziționare a tratamentului.¹⁶

În perioada 2001-2015, în țările UE-28 s-au înregistrat aproximativ 60 000 sinucideri/an, din care 2/3 în țările care au aderat la UE înainte de anul 2004. Dacă se menținea nivelul suicidului din anul 2007, în perioada 2008-2015 în țările UE 28 s-ar fi înregistrat cu 22.961 mai puține cazuri de suicid, din care circa 75% s-au înregistrat în țările care au aderat la Uniunea Europeană după anul 2004. Având în vedere că “pentru un suicid există 25 de tentative de suicid”¹⁷ și că “la fiecare suicid au fost îndoliate 147 de persoane”,¹⁸ din care “6 persoane au experimentat o perturbare majoră a vieții”,¹⁹ putem spune că în perioada 2008-2015 s-au produs

¹¹ Claessens S, Kose A., (2013) Financial crises: Explanations, types and implications, International Monetary Fund, p. 29. <https://www.imf.org/~media/Websites/IMF/imported-full-text-pdf/external/pubs/ft/wp/2013/wp1328.ashx>

¹² International Labour Organization. (2014) Global employment trends 2014. Risk of jobless recovery? Geneva: International Labour Force, p. 17. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_233953.pdf

¹³ Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*; 374: 315–23. <https://pdfs.semanticscholar.org/1aa6/4c739c56c13bc6e63e8d59b8cf5df2d0aad0.pdf>

¹⁴ Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. (2012) Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*; 345: e5142.

¹⁵ Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*; 381: 1323–31. http://www.antonioacasella.eu/salute/lancet_crisis_health_27mar13.pdf

¹⁶ Classen TJ, Dunn RA. (2012) The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: a new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Econ*; 21: 338–50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3423193/>

¹⁷ Drapeau, C. W., McIntosh, J. L., (2016) U.S.A. suicide 2015: Official final data. Washington, DC: American Association of Suicidology. http://suicideprevention.nv.gov/uploadedFiles/suicidepreventionnv.gov/content/SP/CRSF/Mtgs/2018/2016_AAS_US_A_data.pdf

¹⁸ Drapeau, 2016, ibidem

¹⁹ Drapeau, 2016, ibidem

cu aproximativ 574 000 mai multe tentative suicidare urmare a crizei economice și că „marea recesiune” a determinat doliul a 3 375 000 persoane, din care 137 766 persoane au experimentat o perturbare majoră a vieții, afectând în total 4 milioane persoane.

Țările în care rata șomajului a crescut cel mai mult, cum ar fi Grecia, Spania, Irlanda, din țările pre-2004 UE28, și Cipru, Lituania, Estonia și Letonia, dintre țările post-2004 UE28, sunt și țările în care s-au înregistrat cele mai mari scăderi ale Produsului Intern Brut și ale Puterii de Cumpărare Standard pe locuitor. În țările post-2004 UE28 a existat o corelație pozitivă puternică semnificativă statistic a ratei suicidului cu rata șomajului ($R=0.9$, $p=0.00097$), o corelație negativă moderată nesemnificativă statistic cu PIB-ul ($R=-0.632$, $p=0.068$) și cu PCS-ul ($R=-0.646$, $p=0.0601$), iar în țările pre-2004 UE28 nu au existat corelații semnificative statistic.

3.Studiul suicidului în România conform datelor statistice internaționale și naționale (OMS, Eurostat, INS și INML)

3.1 Evoluția circumstanțelor de morți violente în România

În ultimii 22 ani, conform Institutului Național de Medicină Legală, numărul de sinucideri a fluctuat între limite largi, între 2242 și 3967 cazuri/an, cu o medie de 3025 sinucideri/an, circa 8.3 sinucideri/zi, dar se consideră că acest număr este mult mai mare.

Dintre toate circumstanțele de morți violente, sinuciderea a reprezentat cel mai mare procent în anii 2000 (30.1%) și 2002 (31%), apoi a scăzut până în anul 2007, apoi se observă creșterea progresivă a procentului sinuciderilor până în anul 2013, când a fost cu 6.3% mai mare decât în 2007. În anii următori, evoluția procentului sinuciderilor a fost descrescătoare, însă a crescut foarte mult procentul deceselor accidentale în altă circumstanță. Din anul 2014 procentul sinuciderilor a fost de circa 7 ori mai mare decât al omuciderilor, și aproape egal cu procentul omuciderilor și accidentelor rutiere cumulate.

3.2. Diferențe între numărul de sinucideri conform INS, OMS, Eurostat și INML

În ultimii 29 de ani s-au înregistrat în medie 3000 sinucideri/an conform INML, cu variații anuale între 2200 și 3500, dar conform INS, OMS și Eurostat, în țara noastră s-a înregistrat un număr mult mai mic de sinucideri, circa 2600 persoane/an, cu limite între 1900-3100 sinucideri/an, datele lor statistice suprapunându-se aproape perfect în perioada 1999-2015. Numărul de sinucideri publicat de OMS, Eurostat și INS a prezentat variații anuale mai scăzute

decât numărul de sinucideri conform INML, evoluția lor fiind similară indiferent de instituția care le-a înregistrat.

3.3.Diferențe între rata suicidului conform INS, OMS, Eurostat și INML

Cea mai mică rată a suicidului în România s-a înregistrat în anul 1990 conform OMS, în 2014 conform Eurostat și INS, și în anul 2016 conform INML, iar cea mai mare rată a suicidului s-a înregistrat în anul 2000 după INML, 2002 conform OMS și Eurostat și în 2010 conform INS.

În perioada 2000-2015, rata medie a suicidului a variat în funcție de instituția a cărei bază de date o folosim, fiind de: 14.01/100 000 locuitori conform INML, 12.36/100 000 locuitori conform INS, 12.49/100000 locuitori conform Eurostat și 12.11/100000 locuitori conform OMS.

Cele mai mari scăderi ale ratei suicidului s-au înregistrat în anul 1990 (cu 21.9% OMS), 2001 (cu 26.1% INML), 2005 (cu 11.1% INML), 2007 (cu 10.3% Eurostat, 11.6% OMS, 11.3% INS și 9.1% INML) și în anul 2016 (cu 10.5% INML).

3.4.Rata suicidului în România în funcție de sexe, conform OMS, Eurostat și INS

Conform OMS, cea mai redusă rată a suicidului la bărbați, a fost consemnată în anul 1990, primul an după revoluție, în care oamenii trăiau cu speranța unei schimbări. După acest an însă rata suicidului a crescut continuu până în anul 2002, an în care conform acestor trei instituții s-a înregistrat cea mai mare rată a suicidului din ultimii ani, cea mai mare rată a suicidului la bărbați, precum și cea mai mare rată a suicidului la femei, conform Eurostat și INS.

Conform OMS cea mai mare rată a suicidului la femei s-a înregistrat în anul 1989, observându-se o reducere după anul 2010, iar cea mai scăzută rată s-a înregistrat în anul 2016, cu 42.1% față de anul 1989. Ca urmare a reducerii constante a ratei suicidului la femei și a creșterii ratei suicidului la bărbați, s-a observat evoluția sinusoidal ascendentă a valorii raportului dintre rata suicidului la bărbați și femei, mai accentuată în anii 1991-1992.

3.5.Principalele mecanisme tanatogeneratoare implicate în suicid

Spectrul metodelor suicidare a înregistrat fluctuații relativ mici în ultimii 17 ani. Decesele violente au fost determinate în principal prin 4 mecanisme tanatogeneratoare, care în ordinea frecvenței au fost: spânzurarea, intoxicația, înecul și lovirea cu/de un corp dur (în care este inclusă și defenestrarea), reprezentând cauza a circa 60-66% dintre aceste decese. Spânzurarea a fost mecanismul tanatogenerator de deces violent, înregistrat în majoritatea cazurilor ca fiind sinucidere. Celelalte 3 mecanisme tanatogeneratoare de deces violent au fost înregistrate ca și sinucidere în procente variabile anual, între limite largi.

În perioada 1999-2000 majoritatea deceselor produse prin înec, plăgi tăiate, arsuri, electrocuție și intoxicație au fost încadrate doar în categoria accidentelor.

3.6.Principalele cauze de deces în România

În anul 2012, în România suicidul a fost a 13-a cauză de deces în populația generală, situându-se pe locul 10 la bărbați și pe locul 21 la femei. La persoanele cu vârsta între 15-29 ani suicidul a reprezentat a 2-a cauză de deces după accidentele rutiere, a ocupat locul 5 la persoanele cu vârsta între 5-14 ani, între 30-59 ani. După vârsta de 60 de ani suicidul nu a mai fost prezent între primele 10 cauze de deces. Astfel, între 60-69 de ani a ocupat locul 17, iar după vârsta de 70 de ani a ocupat locul 26 între cauzele de deces. Au fost diferențe între cauzele de mortalitate la cele două sexe, la bărbați suicidul fiind o cauză mai importantă de mortalitate decât la femei, cu excepția grupei de vârstă 5-14 ani.

3.7.Evoluția suicidului în mediul penitenciar

În închisori rata mortalității a fost de circa 4 ori mai mică decât în populația generală, în timp ce procentul sinuciderilor din totalul deceselor în închisori a fost de circa 9 ori mai mare decât în populația generală. Între 2000-2014, rata medie a suicidului din închisori a fost de 30.3/100 000 deținuți, mai mult decât dublă față de rata suicidului în populația generală (14.1/100 000 locuitori). S-au observat două creșteri importante ale ratei suicidului la deținuți, în anul 2008, când rata suicidului a ajuns la 48/100 000 deținuți, și anul 2012, când rata suicidului a fost de 69 /100 000 deținuți, cea mai mare rată a suicidului în penitenciar din ultimii 15 ani, reprezentând 19.1% din numărul total al deceselor.

4. Analiză detaliată privind suicidul în România în perioada 2009-2013

Conform INS, în România, în perioada 2009-2013 s-au înregistrat 12.799 cazuri de suicid, în medie 7 sinucideri în fiecare zi, majoritatea cazurilor de suicid au fost de sex masculin (84.66%), raportul bărbați/femei fiind de 5.52, în timp ce la nivel global acest raport a fost de 1.8 în anul 2016, iar în regiunea europeană a fost egal cu 4.²⁰

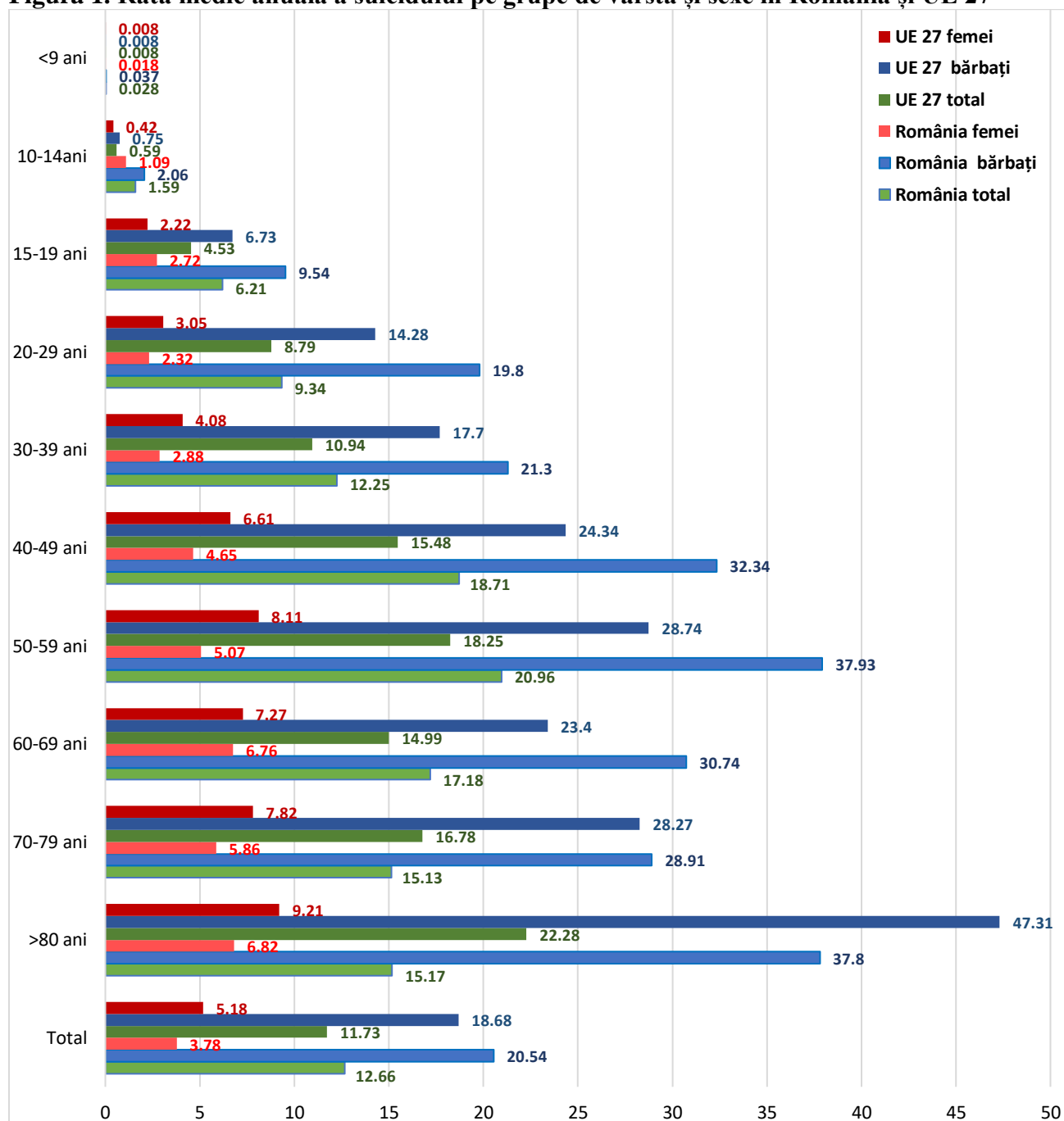
4.1.Analiză comparativă a suicidului din UE 27 și din România în perioada 2009-2013

În Uniunea Europeană numărul sinuciderilor la 100 000 decese a fost cu 20% mai mare decât în România, fapt explicabil prin existența unor măsuri de prevenție a bolilor și metode terapeutice mai eficiente astfel încât rata mortalității determinate de celelalte cauze de deces a

²⁰ Vărnîk, P (2012). "Suicide in the world". International Journal of Environmental Research and Public Health. 9 (3),p.760–71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367275/>

fost cu circa 31% mai redusă. România a depășit rata medie europeană a suicidului, riscul relativ de suicid al populației din țara noastră fiind cu 7.9% mai mare decât în restul Uniunii Europene.

Figura 1. Rata medie anuală a suicidului pe grupe de vârstă și sexe în România și UE 27



Obținută prin prelucrarea tabelelor^{21 22} și a datelor statistice INS

²¹ Eurostat-Population on 1st January by age, sex and type of projection (proj_15npms).

<http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data/main-tables>

²² Eurostat Mortality Database, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database>

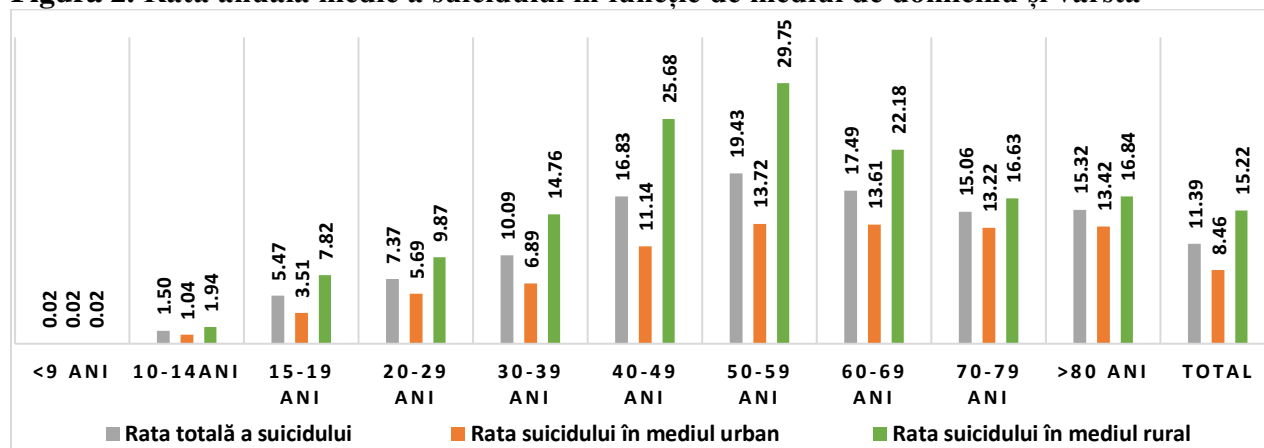
Problema comportamentelor suicidare este mai acută în România, în care starea de criză prelungită determină amplificarea stărilor de anxietate și depresie a populației. La bărbații din România rata suicidului fost mai mare decât în Europa la toate grupele de vârstă, cu excepția grupei peste 80 ani, iar la femeile din România rata suicidului fost mai mică decât în Europa la toate grupele de vârstă, cu excepția grupelor 10-14 și 15-19 ani.

La persoanele sub 30 de ani riscul relativ de suicid a fost mai mic comparativ cu populația generală din România, în timp ce la persoanele peste 40 de ani riscul relativ de suicid a fost mai mare, existând diferențe în funcție de sexe. Astfel bărbații sub 20 de ani au avut un risc relativ de suicid mai mic decât populația generală de bărbați, iar femeile sub 40 de ani au avut un risc relativ de suicid mai mic decât populația generală de femei.

4.2.Suicidul în România în funcție de mediul de domiciliu

Numeroase studii au arătat că rata suicidului este mai mare în mediul rural decât în cel urban, existând o serie de factori protectivi și factori de risc specifici mediului rural.^{23 24 25}

Figura 2. Rata anuală medie a suicidului în funcție de mediul de domiciliu și vârstă



Obținută prin prelucrarea tabelor²⁶ și a datelor statistice INS.

În România, rata suicidului pe grupe de vârstă a crescut progresiv, devenind mai mare decât rata rata anuală totală a suicidului din cele două medii de domiciliu la grupa de vârstă 40-49 ani și atingând maximul la grupa de vârsta 50-59 de ani, de 1.7 ori mai mare decât rata anuală

²³ Hirsch, J. K. (2006) A review of the literature on rural suicide: Risk and protective factors, incidence and prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27, p.189–199.

²⁴ Arnautovska, U., McPhedran, S., De Leo, D. (2014) A regional approach to understanding farmer suicide rates in Queensland. 2014. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, p.593–599.

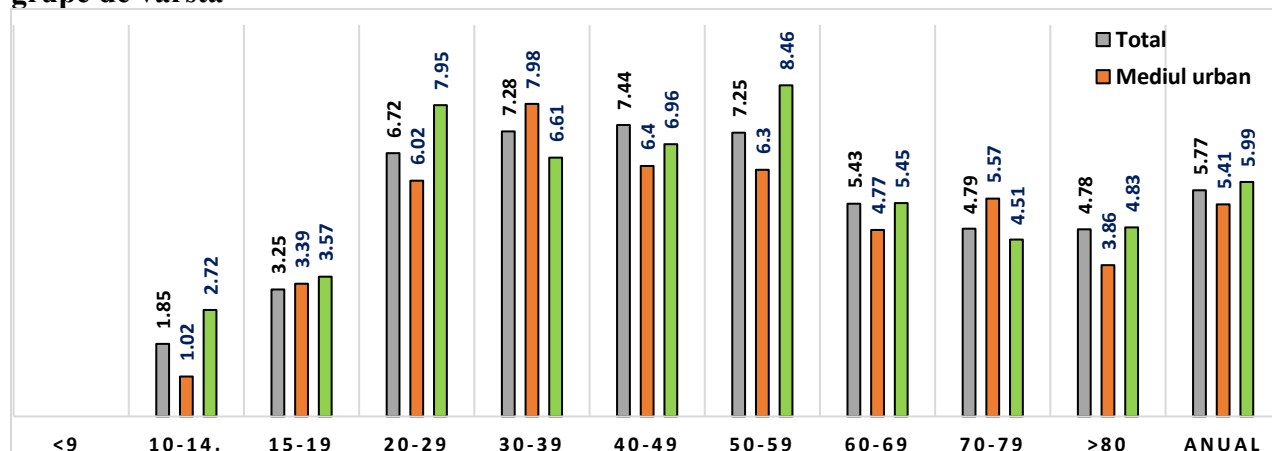
²⁵ Wagenaar, B. H., Hagaman, A. K., Kaiser, B. N., McLean, K. E., Kohrt, B. A. (2012) Depression, suicidal ideation, and associated factors: A cross-sectional study in rural Haiti. *BMC Psychiatry*, 12, p.1–13.

²⁶ INS - "Populația rezidentă la 1 ianuarie pe grupe de vârstă și vârste, sexe și medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe 2003-2015". <http://statistici.insse.ro/shop/?page=tempo2&lang=ro&context=10>

totală a suicidului, de 1.6 ori mai mare decât rata anuală din mediul urban și de 1.9 ori mai mare decât rata anuală din mediul rural.

Rata anuală a suicidului în mediul rural a fost cu 80% mai mare decât în mediul urban. La toate grupele de vârstă riscul relativ de suicid a fost mai mare în mediul rural, diferența dintre cele două medii fiind semnificativă statistic după vârsta de 9 ani. Cel mai mare risc de suicid au avut persoanele din mediul rural din grupa de vârstă 40-49 de ani, cu 130.6% mai mare decât a omologilor din mediul urban, apoi persoanele din grupele 50-59, 30-39 și 15-19 ani.

Figura 3. Raport rata medie a suicidului bărbați/femei în funcție de mediul de domiciliu și grupe de vârstă



Obținut prin prelucrarea tabelor²⁷ și a datelor statistice INS.

În mediul urban cea mai mare valoare a raportului dintre rata suicidului bărbați/femei s-a înregistrat între 30-39 ani, iar în mediul rural între 20-29 ani și între 50-59 ani. Raportul dintre rata suicidului bărbați/femei din mediul rural a fost mai mare decât cel din mediul urban la majoritatea grupelor de vârstă, cu excepția, 30-39 ani și 70-79 ani. Cea mai mare diferență între raportul dintre rata suicidului bărbați/femei din mediul rural și cel urban s-a observat la persoanele între 10-14 ani (cu 166.7%), urmat de persoanele între 50-59 ani (cu 34.3%), între 20-29 ani (cu 32.1%) și peste 80 ani (cu 25.1%).

4.3. Variații sezoniere ale suicidului în România

Modelul sezonier al ratei suicidului nu este de interes academic dacă nu investigăm cauzele care determină acest model. În momentul de față se consideră că variațiile sezoniere ale suicidului se datorează unor factori socio-demografici, bio-meteorologici și psiho-sociali.

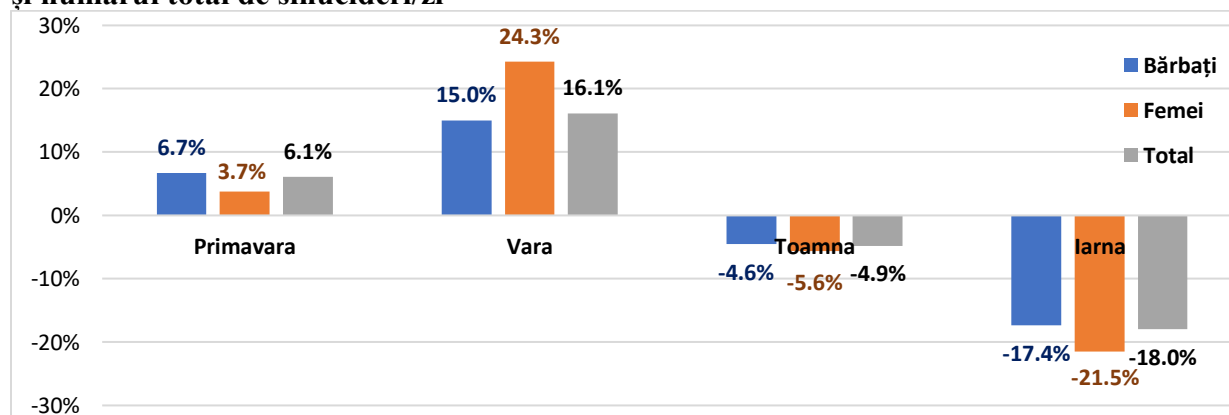
Aproape în toată perioada 2009-2013 la bărbați și la femei cel mai mare număr de sinucideri s-a înregistrat vara, iar cel mai mic număr de sinucideri s-a înregistrat iarna.

²⁷ INS, ibidem

Distribuția numărului de sinucideri la cele două sexe a variat semnificativ statistic în funcție de sezon, variația sezonieră a suicidului fiind mai mare la bărbați ($X^2=159.4$, $df=3$, $p<0.0001$) decât la femei ($X^2=51.9$, $df=3$, $p<0.0001$), rezultat asemănător unui studiu din Italia.²⁸

La bărbați în sezoanele primăvară ($x^2= 8.024$, $p=0.004$, $RR=1.067$) și vară ($x^2= 38.713$, $p=0$, $RR=1.1491$) s-au înregistrat semnificativ statistic mai multe sinucideri, iar toamna ($x^2= 3.915$, $p=0.047$, $RR=0.9537$) și iarna ($x^2=57.109$, $p=0$, $RR=0.8263$) mai puține sinucideri, în timp ce la femei doar primăvara ($x^2=18.777$, $p=1.5E-5$, $RR=1.249$) s-au înregistrat mai multe sinucideri, iar iarna ($x^2=18.778$, $p=1.5E-5$, $RR=0.7713$) mai puține sinucideri decât ar fi fost așteptat dacă numărul de sinucideri raportat la numărul de zile ar fi fost egal în fiecare sezon.

Figura 4. Diferența procentuală între numărului de sinucideri/zi în funcție de sezon și sexe și numărul total de sinucideri/zi



Cea mai mare diferență procentuală pozitivă între numărul de sinucideri/zi și numărul total de sinucideri/zi s-a înregistrat vara, iar cea mai mare diferență procentuală negativă s-a observat iarna, existând diferențe în funcție de sexe.

În ambele medii de domiciliu numărul de sinucideri observat a fost mai mic decât cel preconizat iarna (mediul rural $x^2=67.108$, $p=0$, $RR=0.7748$, mediul urban $x^2=13.006$, $p=0$, $RR=0.8812$), și mai mare vara (mediul rural $x^2=40.553$, $p=0$, $RR=1.1855$, mediul urban $x^2=15.184$, $p=9.8E-5$, $RR= 1.1322$), iar în mediul rural și primăvara ($x^2=7.271$, $p=0.007$, $RR=1.0773$).

Au existat variații sezoniere ale sinuciderilor în funcție de metodele de suicid, sugerând că preferința pentru o metodă de suicid este influențată atât de sexul persoanei suicidare, cât și de factori de mediu sezonieri. La bărbați s-au produs mai multe spânzurari primăvara și vara și mai

²⁸ Micciolo R., Williams P., Zimmermann-Tansella Ch., Tansella M. (1991) Geographical and urban—rural variation in the seasonality of suicide: Some further evidence. *Journal of Affective Disorders*, 21, 1, p.39-43 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016503279190017M?via%3Dihub>

multe sinucideri prin înec vara, iar la femei s-au produs mai multe spânzurari vara, iar un număr mai redus de spânzurări s-a înregistrat toamna și iarna la bărbați și doar iarna la femei.

Au existat variații sezoniere semnificative statistic ale sinuciderilor în funcție de locul decesului. Acasă s-au produs mai multe sinucideri primăvara și vara și mai puține iarna, iar în alt loc s-au constatat mai multe sinucideri vara și mai puține iarna.

4.4.Suicidul în funcție de luna în care s-a produs decesul

Cele mai multe sinucideri s-au înregistrat în lunile august și iulie, iar cele mai puține în lunile ianuarie, februarie și decembrie, existând o serie de diferențe în funcție de sexe

La bărbați un număr semnificativ statistic mai mare de sinucideri decât cel preconizat s-a înregistrat în lunile aprilie, mai, iunie, iulie și august, iar un număr mai redus s-a constatat în lunile ianuarie, februarie, noiembrie și decembrie, în timp ce la femei s-au înregistrat mai puține sinucideri în lunile ianuarie, februarie și decembrie și mai multe în lunile iulie și august.

Pentru creșterea numărului de sinucideri/zi în lunile de primăvară-vară studiile^{29 30} sugerează că ar exista o legătură între disfuncția psihoneuroimunologică cauzată de polen și tulburarea depresivă majoră sezonieră, observându-se creșterea valorilor mediatorilor inflamatori, a citokinelor inflamatorii și a proteinei C reactive. Alte studii au sugerat că radiația solară ultravioletă, poate fi răspunzătoare de creșterea unor indicatori ai anxietății, cum ar fi consumul de alcool și suicidul, sau că frecvența mai mare a undelor electromagnetice lungi din timpul erupțiilor solare determină creșterea numărului de sinucideri în timpul creșterii activității petelor solare. Deși este evident că există o relație semnificativă între climă și suicid, este dificil de estimat care factori climatici sunt cei care influențează cel mai mult nivelul de anxietate.

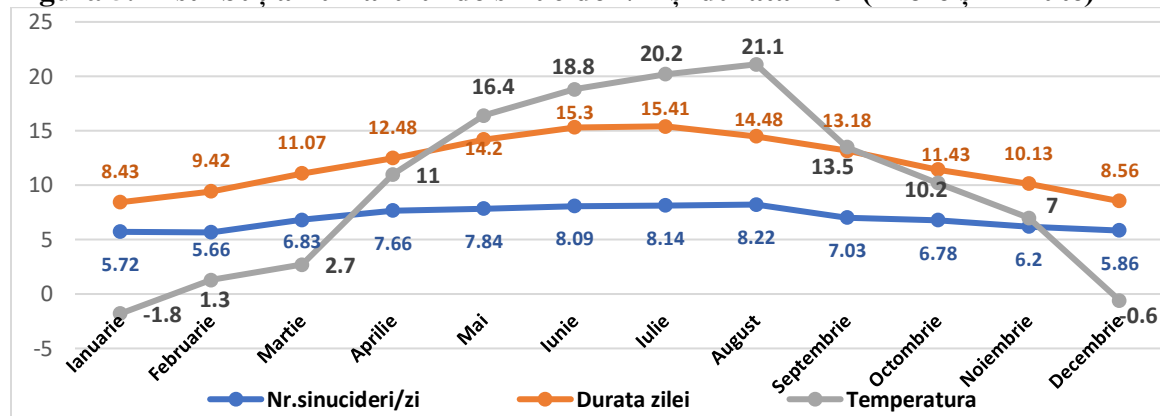
Factorii meteorologici par a influența numărul de sinucideri, creșterea duratei zilei și a temperaturii medii lunare din perioada aprilie-septembrie coincizând cu creșterea numărului de sinucideri/zi. Cele multe sinucideri/zi au fost înregistrate în lunile iunie, iulie, august, iar cele mai puține în lunile februarie, ianuarie și decembrie, existând variații în funcție de mediul de domiciliu. Astfel, în mediul rural, cele mai multe sinucideri/zi s-au înregistrat în luna august, iar

²⁹ Postolache TT, Lapidus M, Sander ER, Langenberg P, Hamilton RG, Soriano JJ, McDonald JS, Furst N, Bai J, Scrandis DA, Cabassa JA, Stiller JW, Balis T, Guzman A, Toghias A, Tonelli LH. (2007) Changes in allergy symptoms and depression scores are positively correlated in patients with recurrent mood disorders exposed to seasonal peaks in aeroallergens. *Scientific World Journal*.;7, p.1968-77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18167612>

³⁰ Postolache, T. T., Komarow, H., & Tonelli, L. H. (2008). Allergy: a risk factor for suicide?. *Current treatment options in neurology*, 10(5), p.363-76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2592251/>

cele mai puține sinucideri/zi în luna ianuarie, în timp ce în mediul urban cele mai multe sinucideri/zi s-au înregistrat în luna iunie, iar cele mai puține în luna noiembrie.

Figura 5. Distribuția numărului de sinucideri/zi și durata zilei (în ore și minute)



Obținută prin prelucrarea datelor statistice INS, a datelor^{31 32}

Tabelul 1. Distribuția procentuală a sinuciderilor în funcție de vârstă și luna decesului

Luna	sub 14 ani	15-19 ani	20-29 ani	30-39 ani	40-49 ani	50-59 ani	60-69 ani	70-79 ani	>80	Total
1	16.09%	9.22%	8.64%	8.25%	7.05%	6.06%	5.83%	6.07%	5.22%	6.92%
2	6.90%	6.92%	7.12%	7.77%	5.88%	6.12%	5.51%	5.18%	5.58%	6.23%
3	8.05%	9.51%	7.12%	9.32%	8.10%	8.93%	8.48%	7.69%	4.68%	8.27%
4	9.20%	12.39%	8.24%	8.25%	9.11%	8.93%	8.96%	9.06%	10.43%	8.98%
5	8.05%	10.66%	10.16%	8.73%	9.22%	9.27%	10.58%	9.14%	9.71%	9.49%
6	11.50%	9.22%	9.36%	9.21%	8.77%	10.16%	9.02%	9.63%	11.51%	9.48%
7	9.20%	6.63%	9.68%	9.37%	9.82%	9.58%	10.10%	11.81%	10.43%	9.85%
8	6.90%	6.34%	9.12%	9.16%	10.64%	9.82%	10.80%	10.92%	9.71%	9.95%
9	4.60%	6.34%	7.36%	7.19%	7.91%	8.83%	9.67%	7.93%	10.07%	8.24%
10	6.90%	6.63%	7.36%	7.40%	8.88%	8.69%	7.78%	8.58%	8.99%	8.21%
11	6.90%	8.07%	7.36%	7.51%	7.65%	7.08%	6.32%	7.36%	7.91%	7.27%
12	8.05%	8.07%	8.48%	7.83%	6.97%	6.53%	6.97%	6.63%	5.76%	7.09%

La persoanele peste 30 de ani cele mai mari procente de sinucideri s-au înregistrat în lunile de vară. Sub vârsta de 14 ani cele mai multe sinucideri s-au produs în luna ianuarie, între 15-19 ani în luna aprilie, iar între 20-29 ani în luna mai.

4.5. Suicidul în România în funcție de ziua săptămânii în care s-a produs decesul

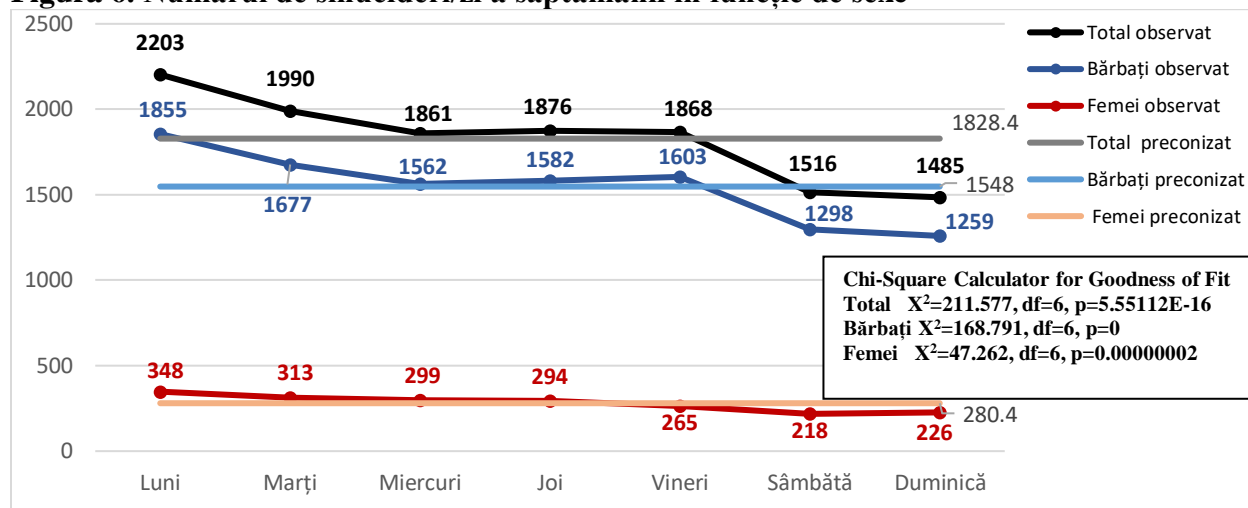
Distribuția lunară egală sinuciderilor a fost exclusă (Testul $X^2=211.577$, $p<0.0001$), existând o corelație negativă puternică semnificativă statistic între numărul de sinucideri și ziua săptămânii (Testul de corelație Pearson $R=-0.940$, $p=0.0016$), variația numărului de sinucideri fiind mai mare la bărbați ($X^2=168.791$, $p=0$) decât la femei ($X^2=47.262$, $p=0.00000002$), dar

³¹ Calendarul astronomic pe luna, Observatorul Astronomic “Amiral Vasile Urseanu” <http://www.astro-urseanu.ro/calendar.html>

³² Administrația Națională de Meteorologie, (2013) Raport anual 2013, <http://www.meteoromania.ro/despre-noi/raport-anual/raport-anual-2013/>

corelația negativă între numărul de sinucideri și numărul zilei din săptămână a fost mai mare la femei (T. Pearson $R=-0.9685$, $p=0.0003$) decât la bărbați (T. Pearson $R=-0.926$, $p=0.018$).

Figura 6. Numărul de sinucideri/zi a săptămânii în funcție de sexe



Numărul de sinucideri total și la ambele sexe a fost semnificativ statistic mai mic sâmbăta și duminica decât numărul preconizat, și mai mare luni și marți, cu excepția zilei de marți la femei. În ambele medii s-au înregistrat semnificativ statistic mai puține sinucideri sâmbăta și duminica, și mai multe sinucideri luni și marți, cu excepția zilei de marți în mediul rural

S-au observat o serie de diferențe ale variației săptămânale a numărului de sinucideri în funcție de vârstă, starea civilă, statutul ocupațional și locul decesului.

4.6. Suicidul în România în funcție de județul de domiciliu

În 17 județe riscul de suicid a fost mai mare decât în restul țării, cel mai mare fiind observat în județele în care etnicii maghiari au reprezentat o proporție importantă din totalul populației:³³ Harghita (cu 127.5% mai mare), Covasna (112.6%), Satu-Mare (80.3%) și Mureș (57.1%), iar în 14 județe riscul de suicid a fost mai redus, cel mai scăzut risc avându-l persoanele din București (162.9%), Caraș-Severin (55.3%), Bistrița-Năsăud (50.3%) și Vrancea (52%), existând o serie de diferențe în funcție de sexe.

Cea mai mare rată a suicidului total a fost în județele cu o proporție crescută de etnici maghiari, Harghita (25.42), Covasna (23.94) și Satu Mare (20.25), atât la bărbați cât și la femei, existând o corelație pozitivă puternică semnificativă statistic între rata totală a suicidului și

³³ INS, Rezultatele finale ale Recensământului din 2011: „Tab8. Populația stabilă după etnie – județe, municipii, orașe, comune”. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/sR_Tab_8.xls

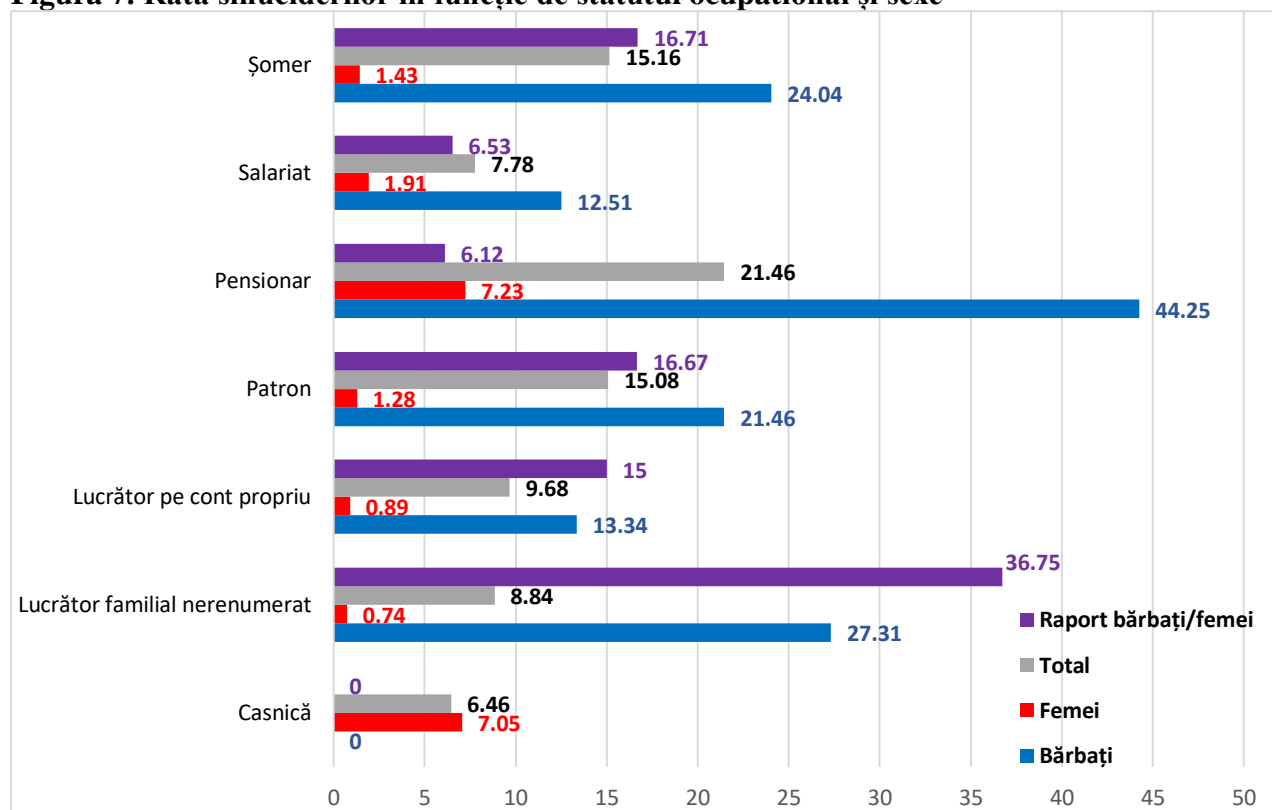
procentul populației de etnie maghiară (Test Pearson $R=0.7948$, $p < 0.00001$), atât la bărbați (Test Pearson $R=0.7922$, $p < 0.00001$) cât și la femei (Test Pearson $R=0.7294$, $p < 0.00001$).

Cele mai mari rate ale suicidului, în ambele medii, au fost în Harghita, Covasna și Satu Mare, cele mai mici rate ale suicidului în mediul urban au fost în București, Vrancea și Mehedinți, iar în mediul rural în Bistrița-Năsăud, Suceava și Vrancea. A existat o corelație pozitivă slabă semnificativă statistic între raportul rata suicidului mediul rural/urban și raportul dintre populația din mediul rural/urban (Test de corelație Pearson $R=0.3452$, $p=0.025$).

Riscul relativ de suicid la nivel județean a variat în funcție de vârsta persoanelor și starea civilă. Distribuția inegală a numărului de sinucideri poate fi explicată prin numărul diferit al populației din fiecare județ, numărul județean diferit de emigranți definitivi și temporari, densitatea redusă a populației, nivelul litiului din apa potabilă și alți factori locali.

4.7. Suicidul în funcție de statutul ocupațional

Figura 7. Rata sinuciderilor în funcție de statutul ocupațional și sexe



Obținută prin prelucrarea datelor statistice INS și a tabelor^{34 35}

³⁴ INS, Recensământ 2011. Vol.I. Tab 42. [Populația de 10 ani și peste analfabetă pe sexe, după statutul activității curente – categorii de localități.](http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol1_t42.xls) http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol1_t42.xls

³⁵ INS, Recensământ 2011. Vol.III. Tab18. Populația ocupată pe sexe și grupe de vârstă, după statutul profesional – categorii de localități. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol3_t18.xls

Cea mai mare rată a suicidului a existat la pensionari, șomeri și patroni, iar cea mai redusă la casnice și salariați, existând diferențe în funcție de sexe. Bărbații lucrători familiari neremunerați, femeile casnice și persoanele pensionare au avut un risc mai mare de suicid decât populația generală, în timp ce persoanele salariate, lucrător pe cont propriu, bărbații casnici, femeile lucrător familial neremunerat și cele șomere au avut un risc mai redus de suicid comparativ cu populația generală.

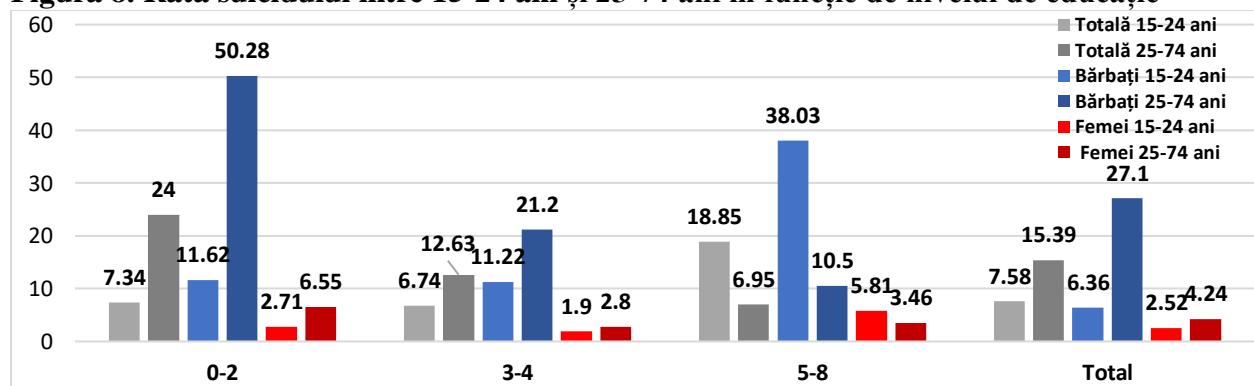
Bărbații din mediul urban care s-au sinucis au fost semnificativ statistic mai des patroni (cu 122.7%), salariați (cu 67.4%), șomeri (cu 22.3%) sau pensionari (cu 7.1%), iar bărbații din mediul rural care s-au sinucis au fost semnificativ statistic mai des lucrători familiari neremunerați (cu 284.3%), lucrători pe cont propriu (cu 204.1%) sau cu altă ocupație (cu 12.6%). Femeile din mediul urban care s-au sinucis au fost semnificativ statistic mai des salariate (cu 139.3%), în timp ce femeile din mediul rural care s-au sinucis au fost semnificativ statistic mai des lucrătoare familiale neremunerate (cu 256.6%) și casnice (cu 127.8%).

Indiferent de statutul ocupațional bărbații s-au sinucis mai des decât femeile prin spânzurare, iar la femei preferința pentru metodele de suicid au prezentat o serie de variații.

4.8.Suicidul în funcție de nivelul de educație

La persoanele între 15-24 de ani, cea mai mare rată a suicidului au avut-o cele cu nivel de educație 5-8, la ambele sexe, ceea ce se poate explica prin faptul că tinerii cu un nivel crescut de educație își găsesc mai greu un loc de muncă, iar salariul este mai scăzut decât așteptările lor.

Figura 8. Rata suicidului între 15-24 ani și 25-74 ani în funcție de nivelul de educație ³⁶



Obținută prin prelucrarea datelor statistice INS și a tabelelor ³⁷

³⁶ UNESCO Institute for Statistics, (2012) Clasificarea Internațională standard a educației ISCED 2011, http://www.anc.edu.ro/uploads/images/Legislatie/ISCED_2011_UNESCO_RO_final.pdf

³⁷ Eurostat, "Population by educational attainment level, sex and age (1000) (edat_lfs_9901)". https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/EDAT_LFS_9901

La persoane cu vârsta între 25-74 de ani, cea mai mare rată a suicidului au avut-o persoanele cu nivel 0-2 de educație (24/100 000), scăzând cu creșterea nivelului de educație, cu circa 50% față de rata celor cu nivelul anterior de educație, cu excepția femeilor cu nivel 5-8 de educație, la care rata suicidului a crescut cu 23.6% față de cele cu nivel 3-4 de educație.

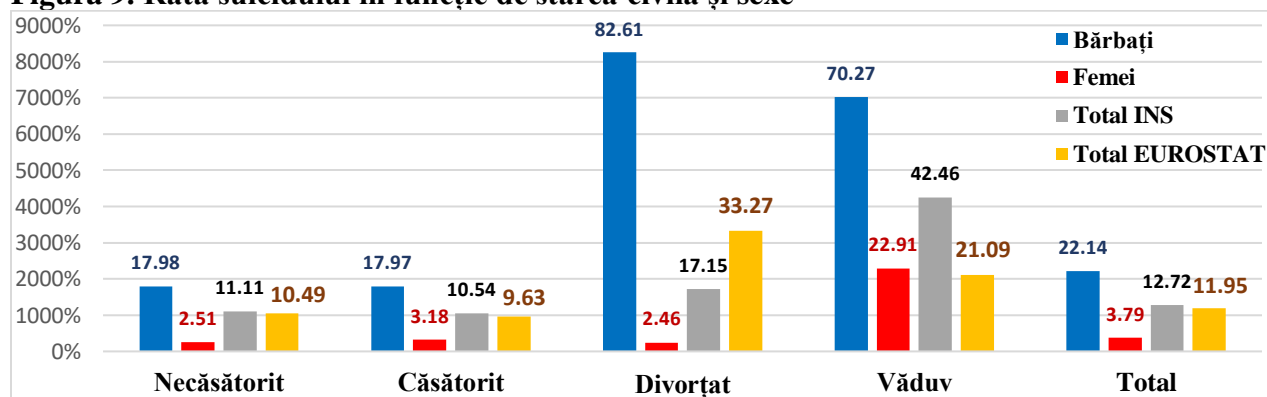
Femeile din mediul urban au absolvit semnificativ statistic mai des liceul, școala postliceală sau studii superioare, iar cele din mediul rural școala primară sau gimnazială.

Bărbații din mediul urban au absolvit semnificativ statistic mai des liceul, școala postliceală, studii superioare sau alte studii, iar cei din mediul rural școala primară, gimnazială sau profesională. S-au observat o serie de variații ale preferinței metodei de suicid la cele două sexe în funcție de nivelul de educație.

4.9.Suicidul în funcție de starea civilă

Majoritatea sinuciderilor au fost efectuate de persoanele fără partener (60%), din care jumătate au fost persoane necăsătorite, iar cealaltă jumătate a fost reprezentată de persoane divorțate și văduve în procente aproximativ egale. Dar un procent important de sinucideri a fost efectuat și de persoanele căsătorite (40%).

Figura 9. Rata suicidului în funcție de starea civilă și sexe



Obținută prin prelucrarea datelor statistice INS și a tabelelor.³⁸

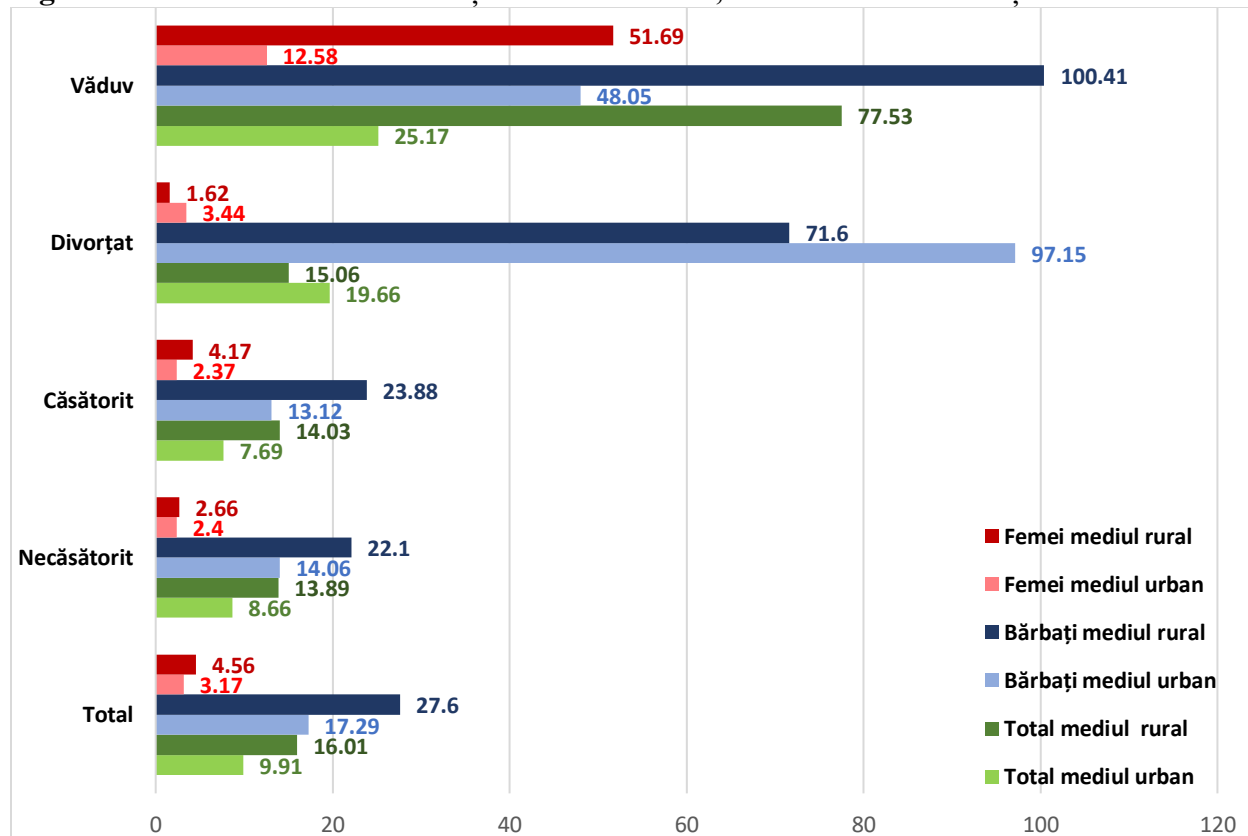
Cea mai mare rată a suicidului s-a înregistrat la persoanele văduve (42.5/100 000), pe locul 2 fiind rata suicidului la persoanele divorțate (17.2/100 000), existând diferențe în funcție de sexe. Cele mai mari rate ale suicidului au fost întâlnite la bărbații divorțați (82.6/100 000), la bărbații văduvi (70.3/100 000) și la femeile văduve (22.9/100 000).

Numărul de sinucideri prin fiecare metodă de suicid nu a fost distribuită uniform în funcție de starea civilă a bărbaților ($p < 0.05$), cea mai mare variație fiind la bărbații care s-au spânzurat și

³⁸ INS. Recensământ 2011. Tab4. Populația stabilă pe sexe, după starea civilă – categorii de localități, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/sR_TAB_4.xls

la cei care au decedat prin intoxicație voluntară. Distribuția numărului de sinucideri în funcție de starea civilă a femeilor prin spânzurare, intoxicație, înec și accident de circulație nu a fost uniformă, cea mai mare variație a numărului de sinucideri fiind observată la femeile care s-au spânzurat și la cele care au decedat prin intoxicație voluntară, similar bărbaților. Spre deosebire de aceștia nu au existat variații ale numărului de sinucideri prin defenestrare, obiecte tăioase, împușcare și altă metodă în funcție de starea civilă.

Figura 10. Rata suicidului în funcție de starea civilă, mediul de domiciliu și sexe



Obținut prin prelucrarea datelor statistice INS și a tabelelor³⁹

Rata suicidului a fost mai mare în mediul rural indiferent de starea civilă, cu excepția persoanelor divorțate. Cele mai mari rate ale suicidului în mediul rural au fost întâlnite la bărbații (100.41/100 000) și femeile (51.7/100 000) văduve, iar în mediul urban la femeile văduve (12.58/100 000) și la bărbații divorțați (97.15/100 000).

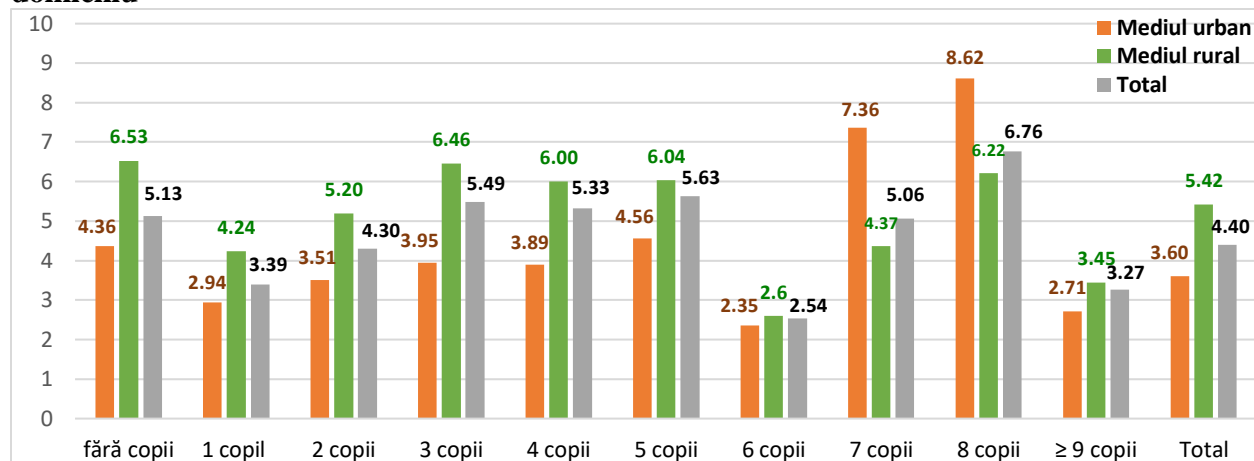
4.10. Suicidul la femei ≥ 15 ani în funcție de numărul de copii

Rata suicidului a fost mai mare la femeile din mediul rural indiferent de numărul de copii, cu excepția celor cu 7 și 8 copii. Cea mai mare rată a suicidului s-a observat la femeile din

³⁹ INS. Recensământ 2011. Tab4. ibidem

mediul rural fără copii și cu 3 copii, iar în mediul urban la femeile cu 7 și 8 copii, iar cea mai scăzută rată a suicidului s-a observat la femeile cu 6 copii, din ambele medii de domiciliu.

Figura 11. Rata suicidului la femeile ≥ 15 ani în funcție de nr.de copii și mediul de domiciliu



Obținut prin prelucrarea datelor statistice INS și a tabelelor⁴⁰

La femeile din mediul urban fără copii riscul relativ de suicid a fost mai mare ($x^2= 10.473$, $p=0.0012$, $RR= 1.2514$), iar la cele cu 1 copil riscul relativ de suicid a fost mai mic decât al populației de femei din mediul urban ($x^2=13.263$, $p=0.00027$, $RR=0.7547$).

La femeile din mediul rural fără copii ($x^2=6.284$, $p=0.012$, $RR=1.1922$) și la cele cu 3 copii riscul relativ de suicid a fost mai mare ($x^2=5.54$, $p=0.018$, $RR=1.2255$), iar la cele cu 1 copil ($x^2=13.129$, $p=0.00029$, $RR=0.739$) și la cele cu 6 copii ($x^2=3.988$, $p=0.045$, $RR=0.477$) riscul relativ de suicid a fost mai mic decât al populației de femei din mediul rural.

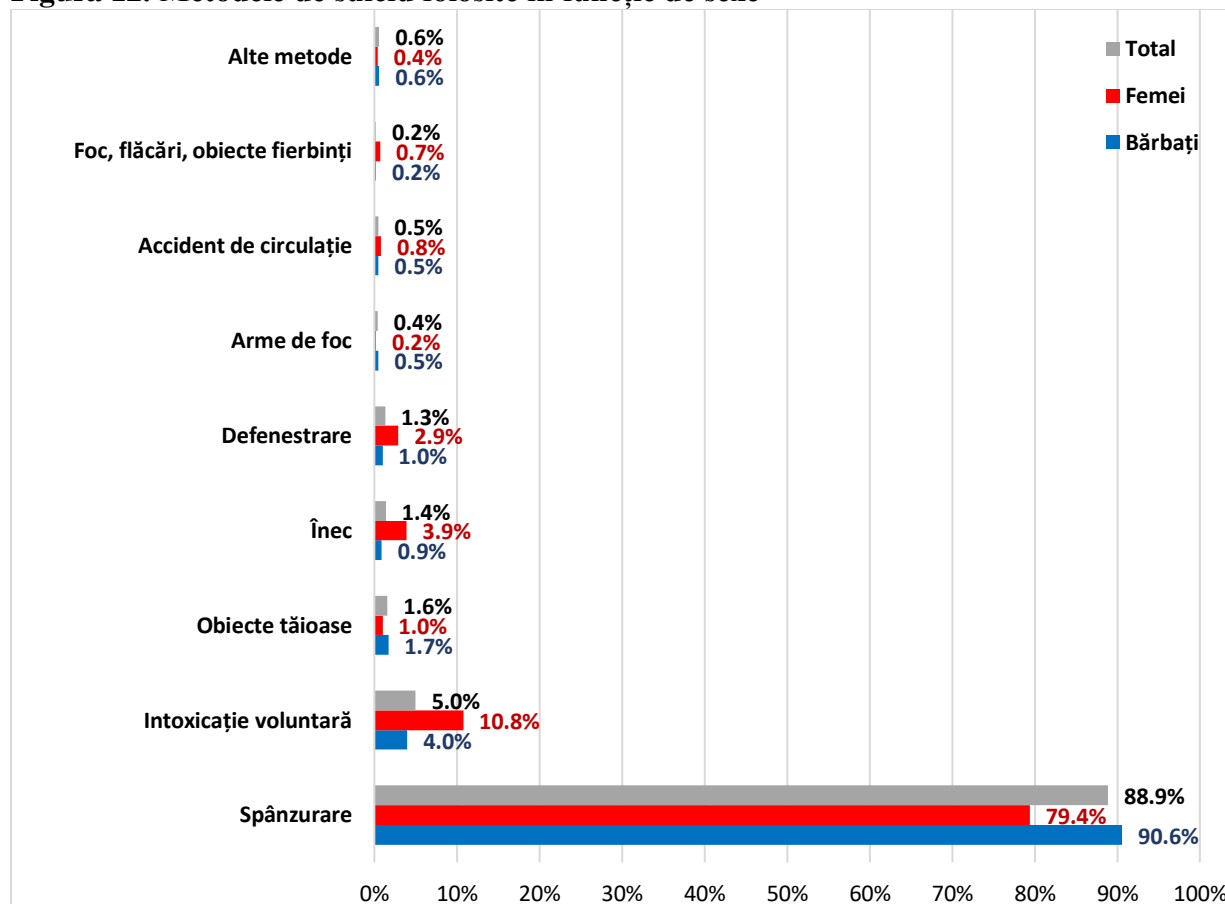
Analiza Chi-square (X^2) pentru variabile independente a arătat că există o asocierie între starea civilă și numărul de copii ai femeilor care s-au sinucis ($X^2 (9)= 485.37$, $p<0.00001$). Femeile necăsătorite, fără copii s-au sinucis mai des decât femeile cu 1-3 copii cu aceeași stare civilă, femeile necăsătorite cu 1 copil s-au sinucis mai des decât cele cu 3 copii, femeile căsătorite și cele văduve fără copii s-au sinucis mai rar decât femeile cu 1-3 copii cu aceeași stare civilă, iar femeile văduve cu 1 copil s-au sinucis mai des decât cele cu 4 sau mai mulți copii. S-au observat variații în funcție de mediul de domiciliu, statutul ocupațional și numărul de copii.

⁴⁰ INS, Recensământ 2011. Vol.I. Tab14. Populația feminină de 15 ani și peste după anul nașterii și numărul copiilor născuți-vii – categorii de localități. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol1_t14.xls

4.11. Suicidul în funcție de metodele de suicid folosite

Atât femeile cât și bărbații au preferat spânzurarea ca metodă de suicid, fiind urmată la mare distanță de intoxicația voluntară, obiecte tăioase, înec și defenestrare. Spânzurarea, obiectele tăioase, armele de foc și alte metode au fost folosite într-un procent mai mare de bărbați, iar metode mai puțin violente: intoxicația, înecul, defenestrarea, accidentul de circulație și focul, flăcările și obiectele fierbinți au fost utilizate într-un procent mai mare de femei.

Figura 12. Metodele de suicid folosite în funcție de sexe

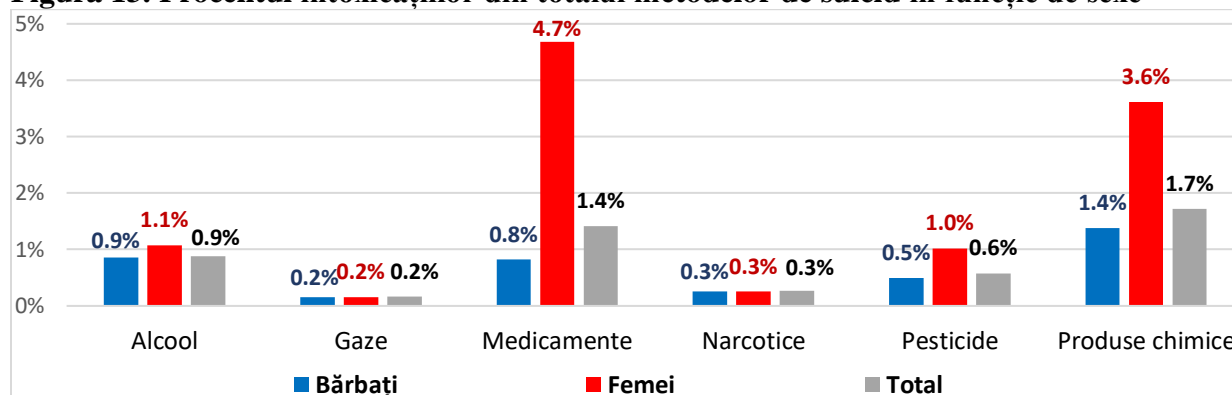


Analiza statistică a arătat că bărbații s-au sinucis mai des prin spânzurare (cu 14%) și folosirea obiectelor tăioase (cu 66.6%), iar femeile s-au sinucis mai frecvent prin expunere la foc, flăcări, vapori, gaze și obiecte fierbinți (cu 322.3%), înec (cu 317%), defenestrare (cu 174%) și intoxicație voluntară (cu 173%).

Procentul femeilor care s-au sinucis prin intoxicație cu medicamente, produse chimice, pesticide și alcool a fost mai mare la femei decât la bărbați, iar gaze și narcotice au fost folosite în procente egale de cele două sexe. Au existat diferențe semnificative statistic între cele două

sexe pentru folosirea anumitor substanțe pentru intoxicație ($p < 0.05$), femeile folosind mai des medicamentele (cu 471%), produsele chimice (cu 163%) și pesticidele (cu 104.6%).

Figura 13. Procentul intoxicațiilor din totalul metodelor de suicid în funcție de sexe



În mediul rural a fost mai mare proporția sinuciderilor prin spânzurare (cu 6.9%) decât în mediul urban, unde a fost mai mare proporția sinuciderilor prin intoxicație voluntară (cu 31.4%), obiecte tăioase (cu 64.3%), defenestrare (cu 427.1%), împușcare (cu 190.8%), accident de circulație (cu 163.4%) și alte metode (cu 205.3%). În mediul urban au fost mai dese sinuciderile prin intoxicație cu narcotice (de 13.2 ori) și cu medicamente (de 1.2 ori), iar în mediul rural intoxicația cu pesticidele (cu 96%).

La toate grupele de vârstă, spânzurarea a fost metoda de suicid folosită predominantă (între 87-91%) fără să existe diferențe semnificative statistic în funcție de vârstă, iar pe locul 2 s-au clasat sinuciderile prin intoxicație voluntară. Începând cu a 3-a metodă de suicid se observă diferențe între grupele de vârstă în privința metodelor de suicid.

4.12. Suicidul în funcție de locul decesului

Majoritatea sinuciderilor au fost efectuate acasă (60.6%), circa o treime au fost efectuate într-o altă locație, iar 6.55% s-au realizat într-o unitate sanitară. În cazul sinuciderilor efectuate într-o unitate sanitară a existat o predominanță mai redusă a bărbaților decât în populația generală (84.66% în studiul nostru).

La persoanele cu vârsta sub 40 de ani procentul sinuciderilor efectuate într-o unitate sanitară a fost mai mare decât procentul sinuciderilor efectuate acasă, iar după această vârstă procentul sinuciderilor efectuate acasă a fost mai mare decât al sinuciderilor efectuate într-o unitate sanitară sau în alt loc. analiza statistică a arătat că persoanele între 20-29 ani s-au sinucis semnificativ statistic mai des într-o unitate medicală decât acasă, persoanele sub 50 de ani s-au sinucis mai des într-un alt loc, iar persoanele peste 60 ani s-au sinucis mai des acasă.

Indiferent de locul decesului, unitate sanitară, acasă sau altă locație, cel mai mare procent de sinucideri s-au produs prin spânzurare. În timp ce procentul sinuciderilor prin spânzurare a fost de circa 90% acasă și în altă locație, în unitățile sanitare spânzurarea fost întâlnită în aproape jumătate din cazurile de suicid, un procent însemnat de sinucideri producându-se prin intoxicație (35%), defenestrare (5.8%) și obiecte tăioase (3.7%).

5.Studiul tentativelor suicidare din județul Neamț

În anul 2013, s-au înregistrat 2429 sinucideri în România, din care 68 în Județul Neamț, rata suicidului fiind de 10.84/100 000 locuitori în România și 11.62/100 000 locuitori în Județul Neamț. În anul 2016, în județul Neamț, numărul persoanelor cu tentativă suicidară care au ajuns la spital a fost de 206, care raportat la populația de 578 007 locuitori,⁴¹ ne oferă o rată a tentativelor de suicid de 35.64/100 000 locuitori, de circa 2.5 ori mai mare decât rata suicidului. Având informații referitoare la ratele suicidului la nivel local și național am putut estima numărul real al tentativelor de suicid, care conform OMS și multor autori ar fi de 20-30 de ori mai mare decât numărul sinuciderilor.^{42 43} Astfel, am calculat că în județul Neamț s-ar produce circa 1360-2040 tentative de suicid/an, rata reală a tentativelor de suicid ar fi între 232.52-348.78/100 000 locuitori, din care la spital au ajuns 10-15%, iar la nivelul întregii țări s-ar produce între 48 580 – 72870 tentative de suicid/an.

Bărbații din județul Neamț s-au sinucis de 5 ori mai des decât femeile, în timp ce acest raport este egal cu aproximativ 4 la nivel global,⁴⁴ iar tentativele de suicid sunt, conform datelor din literatură, de 2-3 ori mai numeroase la femei decât la bărbați,⁴⁵ dar în studiul nostru acest raport este egal cu 1.4, ce se explică prin violența mai mare a metodelor de suicid folosite de bărbați, care produc mai des leziuni ce necesită îngrijiri medicale.

Riscul relativ de suicid al bărbaților a fost de 4.3 ori mai mare decât al femeilor, în timp ce riscul de tentativă de suicid al femeilor a fost cu 36.4% mai mare decât al bărbaților.

⁴¹ INS- "POP107A - "Populatia rezidenta la 1 ianuarie pe grupe de varsta si varste, sexe si medii de rezidenta, macromedii, regiuni de dezvoltare si judete". <http://statistici.insse.ro/shop/?page=tempo2&lang=ro&context=10>

⁴² Han B, Kott PS, Hughes A, McKeon R, Blanco C, Compton WM ,(2016) Estimating the rates of deaths by suicide among adults who attempt suicide in the United States. J Psychiatr Res.;77, p.125.

<https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults/abstract/19>

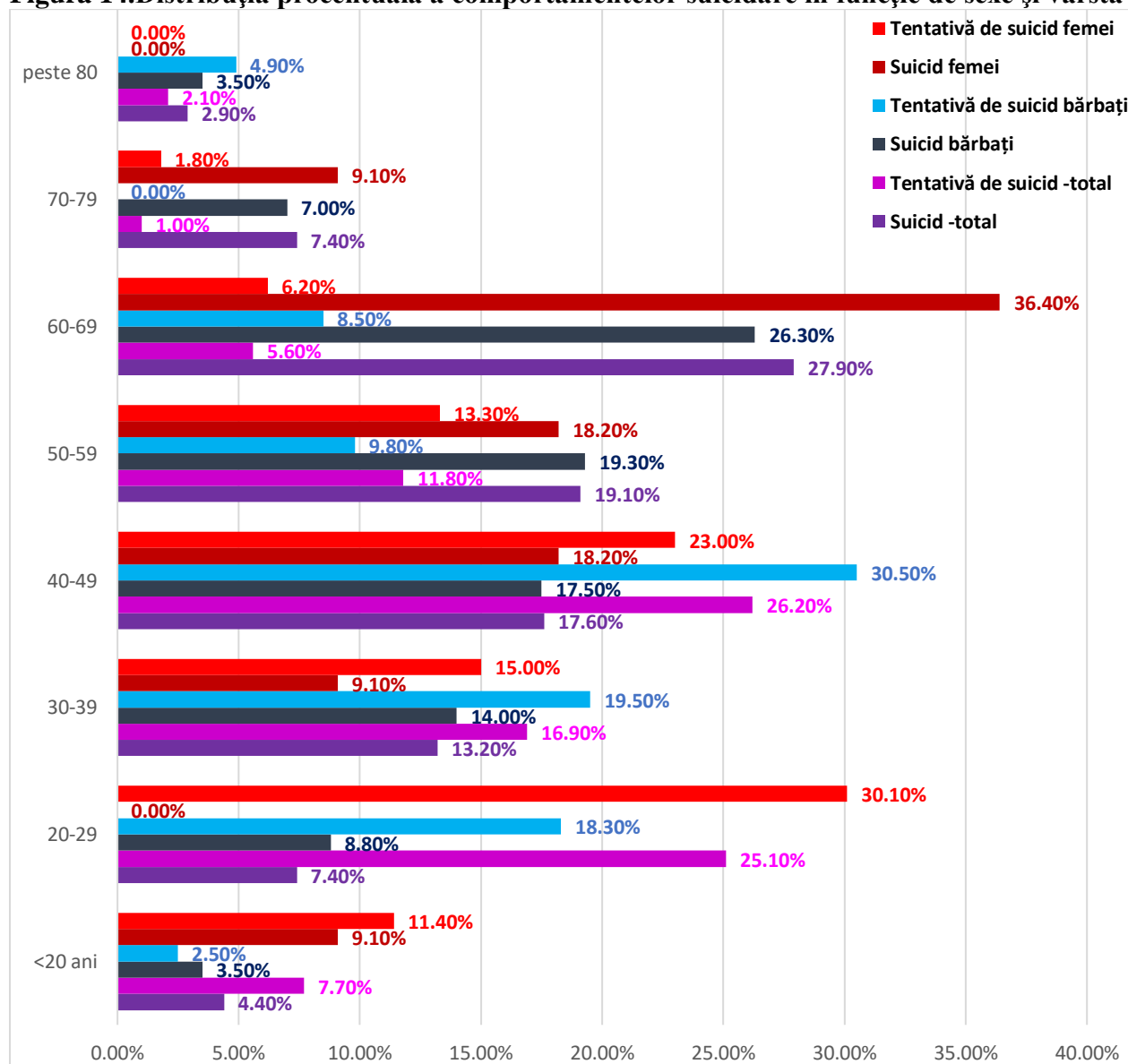
⁴³ WHO-Suicide data, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

⁴⁴ CDC. (2015) Suicide data sheet, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>

⁴⁵ Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R., World report on violence and health, World Health Organization, 2002, Geneva. p.191 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

Cele mai multe sinucideri s-au înregistrat la grupa 60-69 ani, la ambele sexe, iar cele mai multe tentative de suicid s-au înregistrat la grupa de vârstă 40-49 de ani, la femeile între 20-29 ani și la bărbații cu vârsta între 40-49 ani. Creșterea odată cu vârsta a frecvenței și violenței comportamentelor suicidare demonstrează prezența carierei suicidare, persoana acumulând progresiv în dosarul personal vulnerabilități, eșecuri și deziluzii. Comportamentele suicidare sunt mai frecvente între 40-69 ani, coincizând cu criza vârstei mijlocii, când oamenii se confruntă cu o serie de modificări biologice, psihologice și sociale.

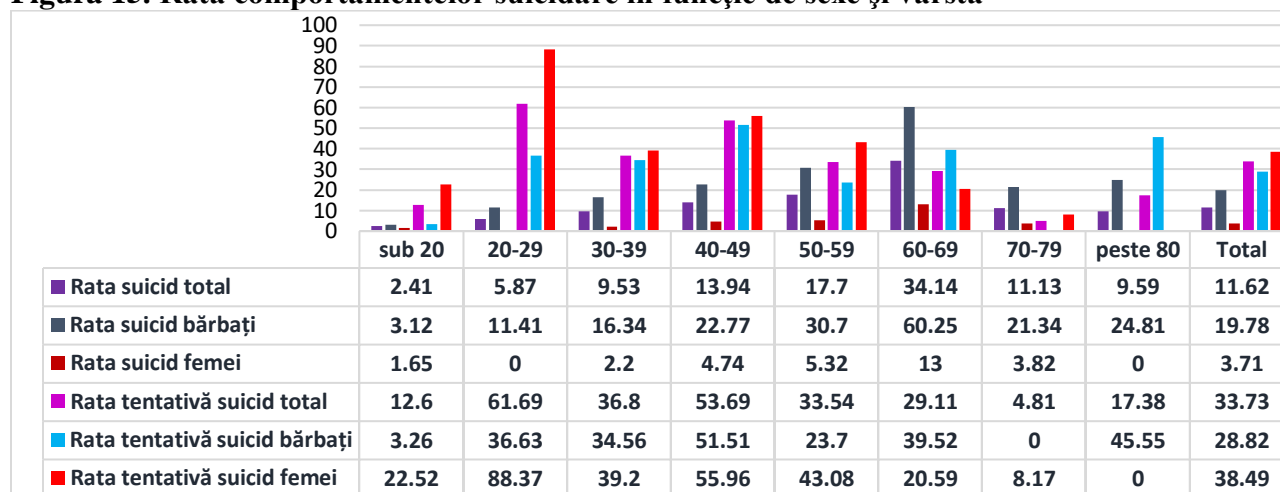
Figura 14. Distribuția procentuală a comportamentelor suicidare în funcție de sexe și vârstă



Cele mai mari rate ale tentativelor de suicid s-au înregistrat la grupa de vârstă 20-29 ani, existând diferențe între cele două sexe. Astfel, la bărbați cele mai mari rate ale tentativelor de

suicid s-au înregistrat la grupa 40-49, la femeii între 20-29 ani, iar cele mai mari rate ale suicidului s-au înregistrat la grupa de vârstă 60-69 ani, atât la bărbați cât și la femeii. Spre deosebire studiile au arătat că rata tentativelor de suicid la persoanele peste 65 ani este mult mai mare, de 57.7/100 000 la bărbați, 64/100 000 la femeii,⁴⁶ iar rata sinuciderilor crește cu vârsta, la persoanele peste 75 ani fiind de 50/100 000 bărbați și 15.8/100 000 femeii.⁴⁷

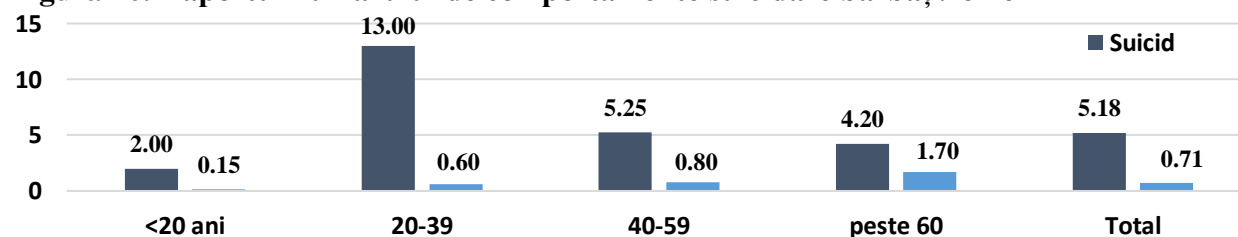
Figura 15. Rata comportamentelor suicidare în funcție de sexe și vârstă



La bărbați rata tentativelor de suicid a fost de 1.46 ori mai mare decât rata suicidului, iar la femeii rata tentativelor de suicid a fost de 10.48 ori mai mare decât rata suicidului.

Bărbații cu vârsta între 20-29 ($\chi^2=5.711$, $p=0.016$, $RR=0.3114$) și 40-49 ani ($\chi^2=5.029$, $p=0.024$, $RR=0.4422$) și femeile cu vârsta sub 60 ani au avut un risc mai mare de tentativă de suicid decât de suicid ($p<0.005$).

Figura 16. Raportul numărului de comportamente suicidare bărbați/femeii



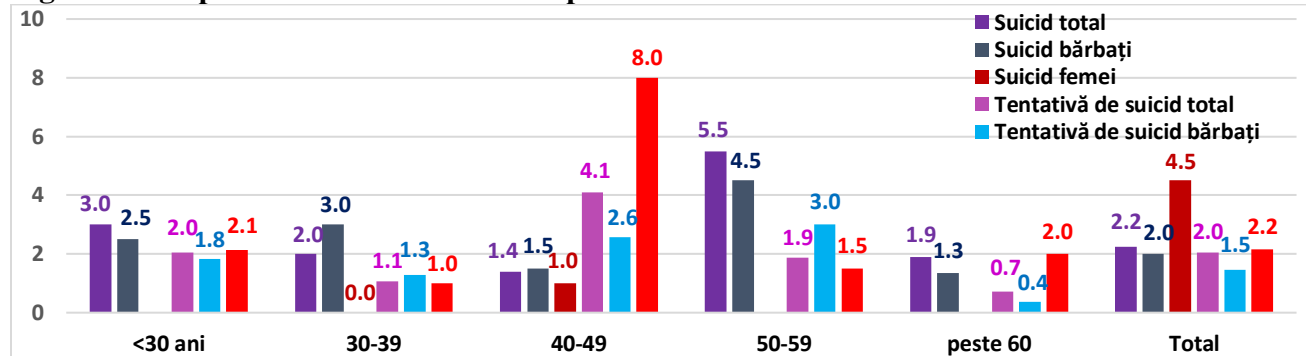
Raportul dintre numărul de sinucideri bărbați/femeii a fost supraunitar la toate grupele de vârstă, având valoarea cea mai mare între 20-39 ani, iar raportul dintre numărul de tentative de suicid bărbați/femeii a fost subunitar la toate grupele de vârstă, cu excepția grupei peste 60 ani.

⁴⁶ Hoxey K, Shah A. (2000) Recent trends in elderly suicide rates in England and Wales. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, 15(3), p.274-279.

⁴⁷ Dombrowski Al.Y, Szanto K., Reynolds Ch.F, (2005) Epidemiology and risk factors for suicide in the elderly: 10-year update, *Aging Health*, 1(1), p.135-145. <https://www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/1745509X.1.1.135>

Raportul între numărul de sinucideri bărbați/femei (5.18) a fost mult mai mare decât raportul dintre numărul de tentative de suicid bărbați/femei (0.71), confirmând faptul că mai mulți bărbați se sinucid și mai multe femei au tentative de suicid.

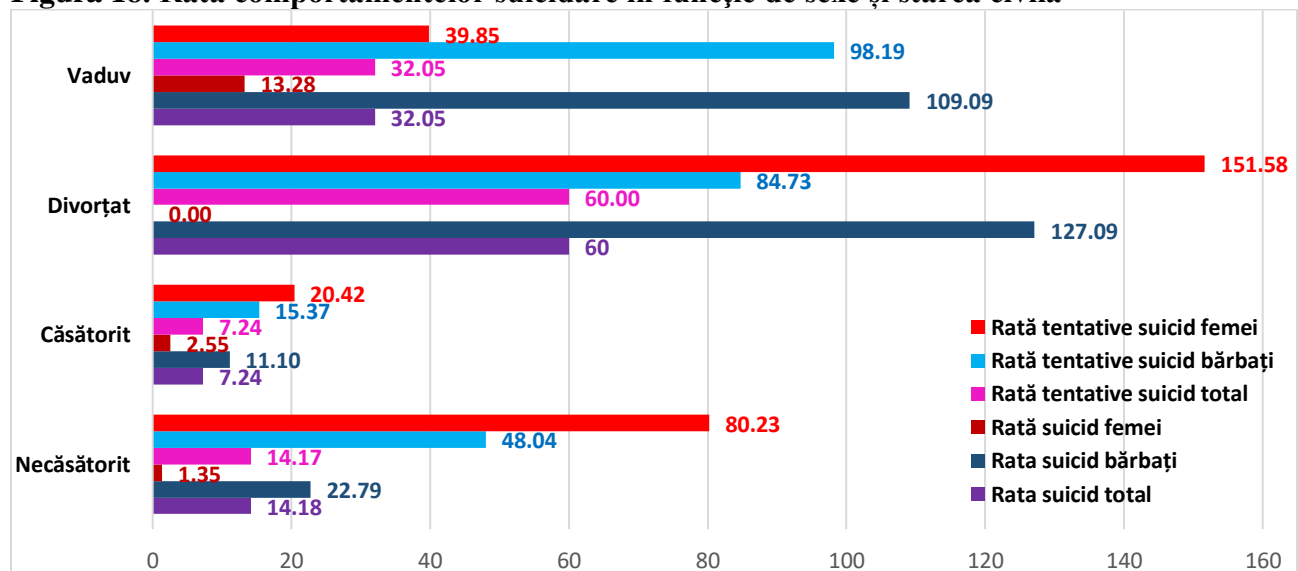
Figura 17. Raportul dintre numărul comportamentelor suicidare din mediul rural/urban



Raportul dintre numărul de tentative de suicid din mediul rural/urban a fost mai mare la femeile din grupa de vârstă sub 30 de ani, 40-49 ani și peste 60 ani decât la bărbații din aceleași grupe de vârstă, iar la bărbați acest raport a fost mai mare la grupele 30-39 ani și 50-59 ani.

Predominanța raportului rural/urban supraunitar în ceea ce privește numărul sinuciderilor și a tentativelor de suicid este explicabilă prin faptul că în mediul rural soluțiile existențiale sunt mai limitate, iar adresabilitatea către serviciile psihiatrice este mai scăzută din cauza nivelului cultural, stigmei și accesibilității mai dificile a serviciilor psihiatrice.

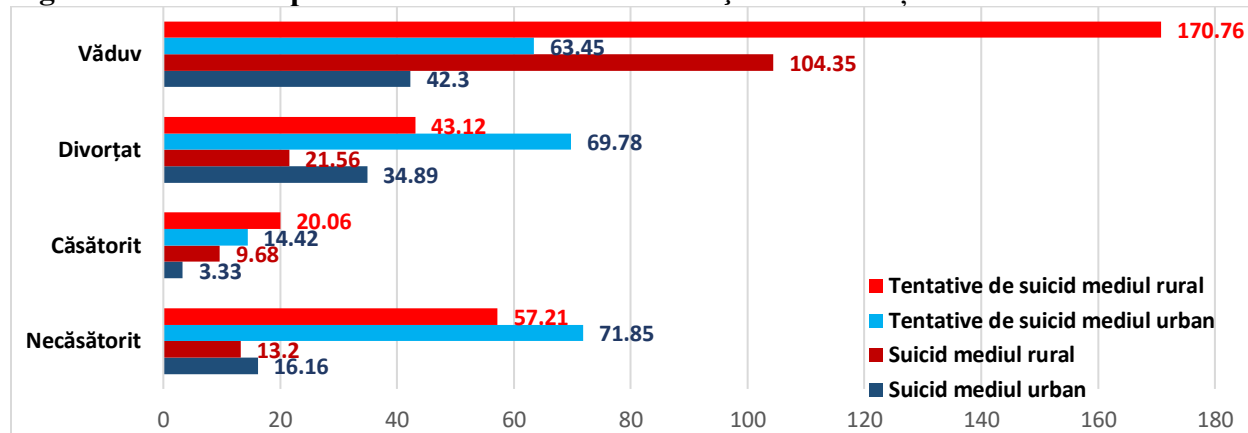
Figura 18. Rata comportamentelor suicidare în funcție de sexe și starea civilă



La persoanele căsătorite, de ambele sexe, am constatat cea mai redusă rată a tentativelor de suicid și a sinuciderilor, Bărbații căsătoriți au avut cea mai redusă rată a suicidului și a

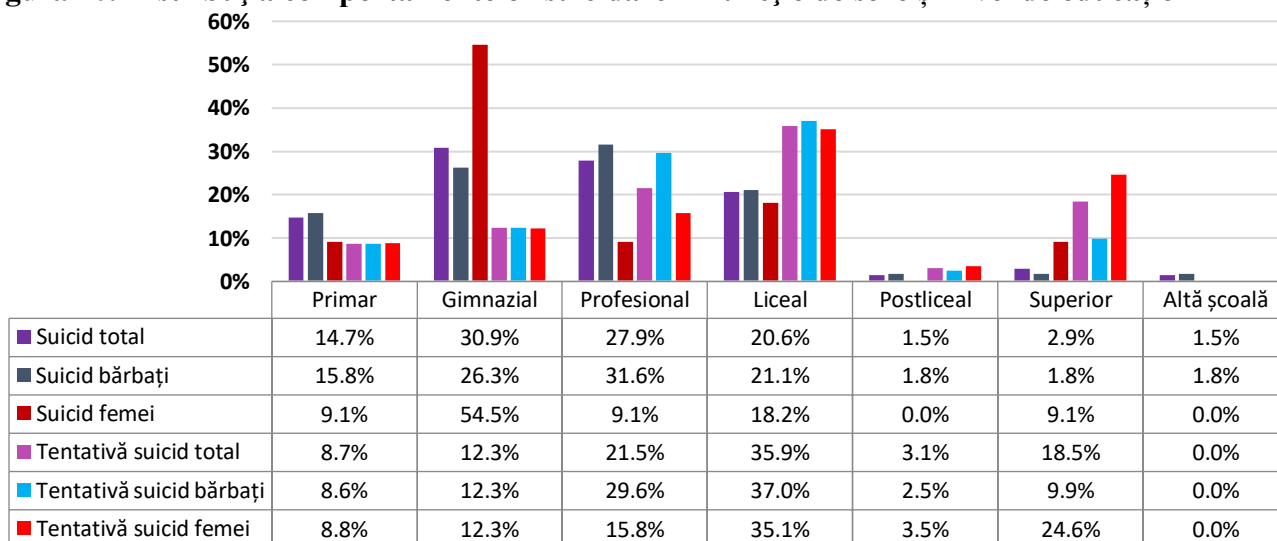
tentativelor de suicid, iar bărbații văduvi și cei divorțați au avut cele mai mari rate de tentative de suicid și sinucideri, similar datelor din literatură. Femeile divorțate au avut cea mai mare rată a tentativelor de suicid și cea mai scăzută rată a suicidului.

Figura 19. Rata comportamentelor suicidare în funcție de mediu și starea civilă



Analiza comportamentelor suicidare în funcție de mediul de domiciliu și starea civilă a populației din județul Neamț conform datelor Recensământului din 2011⁴⁸ ne arată o imagine total diferită a incidenței comportamentelor suicidare. Astfel, în mediul rural cea mai mare rată a tentativelor de suicid și a suicidului finalizat s-a observat la persoanele văduve, în mediul urban cea mai mare rată a tentativelor de suicid au avut persoanele necăsătorite, iar cele mai mari rate ale suicidului s-au constatat la persoanele căsătorite.

Figura 20. Distribuția comportamentelor suicidare în funcție de sexe și nivel de educație

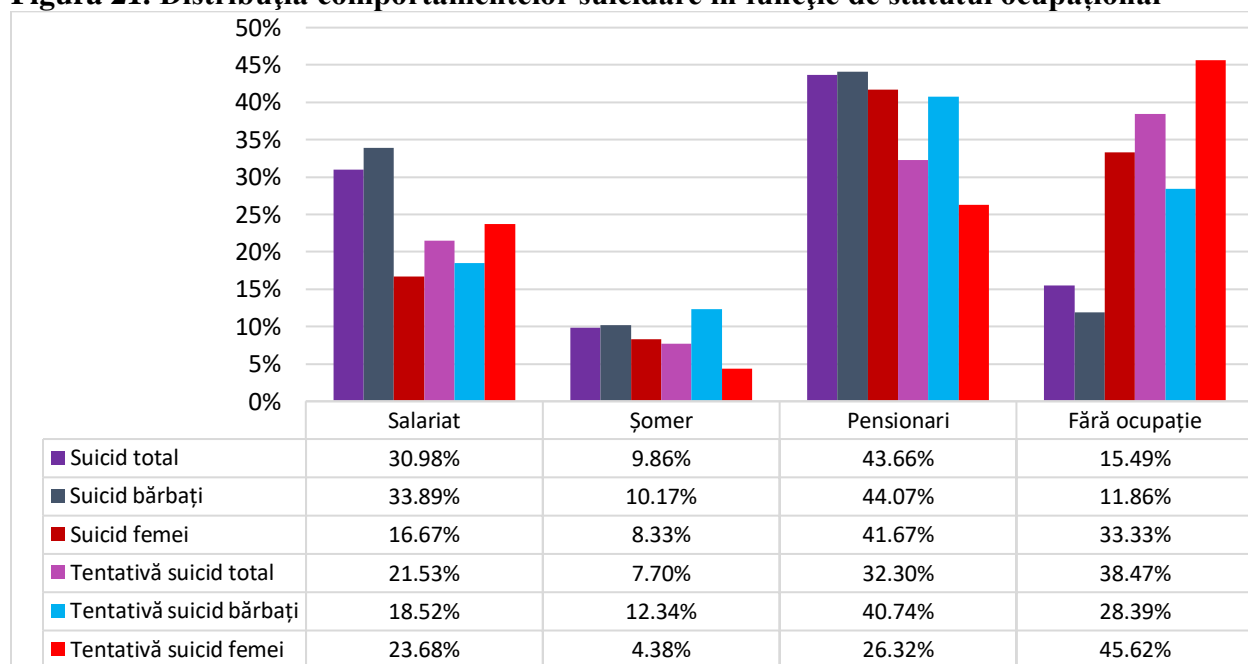


⁴⁸ INS. Recensământ 2011. Tab4. Populația stabilă pe sexe, după starea civilă – categorii de localități, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/sR_TAB_4.xls

Analizând cazurile de suicid cu cele de tentativă de suicid în funcție de nivelul de educație am constatat că au existat diferențe semnificative statistic, persoanele de ambele sexe cu nivel gimnazial de educație prezentând mai des sinucideri decât tentative de suicid (la bărbați Pearson test=4.402, p=0.035903, RR=2.1316, Fisher test p=0.0443, la femei Pearson test=13.33, p=0.00026, RR=4.4416, Fisher test p=0.0022). Analiza mai detaliată a comportamentelor suicidare la cele două sexe în funcție de mediul de domiciliu și nivelul de educație a arătat că în mediul rural au existat mai frecvent sinucideri la persoanele, de ambele sexe, cu nivel 1-2 de educație, iar la bărbații cu nivel 3-4 de educație au fost înregistrate mai des tentative de suicid. Nu au fost diferențe semnificative statistic în funcție de nivelul de educație și gravitatea comportamentului suicidar la bărbații și femeile din mediul urban.

Analizând cazurile de tentativă de suicid în funcție de nivelul de educație și sexe observăm că nivelul inferior de educație a fost semnificativ statistic mai des la femei, iar la bărbați a fost mai frecvent nivelul mediu de educație.

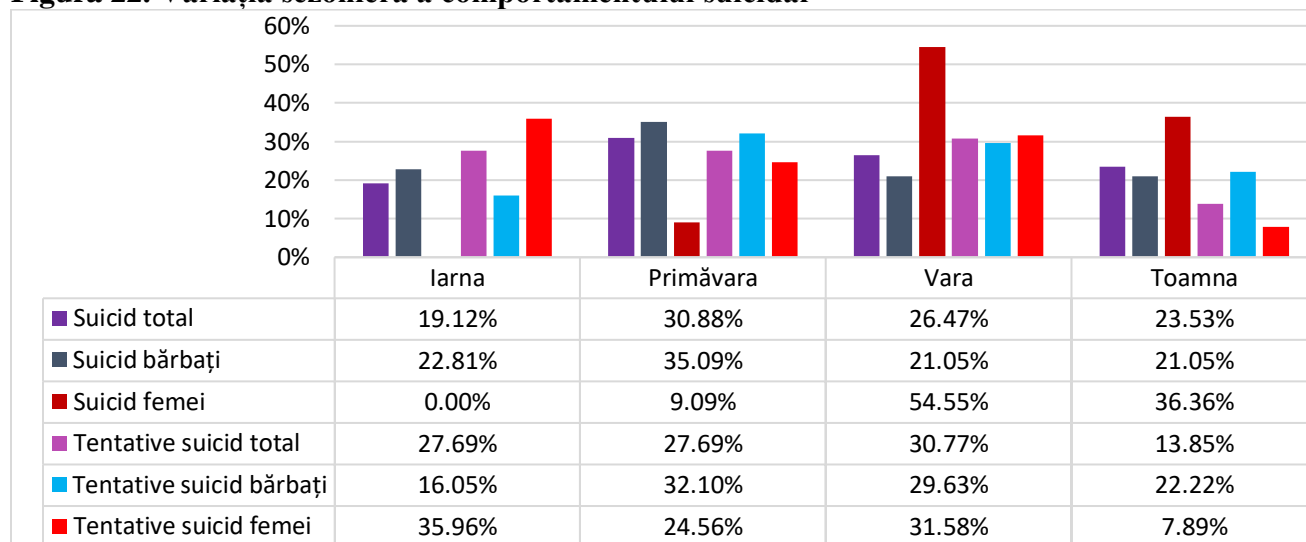
Figura 21. Distribuția comportamentelor suicidare în funcție de statutul ocupațional



Au existat diferențe semnificative statistic între statutul ocupațional și gravitatea comportamentelor suicidare doar la bărbați, la cei salariați fiind înregistrate mai des sinucideri, iar la cei fără ocupație au fost mai frecvente tentativele de suicid. La femei nu au existat diferențe semnificative statistic între statutul ocupațional și gravitatea comportamentelor suicidare.

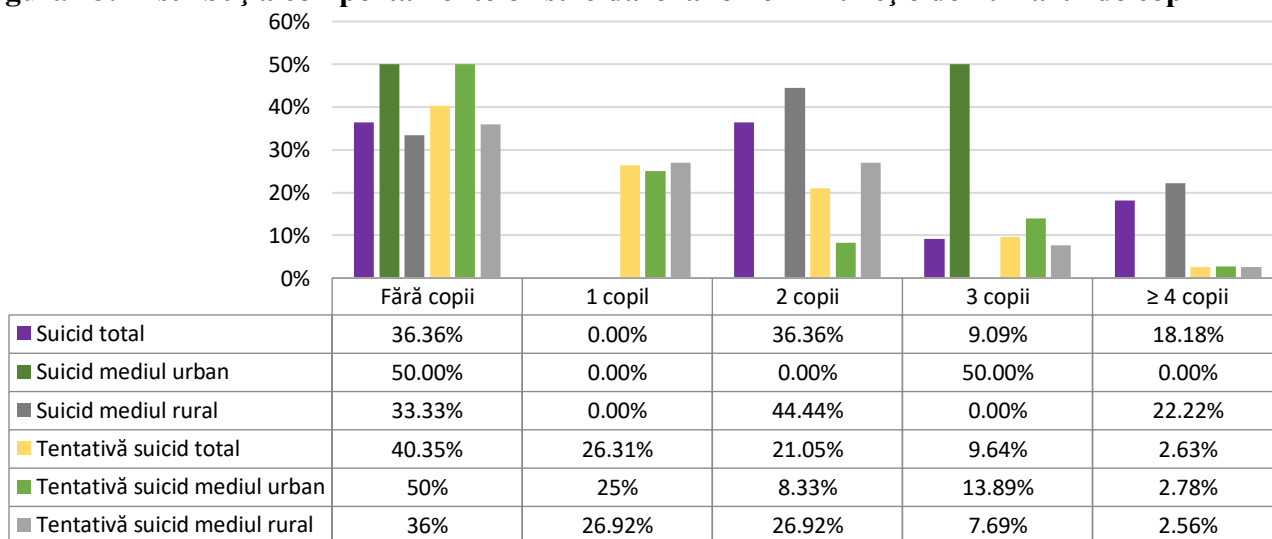
În județul Neamț, cele mai multe sinucideri au avut loc primăvara, iar cele mai multe tentative de suicid în timpul verii, când au loc cele mai multe recăderi ale persoanelor cu tulburare schizo-afectivă. Cele mai puține sinucideri s-au înregistrat iarna, iar cele mai puține tentative de suicid toamna, când se observă creșterea numărului de recăderi la cei cu tulburare depresivă.

Figura 22. Variația sezonieră a comportamentului suicidar



La bărbații din județul Neamț nu au existat diferențe semnificative statistic între numărul sinuciderilor și tentativelor de suicid în funcție de sezon, iar la femei toamna s-au înregistrat semnificativ statistic mai multe sinucideri și iarna mai multe tentative de suicid.

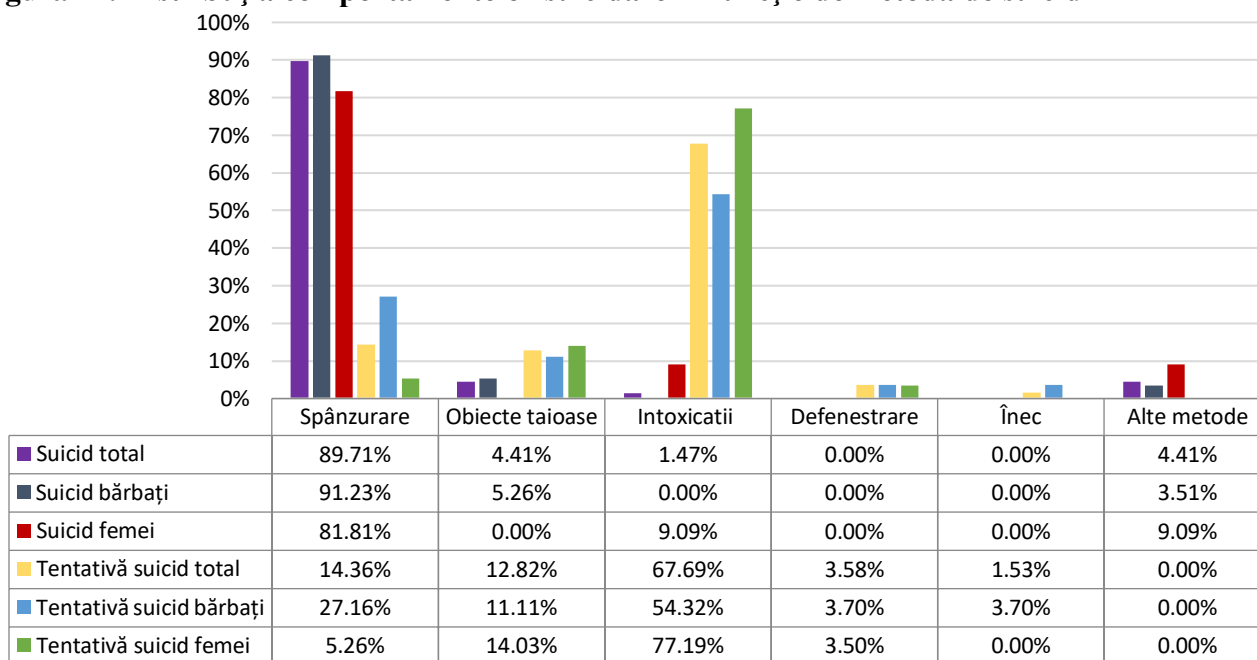
Figura 23. Distribuția comportamentelor suicidare la femei în funcție de numărul de copii



Majoritatea femeilor care s-au sinucis au avut 2 sau mai mulți copii, iar majoritatea femeilor cu tentativă de suicid au avut unul sau mai mulți copii. Nu au fost diferențe semnificative statistic între cazurile de suicid și tentativă de suicid la femei în funcție de numărul

de copii, nici între numărul sinuciderilor și a tentativelor de suicid în funcție de numărul de copii și mediul de domiciliu. Totuși am observat scăderea semnificativă statistic a numărului de tentative de suicid cu creșterea numărului de copii, ($R=-0.99$, $p=0.0011$), această corelație negativă fiind mai puternică în mediul rural ($R=-0.957$, $p=0.0106$) decât în mediul urban ($R=0.893$, $p=0.041335$).

Figura 24. Distribuția comportamentelor suicidare în funcție de metoda de suicid

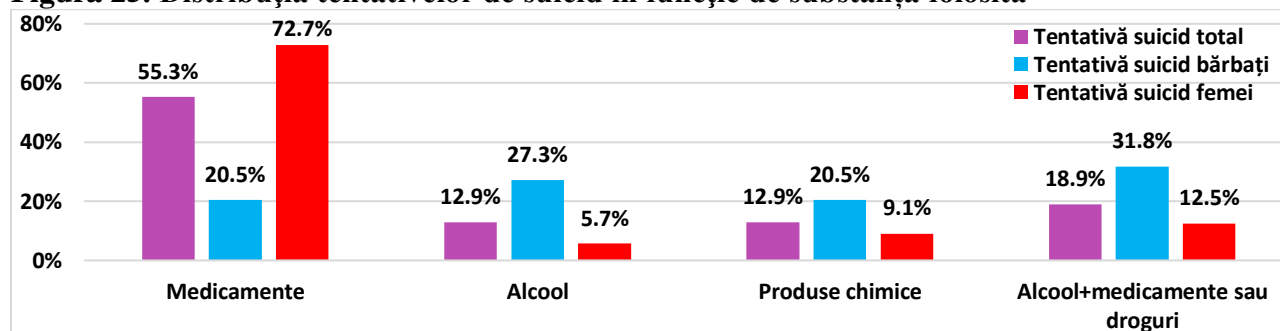


În timp ce majoritatea sinuciderilor s-au realizat prin metode de o violență crescută (spânzurare, înjunghiere) majoritatea tentativelor de suicid s-au realizat printr-o metodă caracterizată prin violență redusă, intoxicația, urmată la mare distanță de metodele violente (spânzurare și folosirea obiectelor tăioase), asemănător datelor din literatură⁴⁹. Au existat diferențe semnificative statistic între metodele de suicid alese de persoanele cu suicid finalizat și cele cu tentativă de suicid, persoanele cu suicid finalizat folosind semnificativ statistic mai des cea mai violentă și sigură metodă de suicid, spânzurarea, iar persoanele cu tentativă de suicid au utilizat mai des o metodă non-violentă de suicid, intoxicația. În cazurile de tentativă de suicid femeile au folosit semnificativ statistic mai des decât bărbații intoxicația, iar aceștia au ales mai

⁴⁹ Fleischmann AJ, Bertolote M, De Leo D. (2005) Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med.* 35(10), p.1467–74. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/characteristics-of-attempted-suicides-seen-in-emergencycare-settings-of-general-hospitals-in-eight-low-and-middleincome-countries/5147E75CB853E20B124F98B0A2E30AC8>

des spânzurarea. Nu au existat diferențe semnificative statistic între cazurile de suicid finalizat în funcție de sexe și preferința unei metode de suicid.

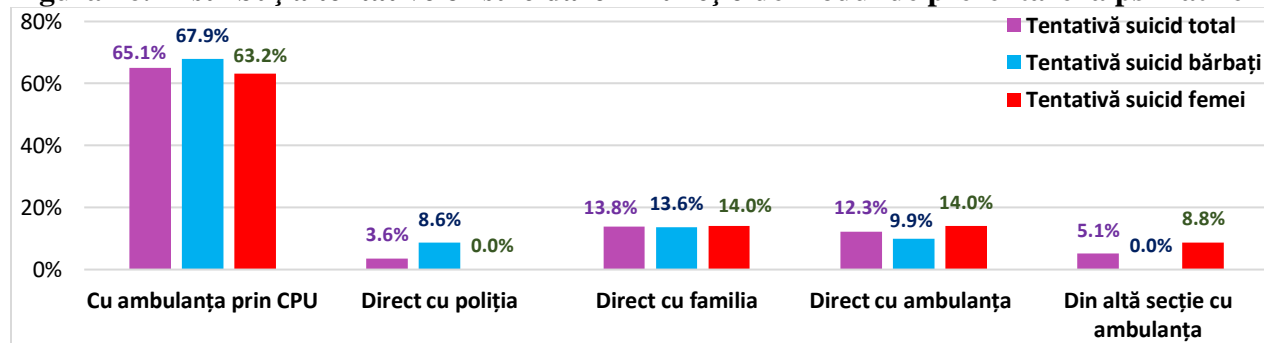
Figura 25. Distribuția tentativelor de suicid în funcție de substanța folosită



În anul 2013 s-a înregistrat în județul Neamț doar un caz de suicid prin intoxicație cu produse chimice, reprezentând 1.47% dintre cazurile de suicid, iar în anul 2016 intoxicația a fost folosită în 67.7% din cazurile de tentativă de suicid, fiind utilizate predominant medicamente (55.3%). În cazul tentativelor de suicid prin intoxicație femeile au folosit de 3.5 ori mai des medicamente decât bărbații. În o treime din cazurile de tentativă de suicid prin intoxicație s-a folosit alcoolul sau combinații ale alcoolului cu medicamente și droguri, aceste combinații fiind utilizate de 2.5 ori mai des de către bărbați decât de femei.

Intoxicația cu medicamente, monoxid de carbon (CO) și cu detergent a fost utilizată semnificativ statistic mai des în mediul urban pentru tentativa de suicid, în timp ce în mediul rural a fost folosită mai des asocierea alcoolului cu medicamente.

Figura 26. Distribuția tentativelor suicidare în funcție de modul de prezentare la psihiatrie



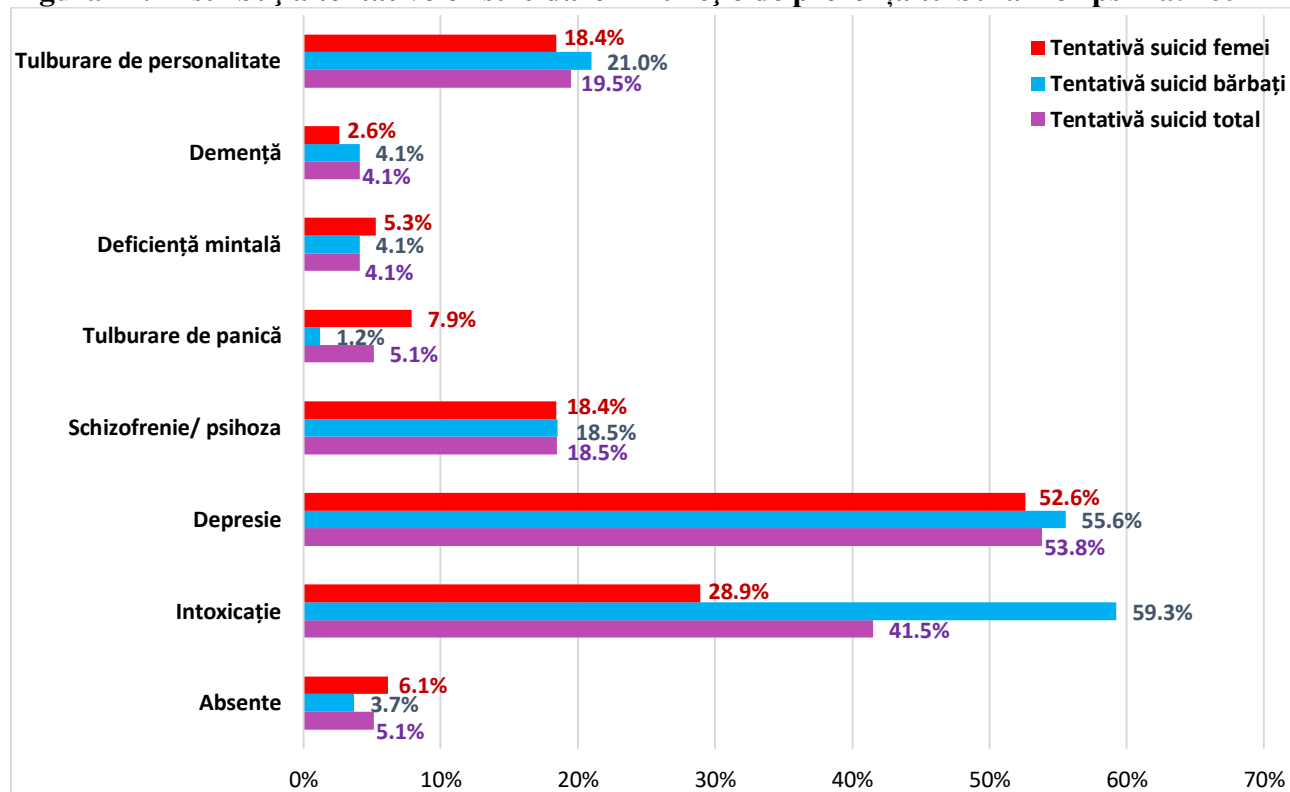
Majoritatea pacienților cu tentativă de suicid au ajuns în camera de gardă psihiatrică după ce au trecut prin Centrul Primiri Urgențe (CPU), unde au fost consultați și au beneficiat de investigații suplimentare înainte de a fi direcționați către secția de psihiatrie. Totuși, într-un procent însemnat de cazuri (29.7%) pacientul a ajuns direct la psihiatrie, cu ambulanța sau cu mașina de poliție. Toate persoanele cu tentativă de suicid care au fost transportate de poliție la

camera de gardă psihiatrică au fost de sex masculin, cu agitație psiho-motorie, frecvent din mediul rural

Mai mult de jumătate din persoanele cu tentativă de suicid nu au avut probleme familiale anterior acesteia de tipul discordiei familiale sau a disocierii familiei și nu au existat diferențe semnificative statistic între cele două sexe și cele două medii de domiciliu în privința problemelor familiale prezente anterior tentativei de suicid.

În majoritatea cazurilor de tentativă de suicid antecedentele suicidare au fost absente, în 2 cazuri de tentativă de suicid au existat antecedente suicidare în anturajul persoanei, iar în 5 cazuri au existat antecedente suicidare atât personale cât și în anturaj.

Figura 27. Distribuția tentativelor suicidare în funcție de prezența tulburărilor psihiatrice



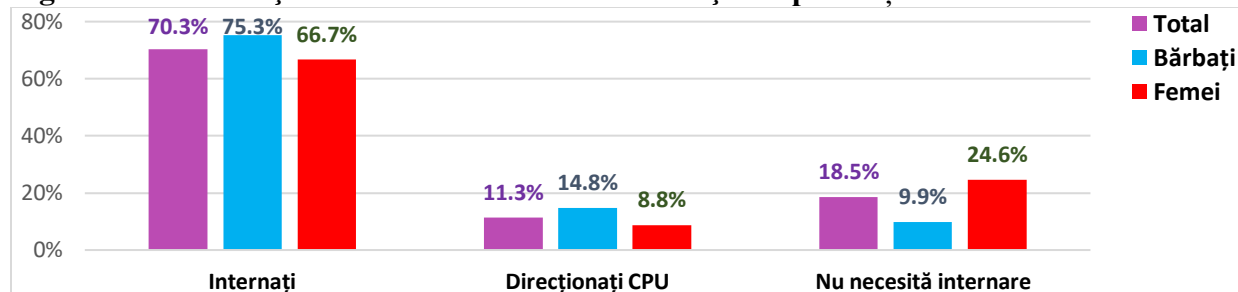
Tulburările mintale asociate consumului de alcool cresc riscul de ideatie suicidară, suicid și tentativă de suicid de 2-3 ori, precum și riscul altor decese violente,⁵⁰ dar și tulburările psihotice și tulburările de dispoziție au fost asociate cu un risc crescut de suicid. La bărbații cu tentativă de suicid a fost semnificativ statistic mai des prezentă intoxicația acută ($\chi^2=17.917$, $p=2.3E-5$,

⁵⁰ Devaux, M. and F. Sassi (2015), "Alcohol consumption and harmful drinking: Trends and social disparities across OECD countries", OECD Health Working Papers, No. 79, OECD Publishing, Paris, p.7,11-12,15.
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5js1qwkz2p9s-en.pdf?expires=1563812003&id=id&accname=guest&checksum=70A81D81B607B65935D5C41C4BF3EF18>

RR=2.0471), iar femeile au fost mai des diagnosticate cu tulburare de panică ($x^2=4.317$, $p=0.037$, RR=0.1564).

La majoritatea persoanelor cu tentativă de suicid nu au fost prezente afecțiuni somatice, iar atunci când au fost prezente au fost asociate cu intoxicația acută cu alcool, cum ar fi HTA, bolile digestive (gastrita și hepatita toxică), tulburările de ritm cardiac, polineuropatia și traumatisme cranio-cerebrale, în care am inclus și traumatismele coloanei vertebrale.

Figura 28. Distribuția tentativelor suicidare în funcție de prezența deciziei de internare



Circa 81.6% dintre pacienții cu tentativă de suicid au primit îngrijiri în spital, din care 70.3% au fost internați în secția de psihiatrie. Bărbații cu tentativă de suicid au necesitat mai des decât femeile internare sau direcționare în CPU pentru investigații suplimentare, în timp ce majoritatea pacienților care nu au necesitat internare au fost de sex feminin, fiind transportați la spital cu ambulanța în urma intoxicației cu medicamente sau alcool.

În cazul femeilor cu tentativă de suicid s-a considerat semnificativ statistic mai des decât în cazul bărbaților că nu este necesară internarea (Pearson's test=6.784, $p=0.0092$, RR=2.4869, Fisher test $p=0.0092$). Dacă la bărbații cu tentativă de suicid nu au existat diferențe semnificative statistic între cele două medii de domiciliu în privința necesității spitalizării, femeile cu tentativă de suicid din mediul rural au fost internate semnificativ statistic mai des decât cele din mediul urban (Pearson's test=8.309, $p=0.0039$, RR=1.4286, Fisher test $p=0.009$).

Majoritatea persoanelor cu tentativă de suicid care au folosit o metodă cu violență crescută (86.8%) au primit îngrijiri medicale în spital. Toate persoanele cu tentativă de suicid prin spânzurare au fost internate în spital, iar 28% dintre persoanele care au folosit obiecte tăioase pentru tentativa de suicid nu au fost internate, având leziuni superficiale la nivelul palmei, antebrațului sau coapsei. Circa 86% dintre persoanele cu tentativă de suicid prin defenestrare, 66.7% dintre persoanele cu tentativă de suicid prin înec și 80.3% dintre persoanele cu intoxicație au fost internate.

Durata de spitalizare a fost cuprinsă între 1-20 zile, cu o medie de 5.3 zile, variind în funcție de metoda folosită pentru tentativa de suicid: 12.3 zile pentru spânzurare, 8.3 zile pentru intoxicație și defenestrare, 8 zile pentru înjunghiere și 4 pentru înec.

Concluzii generale

„Marea recesiune” a afectat circa 1% din populația UE 28, cea mai mare creștere a numărului de sinucideri fiind înregistrate la bărbații din primii și din ultimii ani de activitate profesională, majoritatea din țările care au aderat după anul 2004. În țara noastră, riscul de suicid a fost cu 8% mai mare, persoanele între 10-14 ani având un risc de suicid considerabil mai mare.

În România, suicidul a fost a 13-a cauză de deces în populația generală, la persoanele între 15-29 ani suicidul reprezentând a 2-a cauză de deces. Cea mai mare rată a suicidului s-a observat între 30-59 ani, demonstrând că agravarea comportamentului suicidar, de la ideație până la suicid finalizat, necesită cumularea unor factori de vulnerabilitate. Rata crescută a suicidului la persoanele între 15-24 ani cu studii superioare și la cele între 25-74 de ani cu studii inferioare, sugerează existența unor factori de risc suicidar diferiți la aceste grupe de vârstă.

Rata suicidului în mediul rural a fost cu 80% mai mare, bărbații între 10-19 ani și 30-59 de ani și la femeile între 15-19 și 30-39 ani prezintă o vulnerabilitate mai mare.

Rata județeană a suicidului a fost mai mare în județele cu populație majoritară de etnie maghiară, cu o densitate scăzută a populației și un număr mare de emigranți.

Cea mai mare rată a suicidului s-a constatat la pensionari, șomeri, precum și la persoanele divorțate și cele văduve. S-au sinucis mai des femeile fără copii și cele cu 1 copil.

În unitățile sanitare s-au produs 6.5% dintre sinucideri, frecvent la persoanele între 20-29 ani și peste 70 de ani, raportul bărbați/femei fiind mai redus decât în populația generală (3 versus 5.5), iar spânzurarea a fost folosită într-un procent mai scăzut (49.3% vs. 88.9% cazuri).

În județul Neamț, rata tentivelor de suicid care au ajuns la spital a fost de 35.64/100 000, cele mai mari rate fiind înregistrate la bărbații între 40-49 ani și la femeile între 20-29 ani, iar la femei numărul de tentative de suicid a scăzut cu creșterea numărului de copii.

Tentativele de suicid au fost mai dese la femei, în mediul rural, la persoanele divorțate, la femeile cu nivel inferior și bărbații cu mediu de educație, fără ocupație, fiind realizate cel mai des prin intoxicație.

Bărbații cu tentativă de suicid din mediul rural, au fost mai des transportați cu poliția la spital din cauza agitației psihomotorii și diagnosticați cu intoxicație de alcool, dependență de jocuri de noroc, droguri și boli digestive, iar femeile cu tentativă de suicid au fost mai des transferate de la o altă secție din spital și diagnosticate cu tulburare de panică sau dependență de sedative.

Considerații finale

Programele de prevenire a sinuciderii trebuie să se concentreze pe identificarea și tratarea persoanelor cu mai mulți factori de risc pentru a reduce substanțial suicidul. Concentrându-ne pe aceste caracteristici ale comportamentelor suicidare putem identifica persoanele cu risc crescut și îmbunătăți intervențiile de prevenție a suicidului prin creșterea accesului persoanelor vulnerabile și cu tentativă de suicid la serviciile de sănătate mintală. În același timp, pentru reducerea suicidului trebuie să avem în vedere reducerea accesului la metodele de suicid (pesticide, arme, locuri populare de suicid), evitarea raportării spectaculare a comportamentelor suicidare de către mass-media, pregătirea medicilor de familie pentru identificarea factorilor de risc și evaluarea riscului suicidar, implementarea unor programe de promovare a sănătății mintale și de prevenire a suicidului în școli, înființarea unor linii telefonice pentru persoanele cu probleme mintale, în criză suicidară, precum și echipe specializate de intervenție la domiciliu.

Având în vedere că sinuciderea reprezintă o problemă importantă de sănătate publică și că suntem una dintre puținele țări din Europa care încă nu au o strategie națională de prevenție a suicidului deși depășim rata europeană a suicidului, se impune adoptarea unui plan național de prevenție a suicidului și implementarea măsurilor de prevenție a comportamentului suicidar. Pe baza strategiilor de prevenție a suicidului din țările, în care aceste strategii sunt cele mai eficiente, pe baza datelor din această teză de doctorat și a studiilor recente din acest domeniul suicidologiei, am elaborat o Strategie de Prevenție a Suicidului adaptată caracteristicilor din România, pe care am prezentat-o în cadrul Conferinței "Suicidul-problemă majoră de sănătate publică" în anul 2016.

Suicidul nu este doar o problemă medicală, în prevenirea lui trebuind să se implice și oamenii politici, instituțiile statului și întreaga comunitate, prin organizațiile și asociațiile nonguvernamentale de ajutor interuman.

Bibliografie

1. WHO, 2012, Public health action for the prevention of suicide. p.4
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
2. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. Wasserman D, Wasserman C, eds. Oxford: Oxford University Press, 2009. p.690.
3. WHO-Mental Health Gap Action Programme, Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders,
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43809/1/9789241596206_eng.pdf
4. Tzampazi E., Rapport sur la sante mentale, Le Parlement européen, 2009.
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&mode=XML&reference=A6-2009-34&language=FR>
5. Tzampazi E., ibidem
6. Tzampazi E., ibidem
7. WHO-Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. Tables: DALY estimates- WHO Member states 2016, YLL estimates- WHO Member states 2016, YLD estimates- WHO Member states 2016.
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
8. ORDIN Nr. 386 din 31 martie 2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016,
http://www.ms.ro/documente/Ordin%20nr.%20386%20din%2031%20martie%20%202015.%20cu%20modific%C4%83ri%20si%20complet%C4%83ri%20ulterioare_15687_18845.pdf
9. INML, Raport anual 2015, <http://www.legmed.ro/?doc=1237824528>
10. INML, Raport anual 2015, ibidem
11. Claessens S, Kose A., (2013) Financial crises: Explanations, types and implications, International Monetary Fund, p. 29. <https://www.imf.org/~media/Websites/IMF/imported-full-text-pdf/external/pubs/ft/wp/2013/wp1328.ashx>
12. International Labour Organization. (2014) Global employment trends 2014. Risk of jobless recovery? Geneva: International Labour Force, p. 17. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_233953.pdf
13. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*; 374: 315–23.
<https://pdfs.semanticscholar.org/1aa6/4c739c56c13bc6e63e8d59b8cf5df2d0aad0.pdf>
14. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. (2012) Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*; 345: e5142.
15. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*; 381: 1323–31. http://www.antiocasaella.eu/salute/lancet_crisis_health_27mar13.pdf
16. Classen TJ, Dunn RA. (2012) The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: a new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Econ*; 21: 338–50.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3423193/>
17. Drapeau, C. W., McIntosh, J. L., (2016) U.S.A. suicide 2015: Official final data. Washington, DC: American Association of Suicidology.
http://suicideprevention.nv.gov/uploadedFiles/suicidepreventionnv.gov/content/SP/CRSF/Mtgs/2018/2016_AAS_USA_data.pdf
18. Drapeau, 2016, ibidem
19. Drapeau, 2016, ibidem
20. Värnik, P (2012). "Suicide in the world". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 9 (3), p.760–71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367275/>
21. Eurostat Population on 1st January by age, sex and type of projection (proj_15npms).
<http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data/main-tables>
22. Eurostat Mortality Database, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database>
23. Hirsch, J. K. (2006) A review of the literature on rural suicide: Risk and protective factors, incidence and prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27, p.189–199.
24. Arnautovska, U., McPhedran, S., De Leo, D. (2014) A regional approach to understanding farmer suicide rates in Queensland. 2014. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, p.593–599.
25. Wagenaar, B. H., Hagaman, A. K., Kaiser, B. N., McLean, K. E., Kohrt, B. A. (2012) Depression, suicidal ideation, and associated factors: A cross-sectional study in rural Haiti. *BMC Psychiatry*, 12, p.1–13.
26. INS - "Populatia rezidenta la 1 ianuarie pe grupe de varsta si varste, sexe si medii de rezidenta, macroregiuni, regiuni de dezvoltare si judete 2003-2015". <http://statistici.insse.ro/shop/?page=tempo2&lang=ro&context=10>
27. INS, ibidem

28. Micciolo R., Williams P., Zimmermann-Tansella Ch., Tansella M. (1991) Geographical and urban—rural variation in the seasonality of suicide: Some further evidence. *Journal of Affective Disorders*, 21, 1, p.39-43
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016503279190017M?via%3Dihub>
29. Postolache TT, Lapidus M, Sander ER, Langenberg P, Hamilton RG, Soriano JJ, McDonald JS, Furst N, Bai J, Scrandis DA, Cabassa JA, Stiller JW, Balis T, Guzman A, Toghiani A, Tonelli LH. (2007) Changes in allergy symptoms and depression scores are positively correlated in patients with recurrent mood disorders exposed to seasonal peaks in aeroallergens. *Scientific World Journal*.;7, p.1968-77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18167612>
30. Postolache, T. T., Komarow, H., & Tonelli, L. H. (2008). Allergy: a risk factor for suicide?. Current treatment options in neurology, 10(5), p.363-76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2592251/>
31. Calendarul astronomic pe luna, Observatorul Astronomic “Amiral Vasile Urseanu” <http://www.astro-urseanu.ro/calendar.html>
32. Administrația Națională de Meteorologie, (2013) Raport anual 2013, <http://www.meteoromania.ro/despre-noi/raport-anual/raport-anual-2013/>
33. INS, Rezultatele finale ale Recensământului din 2011: „Tab8. Populația stabilă după etnie – județe, municipii, orașe, comune”. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/sR_Tab_8.xls
34. INS, Recensământ 2011. Vol.I. Tab 42. [Populația de 10 ani și peste analfabetă pe sexe, după statutul activității curente – categorii de localități.](http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol1_t42.xls) http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol1_t42.xls
35. INS, Recensământ 2011. Vol.III. Tab18. Populația ocupată pe sexe și grupe de vârstă, după statutul profesional – categorii de localități. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol3_t18.xls
36. UNESCO Institute for Statistics, (2012) Clasificarea Internațională standard a educației ISCED 2011, http://www.anc.edu.ro/uploads/images/Legislatie/ISCED_2011_UNESCO_RO_final.pdf
37. Eurostat, “Population by educational attainment level, sex and age (1000) (edat_lfs_9901)”. https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/EDAT_LFS_9901
38. INS. Recensământ 2011. Tab4. Populația stabilă pe sexe, după starea civilă – categorii de localități, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/sR_TAB_4.xls
39. INS. Recensământ 2011. Tab4. ibidem
40. INS, Recensământ 2011. Vol.I. Tab14. Populația feminină de 15 ani și peste după anul nașterii și numărul copiilor născuți-vii – categorii de localități. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol1_t14.xls
41. INS- “POP107A - “Populația rezidentă la 1 ianuarie pe grupe de vârstă și sexe și medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe”. <http://statistici.insse.ro/shop/?page=tempo2&lang=ro&context=10>
42. Han B, Kott PS, Hughes A, McKeon R, Blanco C, Compton WM. (2016) Estimating the rates of deaths by suicide among adults who attempt suicide in the United States. *J Psychiatr Res.*;77, p.125. <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults/abstract/19>
43. WHO-Suicide data, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
44. CDC. (2015) Suicide data sheet, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>
45. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R., World report on violence and health, World Health Organization, 2002, Geneva. p.191 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
46. Hoxey K, Shah A. (2000) Recent trends in elderly suicide rates in England and Wales. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, 15(3), p.274-279.
47. Dombrowski Al.Y, Szanto K., Reynolds Ch.F, (2005) Epidemiology and risk factors for suicide in the elderly: 10-year update, *Aging Health*, 1(1), p.135-145. <https://www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/1745509X.1.1.135>
48. INS. Recensământ 2011. Tab4. Populația stabilă pe sexe, după starea civilă – categorii de localități, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe. http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/sR_TAB_4.xls
49. Fleischmann AJ, Bertolote M, De Leo D. (2005) Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med.* 35(10), p.1467–74. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/characteristics-of-attempted-suicides-seen-in-emergency-care-settings-of-general-hospitals-in-eight-low-and-middle-income-countries/5147E75CB853E20B124F98B0A2E30AC8>
50. Devaux, M. and F. Sassi (2015), "Alcohol consumption and harmful drinking: Trends and social disparities across OECD countries", OECD Health Working Papers, No. 79, OECD Publishing, Paris, p.7,11-12,15. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5js1qwkz2p9s-en.pdf?expires=1563812003&id=id&accname=guest&checksum=70A81D81B607B65935D5C41C4BF3EF18>